60

ZERBITZUAN

La organización social
de los cuidados
de larga duración en un
contexto de austeridad
y precariedad

**RAQUEL MARTÍNEZ BUJÁN
LUCÍA MARTÍNEZ VIRTO
(coords.)**

**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

ENPLEGU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
ABENDUA · DICIEMBRE 2015

Zerbitzuan gizarte-ongizateko gaietara dedikatzen den zientzia-aldizkari bat da. Bideratzen zaie arlo honetan jarduten duten eragile horiei guztiei –profesional, erakunde-arduradun, ikerlari, boluntario eta erabiltzaileei–, eta xede du ekarpenak eskaintzea politika eta gizarte-zerbitzuen hobekuntzarako eztabaidan. Lau hilez behingo aldizkakotasuna du, eta argitaratzen da bai paper bai formatu elektronikoan.

Zerbitzuan es una revista científica dedicada a las políticas de bienestar social. Se dirige a todos los agentes involucrados en este ámbito –profesionales, responsables institucionales, investigadores/as, voluntariado y usuarios/as– y tiene como objetivo contribuir al debate sobre la mejora de las políticas y los servicios sociales. Su periodicidad es cuatrimestral y se edita tanto en papel como en formato electrónico.

Egileen iritzia azaltzen dute aldizkari honetan argitaratutako kolaborazioek, eta ez da azaltzen derrigorrean *Zerbitzuan* edo SIISen iritzirik propioa. Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de *Zerbitzuan* o la del SIIS.

EKOIZLEA • PRODUCE

SIIS Centro de Documentación y Estudios
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
Fundación Eguía Careaga Fundazioa
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
www.siiis.net
publicaciones@siiis.net

ERREDAKZIO-KONTSEILUA • CONSEJO DE REDACCIÓN

Edorta Azpiazu
Maite Etxabe
Iñaki Heras
Elena Martín Zurimendi
Jesus Otaño
Arantxa Rodríguez Berrio
Luis Sanzo
Ramon Saizarbitoria
Helena Sotelo
Joseba Zalakain

Tirada: 1.000 ale/emplares

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa.
Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Empleo y
Políticas Sociales

EDIZIOA • EDITA

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

DISEINUA • DISEÑO

Estudio Lanzagorta

MAKETAZIOA • MAQUETACIÓN

Concetta Probanza

INPRIMATZEA • IMPRESIÓN

Gertu Komunikazio Bide S.L., Oñati

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.60>

© Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
SIIS Centro de Documentación
y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga

Baimentzen da edonolako bidetik eginiko aldizkari honetako artikuluen erreprodukzio osoa edo partziala, betiere iturria, egile edo egileak aipatzen direnean. Está permitida la reproducción total o parcial por cualquier medio de los artículos contenidos en esta revista, siempre que se cite la fuente y el autor o autores.

Aldizkaria honako datu-baseetan

zerrendatuta dago:

Esta revista está incluida en las siguientes bases de datos:

- CIRC, Dialnet, DICE, Dulcinea, Fuente Académica Plus, Inguma, ISOC, Latindex, MIAR, RESH, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

5

INTRODUCCIÓN

La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad

Raquel Martínez Buján

Lucía Martínez Virto

9

Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro

Julia Montserrat Codorniu

31

La sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia durante el trienio 2012-2014:

el equilibrio entre costes y financiación

Rafael Beitia

47

Crisis de los cuidados y servicios sociales

Fernando Fantova

63

La regulación de la responsabilidad de cuidar y su impacto de género

Samara de las Heras Aguilera

75

Instituciones públicas e instrumentos privados de protección: una perspectiva de conjunto

Manuela Durán Bernardino

93

El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012): el margen de la autonomía política

Nicolás Barbieri

Raquel Gallego

113

Nuevos interrogantes en el modelo de provisión de cuidados en Andalucía

Inmaculada Zambrano Álvarez

María Teresa Martín Palomo

José María Muñoz Terrón

Evangelina Olid González

131

Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid

Magdalena Díaz Gorfinkel

Begoña Elizalde San Miguel

143

La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euskadi

Julia Nogueira Domínguez

Joseba Zalakain Hernández

163

Configuraciones del cuidado de larga duración en España y Francia: dos modelos contrapuestos

Paloma Moré

179

La profesionalización del sector de los cuidados

Carolina Recio Cáceres

Sara Moreno-Colom

Vicent Borràs Català

Teresa Torns Martín

195

CONCLUSIÓN

Propuestas para construir un modelo de gestión de los cuidados de larga duración basado en la equidad social, la igualdad de género y la cohesión territorial

Raquel Martínez Buján

Lucía Martínez Virto

Introducción

La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad

Raquel Martínez Buján

Universidade da Coruña

Lucía Martínez Virto

Universidad Pública de Navarra

<lucia.martinez@unavarra.es>

La pertinencia de un monográfico que verse sobre la ‘organización social de los cuidados de larga duración’ en España puede explicarse a partir de la confluencia de dos procesos que afectan a la provisión de la asistencia personal y que se han desarrollado en el actual contexto de austeridad política y de recesión económica. En primer lugar, se están produciendo relevantes modificaciones en las bases ideológicas de las directrices de las políticas públicas destinadas a los cuidados de larga duración, que van más allá de la mera reducción de sus presupuestos. En segundo lugar, la precariedad laboral de hombres y mujeres, y la vulnerabilidad social que ésta induce también, advierte de cambios en la forma en la que se distribuyen las tareas de cuidar dentro del grupo familiar. La profundidad con la que se están llevando a cabo estas transformaciones hace pensar que pueden afectar a las formas tradicionales en las que el trabajo de cuidados es distribuido entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad. Por lo tanto, se torna oportuno explorar en estos momentos cuáles son los derroteros de dichas modificaciones y en qué medida están afectando a la configuración de un nuevo modelo de cuidados de larga duración en España.

La llegada de la crisis económica en pleno desarrollo de la Ley de Promoción de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) puso sobre la mesa un nuevo orden de prioridades políticas, que cuestionaron su sistema de financiación desde las primeras medidas de austeridad, impulsadas en el Real Decreto Ley 20/2012. Por este motivo, el punto

de partida de los artículos de investigación que se incluyen en este número especial es precisamente la situación con la que se encuentra el modelo de cuidados de larga duración desde la aplicación de las medidas de estabilidad presupuestaria. La aminoración en la inversión pública de los cuidados de larga duración que se deriva de dichas directrices ha afectado a las intensidades de algunos de los servicios sociales (como es el caso del servicio de ayuda a domicilio) y ha contribuido a la aparición de nuevas tendencias relacionadas con la promoción de los centros de día y de las prestaciones económicas vinculadas a un servicio (ambos recursos poco desarrollados durante la implantación de la LAPAD). Además, se ha introducido el copago en los servicios ofertados y aparece en el discurso político la necesidad de primar la libertad de elección en la provisión de la asistencia deseada. Todos estos nuevos elementos suscitan varios interrogantes sobre la participación del Estado en el trabajo de cuidados y su capacidad para convertir la asistencia personal en un derecho social. ¿Se está configurando un modelo de cuidados más residual a partir de las restricciones económicas o, por el contrario, se ha conseguido una racionalización del sistema que lo convierte en más profesional? Si éste fuera el caso, ¿se ha producido un debilitamiento en la cobertura de los servicios sociales y se está potenciando la presencia de las empresas privadas que trabajan con la Administración en la provisión de servicios? ¿O más bien se está reforzando un modelo de cuidados de larga duración más familista que en el que en sus orígenes había diseñado la LAPAD?

En esta línea de análisis, se sitúan los artículos de Julia Montserrat, Rafael Beitia, Fernando Fantova y Manuela Durán. Estos cuatro documentos aportan una amplia y analítica visión sobre cuáles son los cambios que ha experimentado la LAPAD durante la Gran Recesión y en qué medida sus reajustes han modificado tanto el modelo de cuidados que la Ley de Dependencia había implementado en sus inicios como su viabilidad económica. Julia Montserrat nos ofrece un interesante y relevante análisis sobre *El nuevo contexto de la protección social de las personas en situación de dependencia*, donde explora cómo ha disminuido la protección pública en materia de cuidados de larga duración durante el contexto de crisis económica y evalúa las reformas que ha experimentado la LAPAD en términos de impacto sobre los potenciales demandantes de asistencia personal, y sus consecuencias sobre la creación de un modelo público cada vez más asistencial y con menos intensidad protectora. Este análisis se completa con los datos y reflexiones que aporta Rafael Beitia en *La sostenibilidad del sistema para la autonomía y atención a la dependencia durante el trienio 2012-2014: el equilibrio entre costes y financiación*, centrados en determinar cuál es la inversión económica que requiere el sistema público de cuidados de larga duración para garantizar su viabilidad, y que introduce el debate sobre las aportaciones de los beneficiarios de dicho modelo de financiación. Por su parte, Manuela Durán, en su artículo *Instituciones públicas e instrumentos privados de protección. Una perspectiva de conjunto*, detalla cuál era la situación de la red de servicios sociales y de prestaciones económicas antes y después de la entrada en vigor de la LAPAD, para identificar las modificaciones que esta norma ha introducido con respecto al colectivo de personas objeto de protección pública, y la intensidad y cobertura de sus recursos de atención. Fernando Fantova, en *Crisis de cuidados y servicios sociales*, enuncia algunas propuestas para mejorar la eficacia y eficiencia de las políticas públicas, a partir de una transformación conceptual dirigida a universalizar el concepto de cuidados y superar su tradicional nexo con la atención a las personas en dependencia. Desde ahí, el autor recorre las diferentes formas de cuidado a las personas, arroja luz sobre la potencialidad de la intervención de los sistemas de protección social y se enfrenta al habitual debate sobre las funciones de los servicios sociales en esta materia. Finalmente, a modo de cierre, contrasta su reflexión con el debate sociosanitario en Reino Unido, incorporando matices fundamentales a la organización de los cuidados en España.

De manera paralela a la reformas de la LAPAD, el contexto de crisis económica también ha modificado el sistema español de cuidados con respecto a la implicación de los parientes y a la participación del mercado en la privatización de la asistencia a domicilio. Es decir, las formas en las cuales las familias organizan el trabajo de cuidados, y cómo éste se distribuye entre los parientes y el mercado, parecen adquirir nuevas características desde la

destrucción del empleo asalariado y la consiguiente precariedad laboral y social. Por una parte, la interrupción de las trayectorias laborales debido a la destrucción del trabajo remunerado afecta a quienes están disponibles y dispuestos dentro de los hogares a contribuir en las tareas de atención personal, y también repercute en las posibilidades de abonar el copago en caso de acceder a un recurso público. Por otra parte, es probable que el contexto de precariedad laboral y la implementación de medidas de austeridad, como la reducción de la prestación por cuidado familiar (PECEF) o el incremento de tasas o incompatibilidades en algunos servicios de cuidado, también influyan en el proceso de privatización de los cuidados familiares. La literatura académica ha puesto de relieve que, en las últimas dos décadas, se ha experimentado una mercantilización del trabajo familiar de cuidados a través del servicio doméstico, hasta el punto de convertirse en una de las características esenciales del régimen de cuidados español. ¿Supone la destrucción de empleo una distribución más equitativa de las tareas de cuidados entre géneros y generaciones? ¿Se está revertiendo el proceso de privatización a través del servicio doméstico debido a la reducción de los presupuestos familiares? ¿Están regresando a su hogar personas dependientes que estaban recibiendo cuidados institucionales? ¿Existen nuevas propuestas de profesionalización del trabajo de cuidados?

Las contribuciones de este número que indagan sobre la distribución de las tareas familiares de cuidados y su mercantilización mediante la contratación por empleadas de hogar son las de Samara de las Heras, Julia Nogueira y Joseba Zalakain. Samara de las Heras, desde la perspectiva jurídica, presenta un texto titulado *Regulación de la responsabilidad de cuidar y su impacto de género*, en el que cuestiona cómo las normativas legales que definen los cuidados de larga duración determinan una ideología de cuidados en la que subyace implícitamente quiénes tienen la principal responsabilidad de cuidar y quiénes son los que precisan sus cuidados. Julia Nogueira y Joseba Zalakain, en *Discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidado a dependientes en Euskadi*, estudian cómo se ha ido consolidando en los últimos años la actividad del cuidado de personas mayores a domicilio mediante la contratación de servicio doméstico en el que habitualmente trabajan mujeres extranjeras. Asimismo, incorporan un análisis de los cambios que dicha ocupación ha introducido en la organización familiar del cuidado y las condiciones laborales de estas trabajadoras.

Todos estos procesos representan tendencias generales a escala nacional en España, pero es preciso mencionar que su aplicación práctica no ha sido uniforme, sino que ha variado su implementación según las prioridades políticas de cada comunidad autónoma, su realidad sociodemográfica y la desigual incorporación de las mujeres al mercado laboral. Para dar cabida a la

pluralidad de fórmulas que experimenta la gestión de cuidados a escala regional, este número incluye análisis de caso que minan el concepto ampliamente compartido por la literatura académica de regímenes de cuidados nacionales. De esta manera, se recogen exploraciones sobre los cambios en la gestión de las políticas públicas durante la etapa de recesión económica y su implementación a escala autonómica. Aquí cabría mencionar las aportaciones de Magdalena Díaz, Begoña Elizalde, Nicolás Barbieri, Raquel Gallego, María Teresa Martín, Inmaculada Zambrano, Evangelina Olid y José María Muñoz. Nicolás Barbieri y Raquel Gallego comparan el despliegue e implementación de la Ley de Dependencia en el País Vasco y Madrid en un artículo titulado *El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012): el margen de la autonomía política*, y explican con gran detalle cómo las directrices de la política social que se definen a escala estatal pueden adquirir formas divergentes en su puesta en marcha a escala regional. María Teresa Martín, Inmaculada Zambrano, Evangelina Olid y José María Muñoz complementan este análisis con un artículo titulado *Solo lo más urgente: de lo universal a lo asistencial en el modelo de atención pública a la dependencia en Andalucía*, que aporta resultados de un sustancioso trabajo de campo que evalúa los cambios que ha experimentado la LAPAD en dicha comunidad desde su implementación, ofreciendo también muy interesantes reflexiones realizadas por los profesionales y técnicos que se ocupan de su gestión y puesta en práctica. Magdalena Díaz y Begoña Elizalde, en *Desprofesionalizando la asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid*, analizan los cambios que ha experimentado el servicio público de ayuda a domicilio en esta región, incorporando las modificaciones que ha sufrido a partir de las restricciones económicas y en qué medida han afectado a las condiciones de

trabajo de las auxiliares a domicilio que dispensan los cuidados. En este sentido, se introduce el debate del impacto de estos cambios en la profesionalización del sector.

Precisamente, los dos últimos artículos del monográfico valoran la configuración de la profesionalización de los cuidados de larga duración en España. Paloma Moré, con su texto *Configuraciones del cuidado de larga duración en España y en Francia: efectos sobre las situaciones concretas de trabajo*, expone, de manera comparada entre los dos países, las fórmulas que han seguido en la organización social de los cuidados y cuál ha sido la opción española y sus efectos en términos de empleo. En este sentido, Sara Moreno, Carolina Recio, Vicent Borrás y Teresa Torns, aportan reflexiones muy relevantes en *La profesionalización del sector de cuidados*. Su artículo está basado en un estudio cualitativo del imaginario social vinculado a las actividades desarrolladas en el sector doméstico y de cuidados, de tal forma que su análisis permite conocer las implicaciones de conceptos abordados en anteriores contribuciones, como la feminización del cuidado, la responsabilidad de cuidar, el desarrollo de normativa reguladora o las respuestas ante la crisis. Con todo ello, sus autores nos dejan ante uno de los mayores retos del sector: su profesionalización en un Estado donde los valores culturales continúan definiendo la práctica de la asistencia personal.

Esperamos que cada una de estas exploraciones nos acerquen a comprender cuáles son las características del modelo de cuidados de larga duración en España y en qué medida se están produciendo cambios en su configuración pública, familiar y mercantil. Sólo un análisis profundo de este sistema podrá inspirar una gestión pública eficiente, una provisión mercantil acorde a las necesidades de las personas cuidadas y un mejor reparto de las tareas de asistencia entre géneros y generaciones.

Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro

Julia Montserrat Codorniu

Doctora en Economía. Investigadora en el ámbito de la protección social
<jmontserrata@gmail.com>

Norberaren Autonomia Sustatzeko eta Mendetasunaren Arretarako 39/2006 Legea herritarren lorpen bat izan zen, izan ere, Estatuak aitortu egin zuen babes publikorako eskubidea izatea mendetasun egoeraren bat bizi eta familia edota ekonomiaren arloko baldintzen ondorioz babes soziala bermatzeko, modu horretan politika sozialen benefizientziaren ikuspegia gainditu egiten zen. Artikulu honek laburbiltzen ditu 20/2012 Errege Dekretuak aurrekontuen egonkortasunerako bideratzen dituen neurrien eraginak. Izan ere, Mendetasunaren Autonomia eta Arretarako Sistemaren iraunkortasuna aitzakia hartuz, 39/2006 Legeak ezarritako babes sozialaren mailan atzerakada ekarri du Dekretu horrek, eta horren bidez, murriztu egin dira onuradunen eskubideak, prestazioek duten arretaren kalitatea eskatu egin da, zerbitzuen izaera merkantilista areagotu da, gutxitu egin da finantzazio publikoa, eta erabiltzaileen zergen ekarpena hazi egin da. Aurrekontuen egonkortasunerako neurrien ondorioz, lehenengo hiru urteotako gastu publikoaren beherakada kalkulatzeko 9.000 milioi eurokoa izan dela, hau da, mendetasun moderatua duten pertsonen arretarako urtebeteko gastu osoaren baliokidea da hori, eta GPBaren %0,7 inguruko gastua bideratzen da mendetasunaren arretara, 39/2006 Legeak aurreikusitako %1etik beherako ehunekoa, eta Europar Batasuneko herrialdeetako mediaren aldean ehuneko puntu bat gutxiago da hori.

GAKO-HITZAK:

Mendetasuna, politika soziala, gastu publikoa, aurrekontuen egonkortasuna.

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) supuso una conquista de los ciudadanos, al lograr que el Estado reconociera el derecho de las personas en situación de dependencia a ser objeto de protección social pública, asegurando que ninguna persona en dicha situación pudiera quedar desprotegida por circunstancias familiares o económicas, superando la visión benéfica de la política social. El presente artículo sintetiza de los impactos de las medidas de estabilidad presupuestarias lideradas por el Real Decreto Ley 20/2012, que, bajo el pretexto de la sostenibilidad del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), ha supuesto un retroceso del nivel de protección social definido en la Ley 39/2006, recortando derechos de las personas beneficiarias, rebajando la calidad asistencial de las prestaciones, aumentando la mercantilización de los servicios, disminuyendo la financiación pública y aumentando la presión contributiva de los usuarios. La disminución del gasto público en los tres primeros ejercicios de la aplicación de las medidas de estabilidad presupuestaria se estima en casi 9.000 millones de euros, lo que equivale al gasto global de un ejercicio incluyendo la atención a las personas con dependencia moderada, y sitúa el gasto en atención a la dependencia en alrededor del 0,7 % del PIB, por debajo del 1 % proyectado por la LAPAD y un punto porcentual por debajo de la media de los países de la Unión Europea.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia, política social, gasto público, estabilidad presupuestaria.

1. La LAPAD y su refundación en 2012

La atención a la dependencia se ha convertido en una prioridad social por el crecimiento continuado de personas que, como consecuencia del padecimiento de enfermedades crónicas, procesos patológicos o accidentes sobrevenidos, presenta algún tipo de discapacidad la cual, antes o después, disminuirá su autonomía derivando en una situación de dependencia funcional y, en algunos casos, dependencia funcional y sanitaria a la vez. La prevalencia de la dependencia es mayor en las personas mayores, especialmente a partir de los 80 años, aunque no hay una relación unívoca entre el aumento del número de años de vida y el número de personas con dependencia.

La Unión Europea, ante las proyecciones del envejecimiento masivo que se prevé en el Horizonte 2050, especialmente a partir de la entrada de la generación del *baby boom*¹, alertó a los Estados miembros de la necesidad de incorporar políticas públicas de atención a la dependencia con el fin de evitar un incremento del nivel de pobreza o de exclusión social de la población afectada. Aunque la política social es competencia de cada miembro de la UE, lo cierto es que las recomendaciones en materia de modernización económica de la Comisión Europea y una base sociodemográfica relativamente convergente, han presionado en favor de modelos de atención a la dependencia que tienden a un rasgo común, al menos en el grupo de la UE-15: diseño institucional en base a un sistema de cobertura universal (derecho subjetivo), prestaciones mixtas (servicios y prestaciones económicas), descentralizado en cuanto a planificación y gestión (gobiernos regionales y locales), financiación mixta (pública y privada) y una oferta de servicios de responsabilidad pública con gestión pública y privada (Rodríguez Cabrero, 2012).

En la senda de las recomendaciones de la Comisión Europea, España amplió el alcance de la protección social promulgando la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como “LAPAD”, que entró en vigor el 1 de enero de 2007. Dicha Ley supone la introducción de un derecho de ciudadanía mediante el cual todas las personas en situación de dependencia “protegible”² tienen acceso a unas prestaciones adecuadas a su necesidad. Para las Administraciones Públicas supone pasar de presupuestos limitados y distribución de recursos mediante subvenciones a otro sistema donde el presupuesto de atención a la dependencia no puede estar limitado bajo ninguna circunstancia y los créditos presupuestarios deben ser ampliados en el caso de que la demanda de las personas beneficiarias supere las previsiones presupuestarias iniciales.

¹ En España se estima a partir del 2025.

² Para tener derecho a las prestaciones, la persona en situación de dependencia debe ser reconocida como tal según el baremo de valoración de la dependencia establecido en la LAPAD.

La LAPAD es la Ley marco³ que regula las condiciones básicas de acceso de las personas beneficiarias a un conjunto de prestaciones mínimas, comunes y garantizadas, para asegurar un trato equitativo a las personas en todos los territorios. Las Administraciones autonómicas son las responsables de ejecutar el mandato de la LAPAD al tener atribuidas las competencias en la gestión de los servicios sociales, donde se encuentra adscrita la atención a la dependencia. La articulación y cooperación entre las políticas públicas de las CC.AA. se realiza a través del *Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autónoma y la Atención a la Dependencia*, donde están representadas todas las autonomías, el cual aprueba criterios de actuación comunes en todos los territorios, debiendo cada comunidad autónoma trasponer los acuerdos alcanzados a su normativa.

La LAPAD estableció un periodo progresivo de implantación del derecho de los ciudadanos a las prestaciones de la Ley (2007-2015) con el objetivo de regular el impacto asistencial y presupuestario que podía representar en las autonomías la entrada masiva de personas beneficiarias en el Sistema. El plazo previsto de despliegue de la LAPAD se ha visto alterado por el Real Decreto-Ley 20/2012⁴, el cual no sólo ha introducido recortes presupuestarios sino que ha supuesto una reforma integral de la LAPAD, a la vez que pospuso durante tres años, el derecho de entrar en el Sistema a los beneficiarios del Grado 1 (dependencia moderada).

1.1. La refundación de la LAPAD: RDL 20/2012

La reforma de la LAPAD se enmarca en un contexto de recrudescimiento de la crisis económica a partir de mediados del 2010 y en un cambio del discurso económico dominante a nivel europeo, el cual es asumido por el Gobierno recién salido de las urnas a finales del 2011. La nueva orientación de la política económica en la salida de la crisis se centra en reforzar la devaluación salarial, la liberalización del mercado laboral y la reducción de los déficits fiscales, mediante la contención del gasto público y el incremento de los impuestos, sustituyendo las anteriores políticas expansivas de gasto que tenían entre sus objetivos contrarrestar los efectos de la crisis en la población afectada.

Los Presupuestos Generales del Estado para 2012⁵ y la reforma de las pensiones de la Seguridad Social (Ley 27/2011)⁶ se presentan como una avanzadilla de

³ El art. 49.1 de la Constitución española establece la capacidad del Estado de extender la acción protectora social a todos los ciudadanos.

⁴ Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. [<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-9364>]

⁵ Se destacan las siguientes medidas: congelación de salarios públicos, incremento de los tipos de gravamen del IRPF y del Impuesto sobre bienes inmuebles y, en relación a la LAPAD, se suspende el Nivel acordado.

⁶ Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. Reforma integral

las reformas del Gobierno que tendrán su máxima expresión en la reforma laboral, en febrero de 2012⁷ (flexibilidad, modificación contractual, abaratamiento y ampliación de las causas del despido, restricciones a los convenios colectivos, etc.), y en las medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria, en julio de 2012⁸, que tienen como objetivo general reducir el gasto público e incrementar los ingresos fiscales. En este paquete de reformas se incluyen los recortes de la LAPAD y otras medidas que repercuten en mayor proporción en las personas más afectadas por la crisis económica (reducciones en prestación desempleo, en los salarios de tramitación de los despidos, en renta básica de emancipación y en una fuerte subida del IVA⁹, entre otras).

El conjunto de las medidas expuestas en el párrafo anterior van a suponer un empobrecimiento de la población en general y un aumento de la desprotección pública ante las situaciones de necesidad de las personas afectadas por la crisis y/o en riesgo de exclusión social. Pero, mientras se recortan gastos para atender los servicios públicos esenciales (sanidad, educación, pensiones, dependencia) y se reduce la protección social de las personas más vulnerables social y económicamente (desempleados, familias con rentas bajas, marginados), el Estado se endeuda para sanear el sector financiero cuyo coste se estima, alrededor de 100.000 millones de euros¹⁰ —entre el 8,5 % y el 9 % del PIB—, con un resultado final negativo para las finanzas públicas, previéndose que un tercio de la inversión no se recuperará¹¹ engrosando el déficit público, lo cual muestra el doble rasero en las decisiones del Gobierno para afrontar la crisis fiscal de las finanzas públicas.

El Gobierno contextualiza la reforma de la LAPAD como “urgente” ya que según dice en el preámbulo del RDL 20/2012, su desarrollo “amenaza la sostenibilidad del Sistema, tiene consecuencias perjudiciales para el empleo y perjudica la viabilidad de los sectores productivos relacionados con la dependencia¹²”. En este contexto de aplicación de medidas antikeynesianas, el Gobierno refunda la LAPAD configurando una “nueva” LAPAD, la cual recorta derechos de las personas beneficiarias, rebaja la oferta y calidad asistencial y reduce el gasto público disminuyendo el presupuesto destinado a la atención a la dependencia e incrementando los ingresos a

través de los copagos. La única medida positiva que incluye es la extensión de la prestación de “asistencia personal” a todos los grados de dependencia, cuando antes solo podían solicitarla aquellas personas con dependencia muy grave (Grado 3).

La declaración de principios del RDL 20/2012 en materia de atención a la dependencia es desproporcionada en relación a un gasto que, en 2011, apenas alcanzaba los 6.000 millones de euros, el 0,65 % del PIB, y que el desarrollo normal de la LAPAD preveía alcanzase el 1 % del PIB en el 2015. Por otra parte, tampoco se entiende que la LAPAD, tal como estaba estructurada, pudiera perjudicar a los intereses del sector privado cuando todo el sistema de la provisión de servicios del SAAD se efectúa a través de empresas privadas, con algunas excepciones. Ello nos lleva a pensar que la reforma a que se refiere el legislador es la que está relacionada con la PECEF (prestación económica de cuidados en el entorno familiar) cuyo objetivo es sustituir dicha prestación por servicios, dando así una mayor oportunidad de negocio a las empresas privadas. No es baladí que el mayor incremento de prestaciones, en los tres últimos ejercicios, lo hayan experimentado las prestaciones vinculadas, con el agravante de que estos servicios se dan a través de empresas acreditadas que escapan del control de calidad del resto de servicios concertados (públicos).

Tal como señala Rodríguez Cabrero (2014), *mediante la crisis, se está profundizando en la privatización de los propios sistemas universales del bienestar. Lo que sitúa lo social en la pura gestión competitiva económica y relega los criterios de acción pública, de primacía de los derechos sobre el presupuesto, además de menoscabar la acción de la iniciativa social, gratuita, sin fin de lucro*. Esto ha supuesto que la reestructuración del Estado de bienestar en España en esta última fase de desarrollo haya combinado tanto procesos diferenciados de contención del gasto como de recalibración y privatización (Navarro, 2004; Guillén, 2010; Guillén y León, 2011; Moreno, 2012; Pierson, 2001; Rodríguez Cabrero, 2011a).

El núcleo central de los “recortes” en materia de atención a la dependencia se identifica con el RDL 20/2012 aunque hay una antesala en el RDL 20/2011¹³ que retrasa el calendario de entrada de los dependientes moderados en un año (hasta 2013), pero es el RDL 20/2012 el que pospone definitivamente su entrada hasta julio del 2015. Asimismo, los Presupuestos Generales del Estado para 2012, 2013 y 2014 han ido aprobando recortes presupuestarios como la suspensión del Nivel Acordado¹⁴ y la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social del cuidador familiar. El cambio del modelo asistencial se completa con

de las pensiones conteniendo el incremento de sus importes y eliminado su actualización con la evolución del IPC (índice de precios al consumo).

⁷ Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

⁸ Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

⁹ Se eleva el tipo general del 18 % al 21 %, el reducido pasa del 8 % al 10 % y se modifica el IVA de algunos productos con IVA reducido que pasaran a tributar al tipo general (asistencia sanitaria y dental; espectáculos i servicios funerarios, entre otros).

¹⁰ <http://www.lavanguardia.com/economia/20140623/54410304294/coste-rescate-banca-espana.html>.

¹¹ El Banco de España calcula en 37.000 millones la deuda que no se recuperará. <http://goo.gl/kVmgWV>

¹² BOE de 14 de julio de 2012, pg. 50435, segundo párrafo.

¹³ RDL 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

¹⁴ El Art. 32.3 de la LAPAD define el Nivel Acordado en el marco de la cooperación interadministrativa pudiendo establecer convenios entre la AGE y las Autonomías.

la Resolución de 13 de julio de 2012¹⁵ que reforma la contribución de los usuarios (copago) elevando sus aportaciones al Sistema. Otras disposiciones posteriores sintetizan el contenido del nuevo modelo asistencial (RD 1051/2013), definen los nuevos criterios de financiación del Nivel Mínimo (RD 1050/2013) y disponen los nuevos criterios de la información de las CC.AA. al *Sistema de Información del SAAD*, el SISAAD (Orden SSI/2371/2013), el cual exige mayor nivel de información a las CC.AA. sobre el gasto y los ingresos del presupuesto en atención a la dependencia.

El conjunto de medidas que inciden en el ahorro del gasto público se pueden agrupar en tres bloques: un primer grupo lo hacen recortando derechos o exigiendo mayor colaboración de las personas beneficiarias (retraso del derecho de entrada de las personas dependientes de Grado 1, incremento de los copagos, supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social); un segundo grupo, conteniendo el gasto mínimo exigido a las autonomías en la gestión de las prestaciones (reducción de la intensidad de las prestaciones, reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas, carencia de dos años en la prestación económica del cuidador familiar, eliminación de los niveles de dependencia); un tercer grupo, disminuyendo la financiación estatal a las autonomías (disminución de las cuantías del Nivel Mínimo, suspensión del Nivel Acordado) [Montserrat Codorniu, 2014].

A continuación se analiza el impacto en los usuarios de las medidas más relevantes de la refundación de la LAPAD enunciadas en el párrafo anterior.

2. Medidas que afectan al derecho de entrada en el sistema y a la efectividad de las prestaciones

La medida más relevante del RDL 20/2012, y que más indefensión ha creado en los usuarios, ha sido la de *posponer el derecho* de entrada en el Sistema a las personas beneficiarias de Grado 1 (dependencia moderada) durante tres años —de julio 2012 a julio 2015— sin que éstas puedan reclamar ningún tipo de indemnización. El número de personas afectadas¹⁶ por dicho retraso se calcula en alrededor de 550 mil.

Los políticos de los recortes presupuestarios no tuvieron en cuenta el estado de fragilidad de las personas en situación de dependencia, ni el impacto en el bienestar de ellas, ni en el de sus familiares.

¹⁵ Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

¹⁶ El Libro Blanco de la dependencia cifra el número de personas con dependencia moderada en 648 mil y, actualmente, en el Sistema hay casi 90 mil atendidas.

La Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS) calcula que durante los últimos cuatro años más de 100.000 personas han fallecido antes de que se les concediera la prestación a la cual ya tenían derecho, sin que el beneficiario, ni los familiares, puedan reclamar nada del retraso en el derecho.

Las familias han sido y continúan siendo el principal soporte de sus familiares cuando necesitan cuidados continuados a pesar de los cambios culturales, de la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral y de la separación de los núcleos familiares entre padres e hijos. En las personas mayores, el cónyuge es el cuidador principal en más de 85 % de los casos y si la persona a cuidar es un hombre, la asistencia es desempeñada por la esposa en casi la mitad de los casos (Martínez Bujan, 2011). Ello dibuja un panorama en que los mismos cuidadores suelen ser personas mayores que, en muchas ocasiones, deberían ser ellas mismas las que recibieran cuidados. Asimismo, cuando las personas en situación de dependencia viven solas, o con sus hijos, suelen ser familiares femeninos (hija, nuera, nieta) quienes se hacen cargo de ellas, sacrificando oportunidades laborales y dedicando una gran cantidad de su tiempo y esfuerzo a cuidarlos (Rodríguez Cabrero, 2004). En general, la carga asistencial de los cuidadores familiares es muy elevada, sobre todo si no reciben ayudas públicas o tienen capacidad económica para contratar servicios profesionales en el mercado privado, lo cual no sucede en la mayor parte de la población. Por ello, los recortes asistenciales aplicados por el Gobierno para contener el déficit público posponiendo los beneficios de la Ley a las personas con dependencia moderada ha supuesto un “fuerte golpe”, tanto a los beneficiarios como a sus familias, que se han visto privados de unos servicios profesionales que hubiesen aliviado su carga de cuidados a sus familiares.

La Tabla 1 muestra las diferencias del número de personas beneficiarias en el Sistema entre las estimaciones del Libro Blanco y la situación en 2014. La LAPAD estimaba que, a principios de 2015, habría 1,3 millones de personas beneficiarias mientras que las cifras muestran que, en 2014 se han atendido 734.690 beneficiarios con prestación, es decir, poco más de la mitad de los usuarios previstos (53,5 %).

2.1. El limbo de la dependencia y la efectividad de las prestaciones

Las personas beneficiarias se encuentran indefensas cuando se encuentran en el “limbo de la dependencia”¹⁷ —periodo de espera entre haberles sido reconocido el derecho a la prestación y la prestación efectiva¹⁸—. Hay diferentes situaciones

¹⁷ Término acuñado por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España.

¹⁸ En las prestaciones económicas, que se esté cobrando la prestación, y en los servicios, que se estén percibiendo.

Tabla 1. Población beneficiaria por grados de dependencia, prevista y actual en el 2014

	Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	Total	Índice
Libro Blanco	648.442	472.461	252.345	1.373.248	100
	47,22 %	34,40 %	18,38 %	100,00 %	
A 31/12/2014	89.803	353.726	291.162	734.690	53,50 %
	12,22 %	48,15 %	39,63 %	100,00 %	

Fuentes: Libro Blanco, SISAAD y elaboración propia.

Fuente: SISAAD y elaboración propia.

de las personas que se encuentran en el “limbo”, pudiendo distinguir las siguientes: a) aquellas que habiendo sido reconocidas como dependientes están esperando que les hagan el PIA (Plan Individual de Atención); b) aquellas que, aunque tengan el PIA, están en la “lista de espera” para entrar en un servicio y c) aquellas a las que les ha asignado una prestación económica de cuidados en el entorno familiar y están en la “lista de sufridores” porque la Administración, de acuerdo con el RDL 20/2012, puede dejar en “suspensión” la prestación durante un plazo de dos años. El SISAAD no desglosa la tipología de las personas que están en el “limbo”, con lo que no se puede conocer cuantas hay en cada grupo.

A partir de la segunda mitad de 2011, el número de personas en el limbo empezó a descender, no tanto por la mayor agilidad en la gestión de los expedientes como por los recortes presupuestarios que han provocado que las autonomías mantengan estable¹⁹ el nivel de beneficiarios hasta mitad del

2015. A partir de dicha fecha, el limbo ha aumentado en 285.850 personas debido a que han empezado a aflorar las Resoluciones de dependencia con Grado 1.

El Gráfico 1 muestra la evolución global de los principales parámetros de la gestión de los expedientes desde enero de 2010, percibiéndose el progresivo aumento de las prestaciones hasta 2011-2012 para, a partir de entonces, mantener la oferta asistencial constante a pesar de un ligero repunte de solicitudes en el 2013 que apenas se ha visto correspondido con un incremento de prestaciones.

Las CC.AA. afrontan la entrada de los nuevos beneficiarios del Grado 1 en el Sistema con un porcentaje conjunto de personas pendientes de recibir prestación de alrededor del 17 % del total de personas beneficiarias (Gráfico 2). El punto de partida no es igual en todas las CC.AA.; las cinco que se encuentran por encima de la media son Murcia, Aragón, Galicia, Andalucía y Valencia.

¹⁹ Durante dicho periodo, generalmente, la entrada de nuevos beneficiarios solo se realizaba si había bajas en el Sistema.

Gráfico 2. Porcentaje de beneficiarios pendientes de prestación por CC.AA. en 2014

Fuente: SISAAD y elaboración propia.

2.2. Las medidas de desincentivación de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar

Otra de las medidas que afectan directamente a los derechos de las personas beneficiarias es la de no hacer efectiva la *prestación económica de cuidados en el entorno familiar* (PECEF). El RDL 20/2012 *concede a la Administración autonómica la potestad de no pagar la PECEF durante un plazo de dos años sin que el afectado pueda reclamar los atrasos*. Esta disposición no obliga a las Administraciones autonómicas a aplicarla, pero la mayoría de ellas la utilizan bajo el pretexto de los recortes presupuestarios. Ello provoca un importante efecto desincentivador de la demanda de dicha prestación, a la cual se añaden los recortes en las cuantías “máximas” de la PECEF.

Es sorprendente ver como la actitud de la Administración en el tratamiento de la PECEF ha cambiado sustancialmente en los ocho años de vida

de ésta. Al principio, la persona beneficiaria tenía derecho a reclamar los atrasos (retroactividad) desde la presentación de la solicitud de la dependencia; a partir de junio de 2010, solo se reconocen atrasos si transcurren más de seis meses desde la solicitud hasta la resolución del PIA y, a partir de julio 2012, se “congela” la efectividad de la prestación durante dos años (periodo máximo) sin que genere el derecho a recibir los atrasos. La situación actual constituye un atropello a los derechos de las personas que se ven privadas de una prestación concedida por su propia Administración.

Las nuevas cuantías de la PECEF, a partir de la segunda mitad de 2012, disminuyen un 15 % respecto a las establecidas en el 2011 y los importes para los nuevos beneficiarios se sitúan en el abanico de los dos niveles de dependencia existentes previamente para cada uno de los grados; así, las nuevas cuantías son: 387,6 €/mes para atender a una persona con dependencia muy grave (Grado 3); 268,79 €/mes si el beneficiario tiene una dependencia severa (Grado 2) y para los del Grado 1 es de 153 €/mes. Si a la rebaja de las prestaciones añadimos que el cuidador se deberá costear la cuota de la Seguridad Social (opcional), el resultado es de un *importe neto de 223 €/mes (Grado 3), de 104,25 €/mes (Grado 2) o de 70,73 €/mes (Grado 1)*. Además, a dichos importes se les deberá deducir el copago correspondiente en función de la capacidad económica de la persona, con lo que los nuevos importes de la PECEF son “simbólicos”.

Las medidas descritas en los dos párrafos anteriores forman parte de los objetivos del Gobierno de “acoso y derribo de la PECEF” que, atendiendo al principio de “excepcionalidad” del artículo 14.4 de la LAPAD, promueve la prestación de cuidados formales a través de empresas privadas, que frecuentemente no forman parte de la red pública de servicios, utilizando la fórmula de “prestaciones vinculadas al servicio”.

2.2.1. Evolución del número de PECEF

Hasta 2012, la PECEF era la prestación “estrella” en todas las CC.AA., llegando a alcanzar porcentajes superiores al 50 % en algunas de ellas. Es a partir del RDL 20/2012 y del Acuerdo del Consejo Territorial de 10/7/2012 que se inicia el camino de su desmantelamiento mediante las medidas descritas anteriormente, añadiendo, además, otra medida que afecta directamente a las finanzas autonómicas y que consiste en utilizar el Nivel Mínimo de financiación para penalizar²⁰ a aquellas CC.AA. que continúen teniendo una proporción elevada de PECEF.

²⁰ Se aplica un coeficiente corrector a la parte variable del Nivel Mínimo (porcentaje del total a repartir) de forma que aquellas CC.AA. cuya proporción de PECEF respecto al total de prestaciones sea superior a la media del conjunto de las CC.AA., recibe un importe inferior al que le correspondería, y viceversa.

Fuente: SISAAD y elaboración propia.

La PECEF ha sido la prestación estrella porque los políticos la han utilizado como recurso “fácil”, “propagandístico” y “barato”. Probablemente, el tema económico tiene mucho peso en su proliferación pero no es menos cierto que existe un trasfondo político en su uso masivo ya que, al ser un recurso fácil de conceder, la administración autonómica justificaba su contribución al despliegue del SAAD aumentando de manera rápida el número de beneficiarios con prestación. Todavía en el 2014, a pesar de todos los recortes y restricciones en su concesión, hay once CC.AA. en las que dicha prestación representa el porcentaje mayor sobre el total de las prestaciones. La media del porcentaje de PECEF en el conjunto de las CC.AA. es del 42 % siendo las CC.AA. con valores extremos, la de Baleares con el 70 % y la C.A. de Madrid con el 26 % (Gráfico 3).

La evolución entre 2010 y los dos últimos ejercicios muestra el descenso generalizado de la PECEF y el diferente comportamiento de las CC.AA (Tabla 2). El porcentaje de la PECEF era, en 2010, del 49 %, en

2013 del 44 % y en 2014 del 42 %; es decir, entre 2010 y 2014 ha bajado siete puntos porcentuales. El cambio de tendencia se nota en la mayoría de las CC.AA., especialmente entre 2013 y 2014, primer ejercicio en el que se ha aplicado la penalización de su uso masivo a través del Nivel Mínimo de financiación. No obstante, hay CC.AA. que no siguen la tendencia general como es la C.A. de Madrid que muestra crecimientos en cada uno de los periodos y la C.A. de Baleares que se mantiene prácticamente constante en los tres años analizados; por otro lado, País Vasco y Navarra aumentan considerablemente el peso de la PECEF entre 2010 y 2013, y bajan ligeramente entre 2013 y 2014 continuando por encima de la media global.

Tabla 2. Evolución del porcentaje de la prestación económica de los cuidados en el entorno familiar sobre el total de prestaciones. 2010, 2013 y 2014

CCAA	2010	2013	2014
ANDALUCIA	45,45	41,34	40,59
ARAGON	63,48	60,30	54,55
ASTURIAS	47,72	47,30	45,58
ISLAS BALEARES	70,75	69,80	70,24
CANARIAS	53,87	52,33	43,51
CANTABRIA	63,78	54,85	53,84
CASTILLA Y LEON	41,71	31,39	29,13
CASTILLA-LA MANCHA	52,77	45,25	41,44
CATALUÑA	57,91	56,46	54,45
COMUNIDAD VALENCIANA	46,18	43,14	41,94
EXTREMADURA	42,62	39,64	34,30
GALICIA	58,19	30,24	28,00
COMUNIDAD DE MADRID	18,42	22,47	26,33
MURCIA	75,78	63,35	62,30
NAVARRA	62,49	56,20	54,61
PAIS VASCO	42,84	50,19	48,74
LA RIOJA	46,23	37,34	34,65
CEUTA MELILLA	64,33	51,60	51,23
TOTAL (%)	49	44	42
Promedio prestaciones año	334.241	410.424	389.961

Fuente: SISAAD y elaboración propia.

2.3. La incoherencia de la desincentivación de la PECEF

El legislador de la LAPAD diseñó un Sistema de atención a la dependencia altamente profesionalizado pensando más en la *creación de empleo* que en configurar un sistema de prestaciones que satisfaga la opción de los usuarios de ser cuidados por familiares y permanecer en su domicilio, siendo, además, la opción preferida por la mayoría de las personas según las encuestas.

Se argumenta que la atención prestada por cuidadores formales es de más calidad que la realizada por cuidadores informales (familiares) porque el dinero que recibe el familiar no se aplica a cuidar mejor a su “pariente” (más horas de dedicación, mejoras en su alimentación y/o higiene, sacarlo a pasear, etc.). Si bien dicha afirmación puede ser cierta en algunos casos, no se dispone de evidencia empírica que lo demuestre. En todo caso, el problema deriva del diseño de la “prestación”, que no define correctamente la finalidad y el empleo de la misma.

Si el objetivo es mejorar la calidad del cuidado que recibe la persona, sorprende que el servicio “sustitutivo” más idóneo —servicio de ayuda domiciliaria (SAD)— se preste con solo una hora y media de trabajador/a familiar²¹ cuando se supone que una persona en situación de dependencia grave (Grado 2) y muy grave (Grado 3) requiere cuidados continuados dos o tres veces al día, según la propia definición que da la Ley 39/2006. Con una prestación de tan baja intensidad es difícil pensar que el SAD esté siendo un servicio “sustitutivo” efectivo, y de calidad, de la prestación de cuidados familiares.

Se observa que otros países de la UE (Austria, Holanda; Noruega conceden, también, prestaciones monetarias a beneficiarios de prestaciones públicas de atención a la dependencia, pero tanto el nombre de la prestación —presupuesto personal— como su finalidad son radicalmente diferentes a los de la PECEF. El objetivo del “presupuesto personal” no es compensar al cuidador por su coste de oportunidad de cuidar al “pariente”, sino que el destinatario de la prestación es la propia persona beneficiaria, siendo ella la responsable de su gasto (compra de servicios formales e informales, productos de higiene, productos alimenticios, ocio, etc.). Asimismo, el gestor del caso supervisa la correcta aplicación de la prestación según los criterios de gasto consensuados entre el usuario y la Administración. Junto al “presupuesto personal” se prevé una serie de “servicios complementarios” como, por ejemplo, formación tanto para el usuario como para el cuidador, servicios de respiro, asesoramiento, uso de nuevas tecnologías, entre otros.

Se está haciendo fracasar una prestación económica que otros países de la UE están promoviendo. La propia Comisión Europea prevé que, en el transcurso de los próximos cincuenta años, la conjunción de factores como el aumento del envejecimiento, la escasez de población activa, junto con el previsible incremento de los precios de los servicios formales, harán necesario redefinir el apoyo y la asistencia de los cuidadores familiares. En definitiva, se debería repensar una nueva PECEF que tuviese como objetivo

el “empoderamiento” del usuario para la elección y gestión de los recursos necesarios para permanecer en su domicilio reforzando aquellos servicios complementarios necesarios para cuidar, tanto a la persona beneficiaria como al cuidador. Por ello sería conveniente “despenalizar” la PECEF y restituir la prestación a los niveles previos al ejercicio 2012 en tanto no se defina la “nueva PECEF”.

2.4. Supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social al cuidador familiar

La supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social al cuidador familiar forma parte del paquete de medidas de “acoso y derribo” de la *prestación económica de cuidados en el entorno familiar*. Aunque dicha medida no afecta directamente a la persona beneficiaria, en cambio afecta a la calidad asistencial ya que el cuidador podría disponer de los beneficios de la asistencia sanitaria (en caso que no los tuviese) y no perder tiempo de cotización a la Seguridad Social para el reconocimiento de su futura pensión de jubilación²². En caso contrario, la cuidadora (generalmente son mujeres) podría verse obligada a mantener su puesto de trabajo para no perder ese derecho, lo cual incide en una disminución de horas de presencia física de cuidados y aumento del estrés al tener que compatibilizar el cuidado de la familia con el cuidado del familiar dependiente y con el empleo fuera del domicilio. Esta medida ha afectado, disminuyéndolo en más de 150.000, al número de altas en la Seguridad Social por este concepto, pasando de 179.829 en julio de 2012 a 11.957 en julio de 2015.

3. La oferta y la calidad asistencial de las prestaciones de la LAPAD

El Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones establecidas en la LAPAD, ordena el nuevo contexto asistencial nacido de la refundación de la LAPAD. La principal característica de la reforma es la reducción de las intensidades, lo que conlleva, indirectamente, la reducción de la calidad asistencial.

Las intensidades de las prestaciones se definen desde la perspectiva de la utilización del servicio, o sea, por el número de horas que la persona beneficiaria tiene el derecho a utilizarlo. Sin embargo, no hace mención alguna de los servicios residenciales porque se da por supuesto que la persona beneficiaria los utiliza durante las 24 horas al día; no obstante, el mantenimiento, o rebaja en algunos casos, de los costes en los centros (residencias, centros de día) se da en la “no exigencia estricta de la calidad mínima” asistencial que deberían tener estos centros.

²¹ La nueva regulación de 2012 establece que una persona con dependencia muy grave reciba, como promedio, entre 1,5 y 2,3 horas al día; una persona con dependencia severa, entre 1,5 horas y 40 minutos al día, y aquellas con dependencia leve podrán recibir un máximo de 40 minutos al día.

²² Ello solo afecta a los cuidadores “jóvenes”, es decir con edades inferiores a la edad legal de jubilación.

La reducción de las intensidades de utilización de los servicios según el RDL 20/2012 es importante, tal como se observa en la efectuada en los servicios de ayuda a domicilio (Tabla 3). La comparativa entre el número de horas de atención antes y después de la reforma muestra rebajas sustanciales. Así, el tope máximo de horas mensuales para las personas con dependencia Grado 3, baja de 90 a 70 horas; para las personas con dependencia Grado 2, el tope desciende de 55 a 45 horas y en las personas con dependencia leve, el tope pasa de 30 a 20 horas. De todas formas, el impacto real de la reforma se manifestará cuando se analice el número de horas efectivamente prescritas a los beneficiarios, ya que hay un amplio abanico de posibilidades en cada uno de los tramos de dependencia, pudiendo ocurrir que la mayoría de las prescripciones se hagan por el mínimo. Se debería reivindicar que el SISAAD recogiera el número de horas de ayuda a domicilio prestadas además del número de beneficiarios.

Tabla 3. Número máximo de horas de utilización de los servicios de ayuda a domicilio antes y después de los recortes

Grados dependencia	LAPAD	Reforma Ley 20/2012	
		Beneficiarios antes Agosto 2012	Beneficiarios después Agosto 2012
Grado 3-2	Entre 70 y 90 h/mes	Entre 56 y 70 h/mes	Entre 46 y 70 h/mes
Grado 3-1	Entre 55 y 70 h/mes	Entre 45 y 55 h/mes	
Grado 2-2	Entre 40 y 55 h/mes	Entre 31 y 45 h/mes	Entre 21 y 45 h/mes
Grado 2-1	Entre 30 y 40 h/mes	Entre 21 y 30 h/mes	
Grado 1-2	Entre 21 y 30 h/mes	Maximo 20 horas /mes	Maximo 20 horas /mes
Grado 1-1	Entre 12 y 20 h/mes		

Fuente: Ley 20/2012 y elaboración propia.

En los centros de día y en los servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, también se limita el número de horas de utilización, si bien la norma hace referencia a los mínimos de atención. Así, establece con carácter general 15 horas mensuales de atención para las personas con dependencia de Grado 1, si bien en los servicios de atención temprana hace referencia a seis horas mensuales (según anexos I, II y III del RD 1051/2013).

3.1. La mercantilización de la oferta y la calidad asistencial de las prestaciones

La red pública del SAAD se compone de un conjunto de centros, algunos pocos de titularidad pública y otros muchos de titularidad privada. Los políticos que configuraron la LAPAD dejaron clara la voluntad de aprovechar al máximo los recursos existentes en

el mercado y evitar duplicidades. La Administración ofrecería los servicios a través de empresas privadas (con o sin fin de lucro) con las que concertaría un número determinado de plazas o servicios, estableciendo un precio de compra y exigiendo una cierta garantía de calidad en los mismos. El proceso y los requisitos de concertación siguen las normas y procedimientos de los concursos públicos según lo dispuesto en la Ley de Contratos del Estado.

La mercantilización de la prestación de servicios de atención a la dependencia requiere que la Administración pública establezca una serie de requisitos y estándares de calidad para controlar su funcionamiento. Así, el artículo 35.1 de la LAPAD manda que se acuerden estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el catálogo de prestaciones de la Ley, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El acuerdo del Consejo Territorial del SAAD de 27 de noviembre de 2008, *definió criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD haciendo referencia a ratios de plantilla mínimos según los distintos tipos de centro*²³; *ratios de atención directa mínimos exigibles para la categoría profesional de cuidador, gerocultor o similar atendiendo a los distintos tipos de centro; definición de la cualificación que deben tener los trabajadores y estableció el requisito de que al menos el 35 % de las plantillas de los centros residenciales debían encontrarse debidamente cualificadas en 2011 y el 100 % en 2015.*

En la práctica, apenas la mitad de las autonomías han transpuesto los criterios de acreditación a sus respectivas normas autonómicas (Martín Serrano, 2014). Y, aún más, debido a los recortes presupuestarios derivados de la crisis económica, se deduce la existencia de un “pacto oculto” entre Administraciones y empresas, en el sentido de que la contraprestación a no incrementar (o incluso reducir) los costes de las plazas concertadas es que la Administración no entre a fondo en la exigencia de los ratios de personal y de cualificación profesional definidos en el Acuerdo del Consejo Territorial del 2008. Las empresas y entidades se amparan en la no existencia de la norma autonómica correspondiente que obligue a su cumplimiento.

La calidad en los servicios de atención a la dependencia se resiente aún más cuando contemplamos que hay grietas por donde se escapa cualquier atisbo de control de calidad por parte de la Administración. Éstas son las empresas privadas que ofrecen cualquier tipo de servicios del catálogo de prestaciones a las personas, beneficiarias de la Ley, que obtienen una “prestación vinculada”. El único objeto de control administrativo es el de exigir el cumplimiento de los requisitos para abrir el centro

²³ Diferencia los centros para mayores de los centros para personas con disminución física, psíquica y sensorial menores de 65 años.

y el de establecer un “precio preferencial” a los usuarios de la LAPAD; son los requerimientos para obtener el certificado de “acreditadas”. La relación contractual se establece entre usuario y empresa y, por lo tanto, será el usuario y no la Administración quien pueda exigirle explicaciones sobre la calidad del servicio. Por ello, diferentes instituciones, entre ellas el Observatorio de la Dependencia, solicitan a la Administración que exija a las empresas acreditadas los mismos estándares de calidad que en las empresas concertadas.

Otra de las causas que resienten la calidad asistencial es la de no hacer cumplir los mínimos de plantilla con la debida cualificación profesional. A nivel global, esto se traduce en unos resultados que no son los que se habían pactado. Se estima un déficit que supera la cifra de 18.000 que reconocía el IMSERSO en abril de 2014 (Martín Serrano, 2014). Las administraciones autonómicas argumentan falta de recursos económicos para la oferta de formación profesional; ello hace tambalear el binomio de “calidad en el empleo = calidad asistencial”.

Otra característica de la baja calidad asistencial es la de la precariedad de los empleos, que se traduce en remuneraciones bajas, elevada proporción de contratos temporales y de tiempo parcial, dando lugar a una elevada rotación de personal en los centros que afecta a la calidad de los servicios.

El empleo generado, entre 2007 y 2014, apenas alcanza 60 mil puestos según datos de afiliación a la Seguridad Social²⁴, pasando de 299.596 en 2007 a 357.169 en 2014, incremento que está muy alejado del que menciona el Libro Blanco de dependencia y Sosvilla-Rivero (2012), los cuales preveían que se alcanzarían cifras de empleo de alrededor de 600.000 puestos de trabajo. La falta de creación de empleo afecta mayoritariamente a las mujeres ya que es un sector muy feminizado. Entre las causas del escaso crecimiento del empleo están, por un lado, la falta de exigencia administrativa de que los centros cumplan con los ratios de personal mínimos requeridos según el Acuerdo Territorial y, por otro, la reducción de las intensidades de prestación que introdujo el RDL 20/2012 y que se detallan en el Real Decreto 1051/2013.

Finalmente, la “creación de empleo” en empresas privadas fuera del control de la Administración pública, como sucede con las prestaciones vinculadas, dificulta valorar cuantitativa y cualitativamente su efecto.

4. La financiación de la dependencia

La LAPAD establece un modelo mixto de financiación público-privado y la colaboración entre los diferentes niveles de Administración en la cobertura del gasto en atención a la dependencia (artículos 7 y 9 de la LAPAD). Los usuarios deben contribuir a la financiación del coste de las prestaciones mediante los copagos²⁵, lo cual no es ninguna novedad ya que en el modelo asistencial anterior a la LAPAD ya se venía realizando. La colaboración entre las AAPP en la financiación del coste del Sistema es un concepto indefinido arrastrando problemas sobre “la medición de la colaboración”. El modelo actual de financiación comporta desajustes en la distribución de la carga financiera entre la Administración general del Estado y las Administraciones autonómica e inequidades en la carga económica que soportan los usuarios.

4.1. La contribución de los usuarios en la financiación de la dependencia

La corresponsabilidad de los usuarios y la justicia distributiva son los principios que alega la LAPAD para justificar la contribución de los usuarios en la financiación de las prestaciones de la dependencia; no obstante, hay otra razón “no explícita” que es la de recaudar con el objetivo de rebajar el gasto público, de forma que el “gasto neto”²⁶ sea menor. La LAPAD estableció que la financiación de una parte del coste de las prestaciones se realizaría a través de la participación de los usuarios (art. 33). Si bien la Ley no mencionó en qué proporción los usuarios contribuirían en la financiación, la Memoria económica estimaba que, en conjunto, el copago compensaría un tercio del coste total.

El copago es uno de los factores de contención de la entrada al Sistema y de expulsión “voluntaria” en otros casos. El copago es “caro” para muchos usuarios, especialmente para las personas mayores que tienen como único ingreso sustantivo una pensión de la Seguridad Social y, como patrimonio, su vivienda habitual. La reducida cuantía del tramo de renta exenta en los servicios no residenciales (1 IPREM), la “irrisoria” cuantía de renta garantizada en el servicio residencial (19 % IPREM)²⁷, la amenaza de quedarse sin el patrimonio cuando los ingresos líquidos son insuficientes para cubrir la cuota y las cuotas excesivas, entre otras causas, promueven la expulsión de personas beneficiarias del Sistema agravándose en situaciones de pobreza familiar.

El objetivo de maximizar la recaudación a través de los copagos persiste y se potencia, tal como se desprende de los objetivos de la LAPAD refundada y del Programa Nacional de Reformas de 2013

²⁵ Algunos autores llaman al copago “repago”, ya que las personas beneficiarias ya han pagado sus impuestos.

²⁶ Generalmente, al hablar de gasto público se hace referencia al gasto total (bruto) y no al que realmente representa el gasto real para las arcas de las finanzas públicas (neto).

²⁷ Equivale a 118 euros al mes, si se cuenta el IPREM por 14 pagas.

²⁴ Portal de la dependencia. Evolución anual afiliación de la Seguridad Social de profesionales de servicios sociales por sectores de actividad.

Gráfico 4. Impacto del copago según la renta de las personas beneficiarias. Caso del servicio residencial para personas con Grado 3

Fuente: Muestra IRPF del IEF-AEAT y elaboración propia.

que prevea un incremento de la recaudación vía copagos del 5 % de los mismos. Teniendo en cuenta el “oscurantismo” del SAAD en proporcionar la información sobre el volumen de copagos “real” y con el objetivo de tener alguna aproximación de la cifra que, actualmente, puede representar, se ha realizado una simulación con una muestra de personas con rentas inferiores a 3 veces el IPREM aplicando los parámetros definidos en la Resolución de 13/7/2012. El resultado de la simulación muestra una *cifra de recuperación del coste de las prestaciones, a través de los copagos, alrededor del 23 %*; otros autores lo estiman, alrededor del 19 % (AEDGSS) y del 27,8 % (Prada, 2014).

La equidad de los copagos no se cumple ni a nivel horizontal (entre los usuarios), ni a nivel vertical (entre las CC.AA.). Las desigualdades entre los individuos surgen porque el Modelo ejerce mayor presión sobre las rentas medias-bajas que sobre las rentas altas, ello significa que una persona con renta baja paga una mayor proporción de renta que otra persona con renta media-alta. También, la filosofía de establecer “tarifas planas”²⁸, en lugar de contemplar una escala progresiva de tarifas, así como el hecho de establecer “topes en la cuota”²⁹, en lugar de “topes en la renta”, no hace más que agravar la regresividad del modelo. La cuota “topada” por arriba favorece a las rentas media-altas ya que no pagaran más del 90 % del precio del servicio y, en definitiva, obtienen un ahorro en el copago proporcionalmente mayor que aquellos que no alcanzan a disfrutar de “ese descuento” en el precio porque su copago no llega al límite.

La inequidad en el copago se acentúa aún más con la inclusión del patrimonio (Montserrat Codorniu y Montejo, 2012). Su imputación eleva el cómputo de la capacidad económica del usuario pero no tiene

efectos en la capacidad económica de las rentas altas. Ello es debido a que, a partir de un cierto nivel de ingresos, la persona ya llega al “tope” de lo que debe pagar y, por lo tanto, por más que aumente la capacidad económica, no aumenta la cuota. En cambio, a las personas con rentas medias-bajas, la inclusión del patrimonio eleva su copago hasta el punto de hacerles contraer “deuda con la Administración”³⁰ si los recursos líquidos no son suficientes para pagar la cuota resultante. Ello puede provocar la exclusión voluntaria del Sistema de las personas afectadas, produciéndose una pérdida del bienestar de las mismas.

El Gráfico 4 muestra que el modelo de copago actual puede hacer pagar al usuario de renta media-baja entre el 80 % y el 90 % de su renta y si tuvieses patrimonio, la cuota podría llegar a ser superior al importe de sus recursos líquidos, contrayendo en este caso una deuda con la Administración. El “sacrificio económico” que realizan las personas con rentas medias-bajas es superior al de las rentas medias-altas. La línea azul dibuja la evolución del impacto sin tener en cuenta el patrimonio y la línea roja teniéndolo en cuenta. Como se puede apreciar, a partir de una determinada renta, en este caso igual a tres veces el IPREM, el impacto es el mismo “con” o “sin” patrimonio. Es decir, el patrimonio no incrementa el copago de las personas con rentas medias-altas siendo dicho resultado contrario al objetivo establecido.

4.2. La contribución de la AGE en la financiación del SAAD

Con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2006, las necesidades de las personas afectadas por estas situaciones eran atendidas, desde los ámbitos autonómico y local, a través de un sistema

²⁸ La tarifa plana establece un precio fijo y aplica una bonificación en la cuota a aquellos que no pueden pagarla en su totalidad.

²⁹ La Resolución de 13/7/2012 la establece en el 90 % del precio del servicio.

³⁰ Las deudas contraídas figuran como cargas en el Registro de la Propiedad.

de subvenciones, limitando la entrada al Sistema a aquellas personas situadas por encima de un determinado umbral económico establecido por cada Administración. A partir de la LAPAD, el Estado garantiza la cobertura universal y su financiación estableciendo su colaboración financiera a través del Nivel Mínimo de protección garantizada, comprometiendo a las autonomías a que contribuyan como mínimo con la misma cantidad que la aportada por la Administración General del Estado (art. 32 de la LAPAD)³¹. Inicialmente también se estableció un fondo adicional, llamado Nivel Acordado³², cuya finalidad era complementar los recursos del Nivel Mínimo, el cual fue suspendido a partir del ejercicio 2012.

La financiación del Nivel Mínimo se define como la cuantía mínima garantizada por el Estado que la persona beneficiaria tiene derecho a percibir, aunque el usuario no es el receptor directo sino a través de la prestación o prestaciones que le asigna su Administración autonómica. La determinación de las cuantías del Nivel Mínimo la establece anualmente el Gobierno y el gasto anual previsto para financiar los importes devengados durante el ejercicio debe figurar en los correspondientes Presupuestos del Estado (art. 32.1). Al ser una financiación garantizada, el Estado deberá recurrir a los suplementos de crédito en el caso que el presupuesto inicial resultase insuficiente para hacer frente a los derechos devengados durante el ejercicio.

Existe un gran “controversia” entre las autonomías y la AGE sobre la cantidad aportada por el Estado en concepto de Nivel Mínimo. Las primeras sostienen que dicha financiación apenas cubre el 20 % del coste total de las prestaciones y, sin embargo, el IMSERSO argumenta que ha añadido recursos adicionales a través de la Ley 22/2009³³ por un importe de 9.268,66 M€ (una media anual de 1.853,73 M€) en el periodo 2009-2013, lo cual haría que la suma de las dos aportaciones alcanzase, aproximadamente, la mitad del coste de las prestaciones, cumpliendo con lo establecido en el art.32 de la LAPAD. Según los datos suministrados al Tribunal de Cuentas³⁴, y teniendo en cuenta los recursos adicionales, la AGE, en el 2012, hubiera aportado el 49,23 % del coste de las prestaciones. Sin embargo, los argumentos en contra de tener en consideración dichos recursos son, que la financiación adicional, al ser una financiación incondicionada, no está garantizado que las autonomías la apliquen a los presupuestos de atención a la dependencia, y, además, que no es

una financiación garantista ni continuada como la establecida en el Nivel Mínimo.

El hecho de que la cuantía del Nivel Mínimo esté en función del grado de dependencia de la persona beneficiaria, y no del coste de la prestación³⁵, así como las reducidas cuantías establecidas por dicho concepto³⁶ repercute en que la carga financiera recaiga “principalmente” en las finanzas autonómicas. La brecha entre el Nivel Mínimo y el coste de las prestaciones se ha ido incrementando a lo largo de los últimos cuatro años, especialmente, a partir de 2013 por la reducción de las cuantías del Nivel Mínimo establecidas en las medidas de estabilidad presupuestaria (Tabla 4). Así, si en 2011 la cobertura del Nivel Mínimo representaba el 20,85 % del gasto de las prestaciones, en 2014 desciende al 17,34 %.

Tabla 4. Estimación del peso de la financiación del Nivel Mínimo sobre el coste de las prestaciones

	2011	2012	2013	2014
	Millones euros			
Nivel mínimo (1)	1.134,98	1.287,18	1.087,18	1.087,18
Suplementos de crédito	202,19	117,31	120	54,68
TOTAL ingresos Nivel Mínimo	1.337,17	1.404,49	1.207,18	1.141,86
Gasto total prestaciones	6.412,50	6.705,24	6.574,38	6.583,27
% de ingresos/gastos	20,85	20,95	18,36	17,34

(1) Sin Ceuta, ni Melilla.

Fuente: PGE, SISAAD y elaboración propia.

Sin embargo, las autonomías no soportan el 80 % del coste de las prestaciones como en un principio parece deducirse del análisis sino que una parte del gasto es recuperada a través de las contribuciones de los usuarios. Así, sí “hipotéticamente” la cifra global de los copagos se situara en el 20 % del coste de las prestaciones, en el ejercicio 2014 la distribución de la financiación del gasto sería la siguiente: AGE el 17,3 %, CC.AA. el 62,7 % y los usuarios el 20 %, con lo cual los usuarios contribuirían en mayor proporción que la AGE.

La financiación por beneficiario que cada comunidad autónoma recibe del Nivel Mínimo no es homogénea entre los territorios ya que depende no sólo de la estructura de los grados de dependencia de las personas atendidas sino, también, de un índice corrector de penalización/ premio (RD 1050/2013), por tener más o menos prestaciones económicas de

³¹ El artículo 32, apartado tercero de la Ley dice que las CC.AA. deben contribuir, como mínimo, con una cantidad de recursos igual a la aportada por la AGE.

³² Se establecían convenios con las administraciones autonómicas, en los que se establecían los objetivos a cubrir y se repartían los fondos a través de unos criterios definidos y aprobados en el seno del Consejo territorial.

³³ A través de la Ley 22/2009 se añadió financiación a las CC.AA. con criterios de población dependiente. Concretamente, número de personas potencialmente dependientes y número de personas reconocidas con derecho a prestación registradas en el SISAAD.

³⁴ Informe nº 1.035 del Tribunal de Cuentas, pág. 119.

³⁵ La cobertura del coste de la prestación oscila entre el 7 % y el 22 % dependiendo del coste de la prestación y del grado de dependencia del usuario.

³⁶ Cuantías mensuales: Grado 3-2, 231,82 €; Grado 3-1, 157,26 €; Grado 3, 177,84 €; Grado 2-2, 89,38 €; Grado 2-1, 61,34 €; Grado 2, 82,84 €; Grado 1-2, 52,06 €; y Grado 1, 44,33 €.

la PECEF. Ello distorsiona que la distribución del Nivel Mínimo sea equitativa entre los territorios.

Las cifras ponen de relieve el escaso peso que representa la financiación global del Nivel Mínimo sobre el coste de las prestaciones, la perversión del sistema de distribución del Nivel Mínimo y, por ello, la necesidad de una reforma del sistema de financiación del SAAD que garantice unos ingresos suficientes para cubrir las necesidades de las personas en situación de dependencia y una distribución equitativa de los recursos financieros entre los territorios.

5. El impacto del RDL 20/2012 en el gasto de la atención a la dependencia

En este apartado, por una parte se describe la evolución del gasto público en la atención a la dependencia en los últimos tres ejercicios y, por otra parte, se hace una valoración global del ahorro presupuestario que han supuesto las medidas de estabilidad presupuestaria contenidas en el RDL 20/2012.

Cabe recordar que el nuevo modelo asistencial que crea la LAPAD coexiste con la acción protectora de la Seguridad Social que ya venía asumiendo la asistencia³⁷ a las personas en edad laboral con discapacidad sobrevenida que participasen activamente en el mercado de trabajo en el momento de la contingencia, así como aquellas otras prestaciones asistenciales que tengan la finalidad de subsidiar a la persona dependiente o a su familia de la carga económica que supone estar en una situación de dependencia. Asimismo, se incluye la acción protectora a las personas en situación de dependencia de las Mutualidades³⁸ de los funcionarios del Estado (clases pasivas). Estas prestaciones son las denominadas “prestaciones de análoga naturaleza” (art. 31 de la Ley 39/2006) y son incompatibles con las prestaciones reconocidas por la LAPAD. Por ello, el gasto total en atención a la dependencia es la suma del gasto de la LAPAD y el gasto de los otros regímenes de protección social en la atención a la dependencia.

5.1. Los recortes en el gasto público en las prestaciones de la LAPAD

La aplicación del conjunto de medidas del RDL 20/2012 ha dado sus frutos en la contención del crecimiento del gasto público en las prestaciones de la LAPAD. La principal medida de contención del

gasto ha sido la de posponer tres años la entrada de los beneficiarios con dependencia moderada (Grado 1), cuyo ahorro se estima en cuatro mil millones de euros, aproximadamente. Asimismo, dichas medidas han tenido efecto en la contención del gasto en las prestaciones a las personas ya beneficiarias del Sistema.

La principal característica de los presupuestos en los tres ejercicios siguientes a la fecha de la entrada en vigor de los recortes del RDL 20/2012 (agosto 2012) es su estabilidad tanto en el gasto como en el número de prestaciones y beneficiarios.

En cuanto al número de prestaciones, se observa un ligero descenso en los dos últimos ejercicios, siendo un poco más acentuado en el 2014, aunque la principal característica es la reestructuración entre ellas, perdiendo peso la PECEF y aumentando el de las prestaciones en servicios. Entre 2012 y 2014, la PECEF ha disminuido en 28.995 prestaciones, posiblemente debido a la medida de penalización³⁹ aplicada a las CC.AA. que continuaran promoviendo dicha prestación.

Otras prestaciones en descenso son las del servicio de ayuda a domicilio y la de teleasistencia, prestaciones que hasta ese momento eran proporcionadas por empresas controladas por las Corporaciones Locales. El descenso de las prestaciones del servicio de ayuda a domicilio no se debe tanto a una disminución en cuanto al tipo de prestación, sino a una reorientación del proveedor del servicio, pasando de ser prestados por entes locales (servicio público) a empresas privadas “acreditadas”, no incluidas en la red pública pero que atienden a las personas beneficiarias de la LAPAD con prestación económica vinculada. Este mismo proceso se da en la sustitución de la PECEF por servicios, los cuales en su mayoría son servicios de ayuda a domicilio prestados por empresas privadas “acreditadas”. De ahí que la “prestación económica vinculada a servicios” sea la prestación que ha tenido, en valores absolutos, mayores incrementos, tanto en 2013 como en 2014.

En cambio, la disminución de la prestación de teleasistencia, que se visualiza a partir de 2013, es un reflejo de la retirada⁴⁰ de la subvención estatal a las Corporaciones Locales para la prestación de este tipo de servicios (Tabla 5). Ello da lugar a pasar de un servicio prácticamente gratuito a otro de “pago”, lo cual produjo, en la mayoría de los casos, una renuncia de las personas beneficiarias a este tipo de servicio, redundando en un empeoramiento de la atención a las personas en situación de dependencia.

³⁷ Son los complementos de ayuda a tercera persona en las prestaciones de gran invalidez, prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, así como de las prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación a personas con discapacidad y asistencia a personas mayores.

³⁸ Se incluye MUFACE (Mutualidad general de funcionarios civiles del Estado), ISFAS (Instituto social de las fuerzas armadas) y MUGEJU (Mutualidad general judicial).

³⁹ Penalización a través de recibir una cantidad menor del Nivel Mínimo si el peso de la PECEF de la comunidad autónoma correspondiente fuera superior al de la media del conjunto de las CC.AA.

⁴⁰ http://cadenaser.com/ser/2012/11/24/sociedad/1353726806_850215.html.

Tabla 5. Evolución de las prestaciones. 2012-2014

	2012	2013	2014	Var. 2013/2012	Var 2014/2013
Prevención	19.648	21.194	21.930	1.546	736
Teleasistencia	129.026	122.763	116.780	-6.264	-5.983
SAD	120.100	122.820	119.029	2.720	-3.791
C.Día/Noche	63.812	67.207	70.754	3.395	3.547
Residencia	124.642	127.785	129.858	3.143	2.073
Sub total servicios	457.228	461.769	458.350	4.541	-3.419
Vinculada	63.228	66.660	71.734	3.432	5.074
Cuidador familiar	418.916	410.424	389.961	-8.492	-20.463
Asistente personal	1.037	1.257	1.763	220	506
Subtotal económicas	483.181	478.341	463.458	-4.840	-14.883
Total PRESTACIONES	940.409	940.110	921.808	-299	-18.302

Nota: Las cifras de prestaciones son el promedio del año.

Fuente: SISAAD y elaboración propia.

Tabla 6. Evolución del gasto estimado en prestaciones de la LAPAD. Periodo 2012 a 2014

	2012	2013	2014	Var. 2013/2012	Var 2014/2013
	(en millones euros)			(en %)	
Gasto servicios	3.805,73	4.044,14	4.113,25	6,26	1,71
Gasto servicios reclasificados (1)	409,09	427,67	465,85	4,54	8,93
Gasto PECEF	1.657,46	1.451,49	1.388,00	-12,43	-4,37
Total GASTO Prestaciones	5.872,27	5.923,30	5.967,10	0,87	0,74
Gastos gestión + atrasos retroactividad	832,97	651,08	616,17	-16,37	2,84
TOTAL GASTO LAPAD	6.705,24	6.574,38	6.583,27	-1,27%	0,95

(1) Incluye la prestación económica vinculada y la asistencia personal.

Fuente: SISAAD, Informes personas mayores y elaboración propia.

Las cifras de la evolución del gasto estimado en prestaciones muestran que las medidas de estabilidad presupuestaria han sido un éxito (Tabla 6). En general, el gasto total⁴¹ en prestaciones de la LAPAD prácticamente se mantiene constante durante los tres ejercicios analizados (2012-2014) alcanzando cifras de, alrededor de 6.000 millones de euros, pero con una reclasificación del mismo, aumenta el gasto en servicios y desciende el gasto en PECEF, lo cual es consecuente con los objetivos perseguidos en el RDL 20/2012. Se observa que, a pesar de que el número de prestaciones ha descendido en el 2014 respecto al ejercicio anterior (en 18.302), el gasto no ha disminuido ya que las nuevas prestaciones se realizan a través de servicios que tiene un coste más elevado que el coste de las PECEF, lo cual incrementa el gasto público.

El gasto total estimado en la LAPAD, que incluye el gasto en la gestión del Sistema y la parte de

atrasos pagados en el ejercicio derivados de la retroactividad de las prestaciones económicas antes de su modificación en 2010 (RDL 8/2010), muestra el mismo comportamiento que el gasto en prestaciones; se mantiene constante en los años 2013 y 2014 con un ligero descenso respecto al 2012 (-1,27%). Las cifras del gasto total se sitúan, alrededor de 6.500 millones de euros. Las Administraciones autonómicas disponen de hasta ocho años para satisfacer los retrasos devengados por la retroactividad de las prestaciones económicas.

Los indicadores del gasto, en el 2014, muestran que el coste medio anual de las prestaciones es de 6.473 euros y el coste medio anual por beneficiario es de 8.122 euros (Tabla 7). La diferencia se debe a que una persona puede recibir más de una prestación, tal como muestra el ratio “prestaciones por persona beneficiaria” que se sitúa en 1,25. Este indicador se mantiene constante a lo largo de los años. La evolución de los indicadores del “gasto por prestación” y “gasto por persona beneficiaria” ilustra un ligero aumento a lo largo de los años, pero ello no se debe tanto a que se haya dedicado mayor presupuesto como a la ligera disminución en el número de prestaciones y en el número de beneficiarios en dicho periodo.

⁴¹ Las cifras del gasto son estimadas por la autora debido a la falta de publicidad de dichos datos. La estimación se realiza según el método del “coste efectivo” de las prestaciones estimado según la información contenida en el Informe Mayores 2013 que, en definitiva, son datos proporcionados por las CC.AA. Se han mantenido constantes las cifras del coste durante los tres ejercicios analizados.

Tabla 7. Indicadores económicos de las prestaciones de la LAPAD

	2012	2013	2014
Número prestaciones	940.409	940.110	921.808
Número beneficiarios	751.864	748.612	734.690
Coste /prestación (€/año)	6.244	6.301	6.473
Coste/ beneficiario (€/año)	7.810	7.912	8.122
Ratio prestaciones/ beneficiarios	1,25	1,26	1,25

Nota: Los costes y el ratio se calculan sobre el gasto en prestaciones.
Fuente: SISAAD, Informe Mayores (2011 y 2013) y elaboración propia.

5.1.1. El gasto en prestaciones de la LAPAD desglosado por autonomías

El esfuerzo económico realizado por cada comunidad autónoma⁴² se mide aquí a través de un indicador “externo”⁴³ con el fin de visualizar las diferencias entre ellas. El indicador utilizado es el “gasto / habitante dependiente”, entendiendo por gasto el realizado por la comunidad autónoma en cada uno

de los años seleccionados —2010, 2013 y 2014—, y por habitantes dependientes el número de personas potencialmente dependientes en cada comunidad autónoma según la encuesta EDAD_2008, cuya cifra fue utilizada para asignar financiación a través del Nivel Acordado. Se toma como base el año 2010 para tener una referencia más distante que permita ver hasta qué punto el gasto ha variado.

El resultado del indicador muestra que la media anual del gasto por habitante dependiente, en 2010 era de 2.417 euros, en 2013 de 2.757 euros y en 2014 de 2.777 euros. Así, se percibe que el crecimiento del gasto en prestaciones de la LAPAD se ha mantenido prácticamente constante entre 2013 y 2014 y el crecimiento del gasto se realizó con anterioridad a las medidas de estabilidad presupuestaria.

Los resultados se pueden apreciar en la Tabla 8 y el Gráfico 5, donde se pone de relieve que las CC.AA. con mayor presupuesto en el programa de “Atención a la dependencia”, en 2014, son La Rioja y el País Vasco, seguidas de Cantabria y Comunidad de Madrid. Por el contrario, las CC.AA. con menor presupuesto son Canarias, Valencia y Ceuta-Melilla.

Tabla 8. Gasto por habitante dependiente, por autonomías (en euros). 2010, 2013 y 2014

	2010	2013	2014
ANDALUCIA	2.577	2.515	2.364
ARAGON	2.768	2.147	2.108
ASTURIAS	1.743	1.954	1.908
ISLAS BALEARES	1.531	1.872	2.025
CANARIAS	750	959	1.032
CANTABRIA	4.179	4.559	4.640
CASTILLA Y LEON	2.731	3.569	3.546
CASTILLA-LA MANCHA	2.965	2.909	2.930
CATALUÑA	2.907	3.508	3.587
COMUNIDAD VALENCIANA	1.462	1.465	1.381
EXTREMADURA	2.260	2.565	2.795
GALICIA	1.341	1.999	1.920
COMUNIDAD DE MADRID	2.798	3.810	4.019
MURCIA	1.642	1.917	2.181
NAVARRA	2.722	2.857	2.897
PAIS VASCO	4.697	5.542	5.920
LA RIOJA	6.294	6.671	6.403
CEUTA Y MELILLA	1.547	1.506	1.475
MEDIA	2.417	2.757	2.777

Fuente: Edad_2008, Nivel acordado y elaboración propia.

⁴² A efectos del estudio se asimila las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla como Comunidades autónomas.

⁴³ Que sea el mismo indicador en términos homogéneos para todas las CC.AA. y que mida un input externo a la actividad de cada comunidad autónoma.

Fuente: SISAAD y elaboración propia.

5.1.2. El gasto en atención a la dependencia comparado con otros países

La política de protección social en España se amplió con la entrada en vigor de la LAPAD. El gasto público que se estimaba alcanzar en 2015 era del 1% del PIB, cifra bastante inferior a la media europea (1,8% del

PIB) pero bastante superior a la alcanzada después de las medidas de estabilidad presupuestaria (0,68% del PIB).

La Tabla 9 muestra diferentes conceptos de gastos relacionados con la atención a la dependencia. El gasto más importante es el efectuado en

prestaciones de la LAPAD, el cual representa casi el 92 % del total; se añade un pequeño importe en concepto de “otros gastos relacionados con la atención a la dependencia” los cuales aparecen en los Presupuestos Generales del Estado como son los gastos en centros estatales de referencia y un pequeño gasto en inversión y, finalmente, figuran los gastos de “otros regímenes de protección social”, que comprende el gasto realizados por la Seguridad Social y Mutualidades de funcionarios del Estado en prestaciones relacionadas con la atención a las personas en situación de dependencia.

Tabla 9. Evolución del gasto global atención a la dependencia

	2011	2012	2013	2014
	(millones de euros)			
TOTAL GASTO Prestaciones LAPAD	6.412,50	6.705,23	6.574,38	6.583,27
Otros gastos del SAAD	96,76	86,46	84,57	93,74
Prestaciones otros regímenes (1)	421,13	432,17	437,27	439,21
TOTAL GASTO EN DEPENDENCIA	6.930,39	7.223,86	7.096,22	7.116,22
Gasto/PIB	0,65 %	0,69 %	0,69 %	0,68 %

(1) Gasto prestaciones análoga naturaleza de: Seguridad Social y Mutualidades funcionarios del Estado.

Nota: PIB a precios corrientes base 2010. INE. Contabilidad Nacional de España

Fuente: SISAAD, Estadísticas Seguridad Social, Memoria Mutualidades y elaboración propia

La evolución del indicador “gasto/ PIB” muestra el gasto en atención a la dependencia se ha mantenido prácticamente constante en los tres ejercicios siguientes al de las medidas de estabilidad presupuestaria (2012-2014), alcanzando la cifra de, entre 0,68 y 0,69 % del PIB. La comparación con el gasto del ejercicio anterior al de los recortes (2011) muestra que en la primera mitad del 2012 se produjo un cierto incremento del mismo cuya cifra se estabilizó posteriormente.

El Gráfico 6 muestra los valores disponibles en 16 de países de la UE según los datos de la OCDE (Health Statistics)⁴⁴ referidos al año 2011, los cuales resultan en un gasto medio del 1,6 % del PIB. Sin embargo, otras estadísticas como la utilizada por la Comisión europea en su Informe sobre el envejecimiento (AWG, 2012) señalan que el gasto medio estimado de los países de la UE-27 es del 1,8 % del PIB. La comparación

del gasto en España, alrededor del 0,7 del PIB⁴⁵, muestra la gran distancia que nos separa respecto a la de otros países europeos y de la media de la UE-27.

Fuente: OCDE: Health Statistics. Datos 2011.

5.2. Valoración global del ahorro resultante de las medidas de estabilidad presupuestaria

Las reformas introducidas en el RDL 20/2012, Presupuestos Generales del Estado y otras normas colaterales están dirigidas a contener el gasto público en todos los niveles de financiación pública cuyos resultados empiezan a visualizarse en 2012 y se mantiene en los tres ejercicios siguientes. A continuación se realiza una estimación del ahorro presupuestario en los presupuestos del conjunto de las administraciones públicas —administración estatal y autonómicas— en los tres años siguientes desde la efectividad del RDL 20/2012 incluyendo el ahorro de aquellas reformas anteriores a dicha

⁴⁴ OECD Health Statistics 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

⁴⁵ Se observa que la cifra que figura en el Gráfico (0,7%) se ha redondeado hacia arriba respecto a la que sale de las estimaciones presentadas.

fecha que están relacionadas con la LAPAD. Un mayor detalle de los resultados que se presentan a continuación se pueden consultar en VII Informe FOESSA, (Montserrat Codorniu, 2014).

La medida con mayor impacto presupuestario ha sido la de posponer la entrada de las personas con dependencia moderada (Grado 1) durante tres años, de agosto 2012 a julio de 2015, la cual se estima que ha supuesto un ahorro para el conjunto de las autonomías de 4.000 millones de euros, aproximadamente.

Otro frente de contención del gasto público ha sido la reducción, tanto de las intensidades de las prestaciones (ayuda a domicilio, principalmente), como las cuantías de las prestaciones económicas. El ahorro presupuestario por estos dos conceptos ha sido de 1.145 millones de euros, aproximadamente.

La disminución de las cuantías del Nivel Mínimo de financiación a las CC.AA. es otro de los conceptos que impactan directamente en la disminución del gasto público, ya que el resultado es que las Comunidades dedican un importe presupuestario menor para la atención a la dependencia. El ahorro estimado es de 428 millones de euros.

Otras medidas no incluidas en el RDL 20/2012, pero que tienen el mismo propósito de reducir el gasto público, son la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social a los cuidadores familiares y la suspensión del Nivel Acordado. El impacto de la primera medida no solo es de tipo económico sino que hay un daño colateral por dejar sin protección (aunque pequeña) a muchas cuidadoras (la mayoría son mujeres) cuya cotización les permitía ganar un periodo de cotización para la jubilación. La segunda medida solo tiene un impacto económico, al financiar en menor medida a las CC.AA. La suma de ambas medidas ha supuesto un ahorro de 3.000 millones de euros, aproximadamente.

Por último, el impacto del aumento de los copagos es el dato menos contrastable porque, como se ha dicho anteriormente, hay un total “oscurantismo” por parte de las administraciones públicas en informar sobre los importes recaudados de los usuarios. Teniendo en cuenta el hipotético incremento de recaudación con la aplicación del nuevo modelo de copago acordados por el Consejo Territorial de 10/7/2012, del cual se estima un incremento medio anual de 59 millones de euros, resulta un ahorro presupuestario de 148 millones de euros en el periodo considerado.

Tal como se puede ver en la Tabla 10, el ahorro global para las finanzas de las Administraciones públicas de las medidas de estabilidad presupuestaria, en el periodo agosto 2012 a julio 2015, se estima en 8.745 millones de euros, equivalente al 0,83 % del PIB (base 2014), lo que equivale al gasto global en atención a la dependencia de un ejercicio entero incluyendo la atención a las personas con dependencia moderada.

6. Conclusiones

Las medidas de estabilidad presupuestaria en materia de atención a la dependencia, a través del RDL 20/2012, han supuesto la “refundación de la LAPAD”, modificando toda la estructura asistencial al reducir la intensidad y la calidad de las prestaciones, disminuyendo la financiación del nivel mínimo garantizado y exigiendo a los usuarios un mayor nivel de contribución a través de los copagos.

El objetivo de reducir el gasto público en la atención a la dependencia mediante la refundación de la LAPAD y otras normas colaterales se ha alcanzado con éxito. El gasto público se ha mantenido prácticamente constante en los tres últimos ejercicios (2012, 2013 y 2014), pero se ha reestructurado la proporción entre las prestaciones, de forma que disminuye el gasto en PECEF y aumenta el gasto en servicios, cumpliendo

Tabla 10. Ahorro estimado de las principales medidas de estabilidad presupuestaria

	2012 (mitad año)	2013	2014	2015 (mitad año)	TOTAL periodo (M€)
(en millones de euros)					
Retraso entrada beneficiarios Grado 1	432	1.002	1.662	875	3.971
Reducir intensidades servicios y prestaciones económicas	150	399	397	199	1.145
Disminución importe Nivel Mínimo	68	145	143	72	428
Supresión bonificación cuota Seg. Social cuidadores + suspensión Nivel Acordado	920	889	829	415	3.053
Aumento de los copagos		59	59	30	148
Total estimación AHORRO (M€)	1.570	2.494	3.091	1.589	8.745
Ahorro/PIB (M€)	0,15 %	0,24 %	0,30 %	0,15 % (*)	0,83 % (*)

(*)Porcentajes estimados según PIB 2014.

Nota: PIB a precios corrientes base 2010. INE. Contabilidad Nacional de España.

Fuente: SISAAD, disposiciones normativas y elaboración propia.

uno de los objetivos de la reforma de la LAPAD, aunque ello haya significado dejar sin prestación a más de medio millón de personas con dependencia moderada y contener la entrada al Sistema de personas en situación de dependencia que por Ley ya podían ser beneficiarios. El ahorro estimado que ha supuesto en las finanzas públicas la aplicación de las medidas de estabilidad presupuestaria, en los tres primeros años de su aplicación, es de 9.000 millones de euros, equivalente al 0,83 % del PIB. Con el dinero ahorrado se hubiera podido pagar el gasto global de prestaciones de un ejercicio entero, incluyendo la atención a las personas con dependencia moderada.

La refundación de la LAPAD persigue aumentar la oportunidad de negocio de los sectores productivos relacionados con la dependencia, tal como declara el preámbulo del RDL 20/2012, reafirmando la mercantilización de los servicios públicos y abriendo nuevas cuotas de mercado a las empresas privadas “acreditadas” que atienden a personas beneficiarias de la dependencia a través de las prestaciones económicas vinculadas. No es baladí que el mayor incremento de los servicios, en los tres últimos ejercicios, haya sido en las empresas “acreditadas”, las cuales escapan del control de calidad impuesto al resto de los servicios concertados sin que ello signifique que, en todos los casos, dicho nivel sea inferior. Por otra parte, la calidad asistencial de los servicios públicos está amenazada por los recortes presupuestarios. La Administración, a cambio de no aumentar los precios de los servicios, no siempre exige los estándares de calidad pactados. Ello se materializa con la existencia de ratios de personal “no adecuados”, trabajadores sin la debida cualificación profesional y la precariedad de los empleos, lo cual afecta mayoritariamente a las mujeres. Se echa en falta un sistema de indicadores que mida la calidad asistencial de los servicios públicos en todos sus aspectos, abarcando también los servicios de las empresas acreditadas.

Existe indefensión de los ciudadanos ante ciertas “irregularidades” de las Administraciones públicas en la concesión de las prestaciones, por ejemplo, manteniendo a los ciudadanos en el “limbo”, en “largas listas de espera” o, simplemente, “congelando” durante dos años el pago de una prestación reconocida, como es el caso de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF), lo cual constituye un auténtico atropello a los derechos de los beneficiarios. El desmantelamiento de la PECEF se hace sin reconocer que se deja un vacío en el derecho de los ciudadanos a ser cuidados en su propio domicilio por cuidadores debidamente capacitados que permitan ofrecer un servicio continuado y de calidad alternativo al servicio residencial. Si el objetivo es mejorar la calidad del cuidado que recibe la persona, sorprende que el servicio “sustitutivo” más idóneo —servicio de ayuda domiciliaria (SAD)— se preste con solo una hora y media de trabajador/a familiar como promedio diario cuando se supone que una persona en situación de dependencia grave o muy grave requiere

cuidados continuados dos o tres veces al día, según la propia definición de la LAPAD. Con una prestación de tan baja intensidad es difícil pensar que el SAD esté siendo un servicio “sustitutivo” efectivo, y de calidad, de la prestación de cuidados familiares.

Mientras que por un lado se desmantela la prestación de cuidados en el entorno familiar, por el otro lado se promueve la prestación económica vinculada al servicio, la cual permite una vía “rápida” de acceso a los servicios que solo es accesible a las personas más pudientes económicamente. Con estas actuaciones, el ejercicio de responsabilidad pública, de asegurar la igualdad de todos los ciudadanos a la hora de acceder a las prestaciones públicas en las mismas condiciones, se tambalea, propiciando la doble puerta de entrada al Sistema y la estigmatización de los servicios públicos “propriadamente dichos”.

Uno de los instrumentos para rebajar el gasto público es aumentar la recaudación vía copagos, aunque en las estadísticas oficiales se siga utilizando el gasto “total” como indicador de la contribución del Estado, omitiendo la cantidad recaudada por ese concepto. El sistema de copagos en la LAPAD tiene una finalidad recaudatoria importante, el cual se reafirma, e incluso se incrementa, con la refundación de la LAPAD. El modelo de copagos aprobado por el Consejo Territorial de 2012 es altamente inequitativo y ejerce una elevada presión recaudatoria sobre las personas con rentas medias-bajas, llegando a exigir cuotas del 80 % y del 90 % de sus rentas, pudiendo incluso sobrepasar la totalidad de sus ingresos líquidos si disponen de patrimonio. Se da la paradoja de que la inclusión del valor del patrimonio para determinar la capacidad económica del usuario tiene un efecto contrario al objetivo deseado, incrementando aún más la inequidad entre los usuarios. La excesiva presión de los copagos y la posible reducción de la herencia por las deudas contraídas con la Administración, ejercen un efecto perverso en los objetivos asistenciales de la Ley, provocando la “contención” y la “exclusión voluntaria” del Sistema de aquellas personas con menos recursos económicos. Por ello, se debería reformular la finalidad y el modelo del copago para evitar las inequidades y los efectos perversos descritos.

El nivel de colaboración financiera de la AGE con las administraciones autonómicas a través del Nivel Mínimo garantizado es insuficiente para cubrir la mitad del “coste neto” de las prestaciones gestionadas por las autonomías. El hecho de que la cuantía del Nivel Mínimo esté en función del grado de dependencia de la persona beneficiaria, y no del coste de la prestación, así como las reducidas cuantías establecidas por dicho concepto repercute en que la carga financiera recaiga “principalmente” en las finanzas autonómicas. La brecha entre el Nivel Mínimo y el coste de las prestaciones se ha ido incrementando a lo largo de los últimos tres años. Así, si en 2011 la cobertura del Nivel

Mínimo representaba el 20,85 % del gasto de las prestaciones, en 2014 desciende al 17,34 %. Ello supone una aportación menor que la realizada por los usuarios a través de los copagos, entre un 20 % y un 23 %. Por ello, es necesaria una reforma del sistema de financiación que garantice unos ingresos suficientes al Sistema y evite los desequilibrios financieros territoriales así como la excesiva cuantía de los copagos de los usuarios.

La LAPAD ha supuesto un impulso importante en la mejora de la protección social para las personas en situación de dependencia, al pasar de un sistema asistencial a un sistema universal, lo cual ha significado un esfuerzo financiero importante en el conjunto de las Administraciones públicas situando el “gasto/PIB” en el 0,68 % aunque por debajo del que se había previsto inicialmente (1 % del PIB), y a un punto porcentual por debajo de la media de los países de la Unión Europea (1,8 % del PIB). Sin embargo, los efectos de las medidas de estabilidad

presupuestaria pueden convertir el actual desfase en la protección social a la dependencia en una situación permanente, alejándonos cada vez más de los estándares europeos si no se articulan medidas financieras que aseguren la recuperación de los niveles asistenciales definidos previamente en la LAPAD y no se establece un sistema de indicadores de seguimiento de la calidad asistencial según los parámetros exigidos por la ciudadanía.

Por ello, sería recomendable re-iniciar un debate profundo sobre el sistema de protección social en atención a la dependencia con el fin de asegurar un nivel asistencial eficiente, eficaz y de calidad que evite las exclusiones del Sistema de las personas con derecho a las prestaciones y las desigualdades de trato entre los individuos, así como redefinir el sistema de financiación que permita alcanzar estándares elevados de bienestar social sostenibles a medio y largo plazo.

- AEDGSS. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (2015): *XV dictamen del Observatorio de la Dependencia*.
- AWG (2015): *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, Comisión Europea, Economic Policy Committee's Working Group on Ageing Populations and Sustainability [Ageing Working Group].
- (2012): *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2013-2060)*, Comisión Europea, Economic Policy Committee's Working Group on Ageing Populations and Sustainability [Ageing Working Group].
- GUILLÉN, A. M. (2010): "Desfreezing the Spanish welfare state: The weight of conservative components", en PALIER, B. (ed.), *A Long Good Bye to Bismark: The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- GUILLÉN, A. M.; y LEÓN, M. (2011): *The Spanish Welfare State in European Context*, Farnham, Ashgate Publishing.
- IMSERO (2014): *Avance de la evaluación 2013 del sistema de la dependencia*.
- MARBÁN GALLEGU, V. (2012): "Actores sociales y desarrollo de la Ley de la Dependencia", *Revista Internacional de Sociología*, nº 70, págs. 375-398.
- MARTÍN SERRANO, E. (2014): "¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?", *Actas de la Dependencia*, nº 11.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, nº 1, págs. 93-123.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011a): *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia* [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_082153.pdf].
- (2011b): *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004): *Libro blanco de la dependencia*.
- MONTERRAT CODORNIU, J. (2014): "El impacto de la crisis en el sistema de atención a la dependencia: ¿hacia un cambio de modelo?", en *VII Informe FOESSA*, cap. 5, págs. 343-351.
- (2011): "Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: costes e impactos en la renta de los usuarios", *Papeles de Economía Española*, nº 129, págs. 195-207.
- MONTERRAT CODORNIU, J.; y MONTEJO, I. (2012): "El copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en la reforma del sistema de dependencia: costes y financiación", en *Actas de la Dependencia*, nº 6, págs. 75-99.
- MORENO, L. (2012): *Crisis y Estado del bienestar. La Europa asocial*, Barcelona, Península.
- NAVARRO, V. (coord.) (2004): *El Estado de bienestar en España*, Madrid, Tecnos.
- PIERSON, P. (ed.) (2001): *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.

- PRADA, M. D.; y BORGE, L. M. (2014): *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*, Fundación Caser.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2014): "Transformaciones, cambios institucionales e impactos sociales en el Estado del bienestar", en *VII Informe FOESSA*, cap. 5, apartado 5.2.
- (2012): "La Ley de la dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?", *Gaceta Sindical: Reflexión y Debate*, nº 19, págs. 319-338.
- (2011a): "Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia", *Actas de la Dependencia*, nº 1.
- (2011b): "The consolidation of the Spanish Welfare State (1975-2008)", en GUILLÉN, A. M.; y LEÓN, M. (eds.), *The Spanish Welfare State in European Context*, Farnham, Ashgate Publishing.
- (2004): "La población dependiente española y sus cuidadores", en CASADO, D. (coord.), *Respuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.
- SOSVILLA-RIVERO, S. *et al.* (2012): "La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y sus efectos macroeconómicos", *Presupuesto y Gasto Público*, nº 66, págs. 127-148.

La sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia durante el trienio 2012-2014: el equilibrio entre costes y financiación

Rafael Beitia

Adjunto al director general del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<rbeitia@imserso.es>

Norberaren Autonomia Sustatzeko eta Mendetasunaren Arretarako abenduaren 14ko 39/2006 Legea onartu zenetik, eztabaidarako gai bihurtu dira mendetasunaren arretarako finantziaziorako kostuen inguruko ekarpenak. Artikulu honen xedea da mendeko diren pertsonen arretak 2012. urtetik 2014. urtearen bitartean Mendetasun Sistemari izan duen kostua azaltzea, kostu hori Administrazio publiko desberdinek nola finantzatu duten ezagutzea, eta baita ere kalkulu hori egiteko zein metodologia jarraitu den jakitea. Izan ere, kalkulu hori egiteko oinarri izaten dira autonomia-erkidego bakoitzak urtero onartzen dituzten zerbitzu eta prestazio ekonomikoak, eta batz besteko kostua ezartzen zaie zerbitzu desberdinei eta batz besteko zenbateko bat prestazio ekonomikoei. Modu honetara, Mendetasun Sistemaren urteko kostua lortzen da bi faktore horiek erlazionatuz. Lehenik, artikuluan aztertzen dira Administrazio publiko desberdinek Mendetasunaren Sistemari izandako kostu orokorrak 2012. urtetik 2014. urtera bitartean; horren ondoren kostu horien finantziaziorako iturriak zehaztu eta beraien eboluzioa aztertzen da; eta azkenik, aipamen labur bat egiten da finantziazioaren ereduari egin daitezkeen aldaketari buruz.

GAKO-HITZAK:

Mendetasun Legea, onuradunak, gastu publikoa, zerbitzuak, prestazio ekonomikoak, finantzazioa.

Desde la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, las aportaciones para la financiación del coste de atención a la dependencia han sido objeto de debate y controversia. El objetivo de este artículo es mostrar el coste de atención a las personas dependientes por parte del Sistema de Dependencia durante los años 2012 a 2014, y la forma de financiación de ese coste por las distintas Administraciones públicas, así como la metodología seguida para efectuar ese cálculo, que parte de los servicios y prestaciones económicas reconocidos por las comunidades autónomas cada año, y asigna un coste medio a los diferentes servicios y una cuantía media a las distintas prestaciones económicas. El coste anual del Sistema de Dependencia se obtendría, así, relacionando ambos factores. De este modo, el artículo comienza estudiando los costes globales generados por el Sistema de Dependencia a las distintas Administraciones públicas, durante los años 2012 a 2014; continúa con la identificación y evolución de las diferentes vías de financiación de este coste; para finalizar con una breve referencia a posibles modificaciones del modelo de financiación.

PALABRAS CLAVE:

Ley de Dependencia, personas beneficiarias, gasto público, servicios, prestaciones económicas, financiación.

1. Introducción

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia —en adelante, Ley de Dependencia—, supuso un importante hito en la construcción del Estado de Bienestar en España. Sin embargo, desde su entrada en vigor, coincidente con el comienzo de la crisis económica, tanto el coste del Sistema de Dependencia como las aportaciones públicas para su financiación han resultado ser objeto de un intenso debate, centrado en su cuantificación, en su suficiencia o insuficiencia (Morán, 2010) y en la procedencia o no de una aportación del beneficiario.

Para centrar este estudio sobre el coste y financiación de la Ley de Dependencia, nos vamos a detener en los tres últimos ejercicios completos, 2012 a 2014, puesto que este periodo, coincidente con alguno de los peores años de la crisis económica afrontada por España durante el último lustro, muestra precisamente unos datos homogéneos, lo que nos facilitará la realización de comparaciones fiables. Para conocer la situación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en adelante SAAD, durante esos años, basta con comprobar los datos oficiales del Sistema comunicados por las comunidades autónomas, aprobados definitivamente por el órgano legalmente competente, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y publicados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Imserso.

De entre el conjunto de datos publicados, nos centraremos en los de resultados, ya que el resto los podemos considerar de proceso, como el número

de solicitudes, que solo aporta información sobre las personas que entienden que podrían hallarse en situación de dependencia y solicitan una valoración, o el dato de dictámenes de valoración, que constituye también un dato de proceso pues tan solo informa sobre el nivel tramitación por cada comunidad autónoma. Los datos de resultado que analizaremos son el número de beneficiarios atendidos con prestación y la tasa de cobertura.

En primer lugar, el número de beneficiarios con prestación, es decir, las personas realmente atendidas: se puede apreciar en el Gráfico 1 que, durante los años 2012 a 2014, las cifras de beneficiarios con prestación se han mantenido en torno a las 750.000 personas. En concreto, el año 2012 finalizó con 751.551 beneficiarios con prestación, en 2013 hubo 753.842 y 2014 se cerró con 745.720 personas beneficiarias atendidas, lo que evidenciaría cuán lejos se encuentra el Sistema de Dependencia, no ya de una pretendida “caída libre” (Montserrat, 2013), sino, ni siquiera, de una supuesta “demolición controlada” (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2012), calificativos muy extendidos, quizá por mediáticos, pero alejados de la realidad.

En segundo lugar, la tasa de cobertura que, como muestra el Gráfico 2, refleja el porcentaje que representan estos dependientes atendidos con prestación sobre el total de beneficiarios con derecho.

En definitiva, la verdadera situación del número de personas dependientes atendidas por el Sistema, durante los años 2012 a 2014, atendiendo a valores absolutos, se podría definir como de estabilidad y, atendiendo a valores relativos, de tasa de cobertura, de crecimiento sostenido.

Gráfico 1. Personas beneficiarias de prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. 2008-2014

Fuente: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). Datos regularizados de acuerdo con los Informes 977/2013 y 1.035/2014 del Tribunal de Cuentas. Elaboración propia.

Gráfico 2. Tasa de cobertura del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. 2008-2014 (%)

Fuente: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). Elaboración propia.

El objeto de este artículo es fijar el coste de esas 751.551, 753.842 y 745.720 personas atendidas por el Sistema de Dependencia en los años 2012, 2013 y 2014, respectivamente, y exponer cómo se ha financiado.

2. Determinación de los costes del Sistema de Dependencia: metodología y resultado

Existe una relación directa entre la financiación y los costes de la atención a la dependencia, por lo que para conocer aquélla se hace necesario en primer lugar estimar éstos¹.

2.1. Antecedentes

La Memoria de Análisis de Impacto Normativo del Anteproyecto de Ley de Dependencia recogía la preexistencia de situaciones de dependencia ya atendidas por los servicios sociales públicos². Este documento determinó que el coste de la atención a esas situaciones de dependencia en 2006 para las Administraciones Públicas rozaba ya los 1.777 millones de €, como se puede apreciar en la Figura 1, reproducción de la página 45 de la Memoria. Además, estimó que el coste total del Sistema de Dependencia en 2015, con un índice de implantación de la Ley al 100 %, sería de 9.355 millones de €.

¹ El Tribunal de Cuentas (2014) señala en su Informe sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley de Dependencia, que no resulta nada sencillo poder estimar el coste que supone la atención a la Dependencia en cada año dada la falta de datos relativos a las aportaciones realizadas, tanto por las comunidades autónomas como por las propias personas beneficiarias.

² Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2006).

También se advierte en la Figura 1 que la Memoria de Análisis de Impacto de la Ley de Dependencia distinguió una triple fuente de financiación: la Administración General del Estado, las comunidades autónomas y los propios beneficiarios del Sistema de Dependencia.

La Memoria estimó que, en 2015, el coste para las Administraciones Públicas sería el resultante de la suma del entonces “coste actual de los servicios para las Administraciones Públicas”, los casi 1.777 millones de euros citados anteriormente, más lo que definió como el “coste total nuevo para las Administraciones Públicas”, casi 4.426 millones de euros. La suma de ambos conceptos alcanzaría un total de coste para las Administraciones Públicas de casi 6.203 millones de euros, que debía ser asumido a partes iguales, según recogía la propia Memoria, por Administración General del Estado y comunidades autónomas, es decir, unos 3.101,5 millones de euros cada uno en 2015.

Del mismo modo, la Memoria consideró que, de aquellos 9.355 millones de euros de coste total de la dependencia estimados para 2015, un tercio correspondería a la aportación de los mismos beneficiarios, en concreto, casi 3.153 millones de €, un 33,7 % del total, tal y como se puede comprobar en la Figura 1.

Por lo tanto, uno de los extremos que se tratan de discernir en este artículo es si el coste del Sistema de la Dependencia en cada uno de los años del periodo 2012-2014 resulta congruente con estas previsiones de la Memoria de Análisis de Impacto de la Ley.

Figura 1. Estimaciones de costes de la dependencia en Memoria de Análisis de Impacto de la Ley de Dependencia

a) Costes de la dependencia

El modelo de atención a la autonomía personal y a la dependencia, que a continuación se valora económicamente, es aquel en el que los poderes públicos ofrecen un servicio de atención a las personas con dependencia cuando cuentan con la infraestructura de centros y servicios para ello, procediendo, en caso contrario, al pago de una prestación económica vinculada a la adquisición en el sector privado de uno de los servicios previstos en el catálogo. Asimismo, se contempla que la persona dependiente pueda ser atendida con cuidados familiares mediante una compensación económica.

Resumen de costes del Sistema

Total costes directos de servicios y prestaciones nuevos beneficiarios	4.636.607.538
Prestaciones económicas Seguridad Social y LISMI (incorporado al coste total)	395.185.000
Coste neto de los servicios y prestaciones nuevos beneficiarios	4.241.422.538
Coste de valoración y gestión	84.386.257
Ayudas Técnicas y adaptación de viviendas	100.000.000
Coste total nuevo del Sistema para las Administraciones Públicas	4.425.808.795
Coste para el beneficiario	3.152.747.758
Coste actual de los servicios para las Administraciones Públicas	1.776.936.000
Coste total del Sistema	9.355.492.553
Índice de implantación 2015	100

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTO SOCIALES

—45—

Fuente: Memoria de Análisis de Impacto Normativo, Económico, de Género e Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal, del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia.

2.2. Metodología de cálculo del coste de la atención a la dependencia

Para determinar el coste de la atención a la dependencia en los años 2012 a 2014, se ha partido de las prestaciones³ reconocidas por las comunidades autónomas en cada uno de estos años, proporcionadas por estas y publicadas por

el Imserso. Se han contemplado los servicios⁴ prestados cada año, clasificándolos en distintos escenarios, según la categoría del correspondiente servicio, el grado y nivel de dependencia, el nivel de renta y la comunidad autónoma de residencia.

³ Con el término genérico “prestaciones” nos estamos refiriendo aquí tanto a los servicios del catálogo de la Ley de Dependencia como a las prestaciones económicas.

⁴ El artículo 15 de la Ley de Dependencia recoge las tipologías de servicios que se han tenido en cuenta para la realización de este estudio: servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicios de centro de día y noche, y servicios de atención residencial. El servicio de Prevención de las Situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal (PAPD) se ha excluido de este estudio.

Figura 2. Metodología de cálculo del coste anual del Sistema de Dependencia.

Fuente: Imserso. Elaboración propia.

En cuanto a las prestaciones económicas⁵, se diseñaron diferentes escenarios en función del tipo de prestación, del grado y nivel de dependencia y del nivel de renta de la persona.

Se ha desarrollado un modelo de estimación que distingue, por un lado, servicios y, por otro, prestaciones económicas, asignando a ambos un indicador de referencia: un coste medio a los diferentes servicios y una cuantía media a las diferentes prestaciones económicas. Relacionando ambos factores, es decir, multiplicando el número de prestaciones por el indicador de referencia, según corresponda, se obtiene la cifra del coste anual de atención del Sistema de Dependencia. En la Figura 2 se muestra, resumidamente, esta metodología de estimación.

2.2.1. Indicadores de coste: cálculo del coste medio de los servicios

El proceso de cálculo para la obtención del coste medio de los servicios ha considerado tres fuentes de información:

1. El informe *Los servicios sociales destinados a las personas mayores en España a 31 de diciembre de 2012*, publicado por el Imserso (2015) y que muestra los precios públicos para cada uno de los cuatro servicios.
2. Fuentes del sector de servicios sociales. Datos solicitados por el Imserso a empresas del sector.
3. El estudio *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación* de los profesores de la Universidad de Valladolid Dolores Prada y Luis Borge (2014).

Se han homogeneizado los datos procedentes de las tres fuentes de información, de tal manera que respondan a un esquema de un indicador por servicio expresado en euros al mes o a la hora, según corresponda, como se muestra en la Tabla 1. La media de estos datos es el indicador de coste que se ha utilizado para la estimación del coste medio de los servicios.

⁵ Prestación económica vinculada al servicio, prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, así como prestación económica para cuidador personal (art. 15 Ley de Dependencia).

Tabla 1. Indicadores de coste: coste medio de los servicios

Fuentes	Teleasistencia (€/mes)	Ayuda a domicilio (€/hora)	Centros de día/noche (€/mes)	Atención residencial (€/mes)
Imserso (2012)	23,94	14,01	861,48	1.658,13
Fuentes del sector	20,00	17,00	1.063,52	2.542,54
Prada y Borge (2014)	20,00	15,00	873,06	1.774,05
Indicador de coste	21,31	15,34	932,69	1.991,57

Fuente: Imserso. Elaboración propia.

2.2.2. Indicadores de coste: cálculo de las cuantías medias de las prestaciones económicas

La cuantía media de las prestaciones económicas (Tabla 2) se ha calculado partiendo de las cuantías máximas establecidas en la disposición transitoria décima del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, con base en la tipología de prestación y el grado y nivel reconocido. Además, se han aplicado las fórmulas relativas a la aportación de la persona beneficiaria recogidas en el Acuerdo de Mejora del SAAD, publicado en el BOE por Resolución de 13 de julio de 2012, para determinar la cuantía concedida concreta de cada prestación. En todo caso, se ha tratado de ponderar el mayor número de factores posibles, en orden a calcular una cuantía media que se ajuste lo máximo posible a la realidad social y económica de las personas beneficiarias.

Tabla 2. Indicadores de coste: cuantía media de las prestaciones económicas

	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar	Prestación económica para asistencia personal
Cuantía media	569,19 €/mes	311,47 €/mes	605,12 €/mes

Fuente: Imserso y SISAAD. Elaboración propia.

Los factores tenidos en cuenta para este cálculo han sido:

- Nivel de renta: 31 tramos, de acuerdo al servicio estadístico de la Seguridad Social eSTADISS⁶.
- Grados y niveles de dependencia: Grado III (sin nivel), Grado III nivel 2, Grado III nivel 1, Grado II (sin nivel), Grado II nivel 2, Grado II nivel I, Grado I (sin nivel) y Grado I nivel 2.

⁶ Véase <<http://www.jubilacionypension.com/planes-fondos/planes-pensiones/seguridad-social-estadiss-herramienta-conocer-datos-pensiones/>>.

- Categoría de prestación económica: vinculada al servicio, cuidados en el entorno familiar y asistencia personal.

La combinación de estos factores ha permitido contemplar los 744 escenarios posibles para la cuantía de las prestaciones, referidos en la Figura 2.

2.2.3. Cálculo de las prestaciones de la Ley de Dependencia reconocidas para cada año

El método de estimación se basa en la multiplicación del número de prestaciones por su coste. Para ello, se ha desarrollado un modelo de estimación que contempla las 934.316 prestaciones de 2012, las 916.767 correspondientes a 2013 y las 898.332 de 2014, distinguiendo entre 33.728 escenarios —según la categoría de servicio o prestación, grado y nivel de dependencia, nivel de renta y comunidad autónoma de residencia—, así como 748 escenarios en el coste de las prestaciones —según la categoría de servicio o prestación, grado y nivel de dependencia, nivel de renta—. Para un mayor ajuste a la realidad, se han calculado medias móviles sobre la información disponible a 31 de diciembre de 2013. A continuación estas prestaciones se han puesto en relación con los indicadores de coste respectivos, esto es, con los costes medios de cada servicio y con las cuantías medias reconocidas de cada prestación económica, de manera que se pudiera llevar a cabo la multiplicación de cada servicio y prestación por su indicador.

Realizadas las operaciones expuestas anteriormente, se obtiene el resultado del coste de cada una de las tipologías de prestaciones del Sistema de Dependencia, para cada año, como se puede ver en el Gráfico 3 para el año 2014.

También se puede apreciar cómo el mayor coste se produce en los servicios y prestaciones ligados a un mayor grado de dependencia, como son la atención residencial (44,3 % del coste total) y las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (17%); mientras que servicios dirigidos a una dependencia moderada presentan un menor coste, a pesar de su extensión, como la teleasistencia (0,43 % del total).

Gráfico 3. Coste de las prestaciones del Sistema de Dependencia. 2014 (en millones de euros)

Teleasistencia	30 M€ (0,43 %)
Ayuda a domicilio	1.021 M€ (14,4 %)
Centros de día/noche	801 M€ (11,3 %)
Atención residencial	3.141 M€ (44,3 %)
Prestaciones económicas vinculadas al servicio	877 M€ (12,4 %)
Prestaciones económicas cuidados y entorno familiar	1.208 M€ (17,0 %)
Prestaciones económicas asistencia personal	10,5 M€ (0,15 %)

Fuente: Imserso. Elaboración propia.

Tabla 3. Coste del Sistema de Dependencia, por comunidades autónomas. 2014

	2012: Coste del SAAD por CC.AA.		2013: Coste del SAAD por CC.AA.		2014: Coste del SAAD por CC.AA.	
		% s/total		% s/total		% s/total
ANDALUCÍA	1.612.825.567	23,4	1.477.206.140	21,5	1.393.316.783	19,7%
ARAGÓN	165.681.861	2,4	149.420.192	2,2	149.884.333	2,1%
ASTURIAS	140.464.171	2,0	138.061.499	2,0	136.832.623	1,9%
ISLAS BALEARES	88.308.768	1,3	84.893.637	1,2	92.426.661	1,3%
CANARIAS	116.562.271	1,7	119.866.808	1,7	126.830.237	1,8%
CANTABRIA	127.547.637	1,8	143.980.243	2,1	151.727.134	2,1%
CASTILLA Y LEÓN	558.562.696	8,1	549.713.540	8,0	548.564.114	7,7%
C. LA-MANCHA	390.283.406	5,7	400.770.056	5,8	408.858.819	5,8%
CATALUÑA	1.053.099.060	15,3	1.142.166.914	16,7	1.332.740.055	18,8%
C. VALENCIANA	460.950.229	6,7	425.754.250	6,2	403.766.819	5,7%
EXTREMADURA	171.626.079	2,5	182.736.126	2,7	199.724.056	2,8%
GALICIA	408.623.017	5,9	439.275.515	6,4	429.182.559	6,1%
C. DE MADRID	892.281.503	12,9	871.261.203	12,7	912.984.129	12,9%
MURCIA	185.089.873	2,7	181.120.781	2,6	208.099.726	2,9%
LA RIOJA	81.011.909	1,2	78.082.674	1,1	75.249.697	1,1%
NAVARRA	67.575.599	1,0	70.112.530	1,0	72.693.055	1,0%
PAÍS VASCO	374.770.285	5,4	403.245.097	5,9	446.856.125	6,3%
TOTAL	6.895.263.932	100,0	6.857.667.206	100,0%	7.089.736.926	100,0%

Fuente: Imserso.

Esta misma operación se puede realizar por cada una de las comunidades autónomas y en cada uno de los años 2012 a 2014. Los resultados que obtenemos son los que se muestran en la Tabla 3, en la que podemos observar el mayor peso porcentual de Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid, como lógico trasunto de su mayor población absoluta, seguidas a cierta distancia por Castilla y León, Galicia y País Vasco, en las que el factor población de mayor edad presenta un mayor peso.

Finalmente, el coste total del Sistema de Dependencia en cada año se obtiene de la agregación de los sumandos de las prestaciones en

cada año o de los costes de comunidad autónoma, con un coste total en torno a los 7.000 millones de euros para cada uno de los años, de acuerdo con el siguiente desglose:

- 2012: 6.895 millones de euros.
- 2013: 6.858 millones de euros
- 2014: 7.090 millones de euros.

Coincidentes con esta estimación de costes son tanto el Tribunal de Cuentas (2014), que lo cifra para el año 2012 en 7.084 millones de euros con información facilitada por las comunidades autónomas, como el

estudio de Prada y Borge (2014), que lo calcula en 6.509 millones de € en el año 2013.

3. Financiación del Sistema de Dependencia

Una vez determinado el coste de la Atención del SAAD, de conformidad con la metodología antes expuesta, se analiza a continuación la financiación y las aportaciones realizadas por las Administraciones públicas, Administración General del Estado y comunidades autónomas, así como las personas beneficiarias, de acuerdo con la legislación vigente aplicable al respecto.

3.1. Financiación por la Administración General del Estado (AGE)

Todas las aportaciones de la AGE para financiar el coste de Atención a la Dependencia se realizan a través de transferencias a las comunidades autónomas, ya sea por lo dispuesto en la Ley de Dependencia, o en virtud de lo dispuesto en la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía y se modifican determinadas normas tributarias, en adelante, Ley de financiación autonómica.

3.1.1. Financiación estatal regulada en la Ley de Dependencia

La Ley de Dependencia en su artículo 7 regula tres diferentes niveles de protección:

- ^{1º} Nivel mínimo de protección: el establecido por la Administración General del Estado. Se asigna a las comunidades autónomas en función del número de personas beneficiarias con prestación reconocida, su grado de dependencia, así como la tipología de las prestaciones reconocidas⁷.

Existe una estrecha relación entre la gestión llevada a cabo por las comunidades autónomas y los créditos que se transfieren como nivel mínimo: las cantidades que reciben las comunidades autónomas por este concepto dependen, en última instancia, de la cifra de personas beneficiarias con prestación reconocida existentes en cada comunidad, así como de su grado de dependencia reconocido. En consecuencia, un aumento en la cifra de personas beneficiarias con prestación

supondrá asimismo un aumento en las cantidades a transferir. En idéntico sentido, el reconocimiento de los mayores grados de dependencia (en especial el Grado III, Gran Dependencia) supondrá asimismo recibir unas mayores cantidades por este concepto, ya que los grados más elevados tienen asociadas unas cifras mayores en concepto de nivel mínimo. Por todo ello, las variaciones en la gestión realizada supondrán asimismo variaciones en las cantidades a transferir como nivel mínimo, de modo que un descenso tanto en la cantidad de personas beneficiarias, como en el reconocimiento de los grados más elevados, supondrá consecuentemente un descenso en la financiación por nivel mínimo.

- ^{2º} Nivel acordado: el que se acuerde entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las comunidades autónomas a través de los Convenios previstos en el artículo 10 de la Ley de Dependencia. La disposición transitoria primera de la Ley establece su vigencia únicamente “durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015, y para favorecer la implantación progresiva del Sistema”.

Desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia y hasta el año 2014, último ejercicio completo al redactar estas líneas, la Administración General del Estado, a través del Imsero, ha transferido a las comunidades autónomas 9.766 millones de euros en concepto de nivel mínimo y nivel acordado, como se detalla en la Tabla 5.

- ^{3º} Nivel adicional de protección: el que pueda establecer cada comunidad autónoma.

3.1.2. Financiación estatal regulada en la Ley de financiación autonómica

Por lo que se refiere a las aportaciones llevadas a cabo en virtud de lo establecido en la Ley de Financiación Autonómica, desde la entrada en vigor de esta norma legal en 2009, la Administración General del Estado, a través del Ministerio de Hacienda, ha transferido a las comunidades autónomas 12.586 millones de euros en concepto de financiación adicional, tal y como se refleja en el Gráfico 3.

Se puede apreciar, como momento fundamental dentro de la evolución de la financiación del Sistema de Dependencia el ejercicio 2009, año en el que se comenzaron a transferir a las comunidades autónomas los créditos recogidos en la Ley de financiación autonómica.

Mediante esta vía de financiación, como recoge el Tribunal de Cuentas (2014), se han establecido

⁷ Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 313, de 31 de diciembre de 2013).

créditos que, aunque formalmente sin carácter finalista, vienen a sufragar el mayor coste del SAAD para las comunidades autónomas. Además, estas cantidades se calculan precisamente con los mismos criterios con los que se calculaba el nivel acordado, es decir, teniendo en cuenta la población potencialmente dependiente y las personas dependientes con prestación. El Tribunal de Cuentas sostiene primero la procedencia de analizar estos fondos⁸, para después afirmar categóricamente que la financiación adicional no finalista es financiación de la dependencia⁹ y que tales créditos compensan la suspensión del nivel acordado en 2012, toda vez que las cifras asociadas a la financiación adicional superan las transferidas en concepto del mencionado nivel acordado¹⁰.

3.1.3. Financiación total de la dependencia por la Administración General del Estado

De acuerdo con lo expuesto en los dos anteriores apartados, desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia en 2007 y hasta 2014 inclusive¹¹, el Estado ha transferido a las comunidades autónomas un total de 22.352 millones de euros para la financiación de la dependencia, como se aprecia en el Gráfico 4, tanto por la vía finalista como por la adicional.

Durante el periodo correspondiente a este estudio, 2012 a 2014, la financiación estatal del Sistema de Dependencia, por vía finalista definida en la Ley

Fuente: Imserso, elaboración propia con base en los datos recogidos en el SISAAD, Presupuestos Generales del Estado y Tribunal de Cuentas.

⁸ “La referencia a los recursos adicionales, cuya distribución viene exclusiva y directamente vinculada al sistema de dependencia, resulta necesaria para determinar de manera completa la financiación total obtenida por las comunidades autónomas en relación con dicho sistema” (Tribunal de Cuentas, Informe de fiscalización 1.035/2014, pág. 62).

⁹ “La financiación específica de la dependencia está constituida por el nivel mínimo de protección, a cargo del Imserso, que representó el 19,71% del total. Para el resto de aportación realizada por las comunidades autónomas, éstas recibieron del estado a través de los recursos adicionales no finalistas, si bien directamente vinculados al número de dependientes previstos en la Ley 22/2009, un importe que representó el 29,52% del total, siendo el 50,77% restante financiado por las comunidades autónomas a través de otros recursos públicos propios” (Tribunal de Cuentas, Informe de fiscalización 1.035/2014, pág. 83).

¹⁰ “Por todo lo anterior, resulta evidente la correlación existente entre los recursos del nivel acordado suspendidos y los recursos adicionales incrementados, atendiendo a la finalidad de ambos, y a su cálculo conforme a unos mismos criterios, sin que ello implique el mismo carácter de financiación afectada” (Tribunal de Cuentas, Informe de fiscalización 1.035/2014).

¹¹ En este cálculo se ha tenido en cuenta las cantidades que corresponderían tanto a la Comunidad Autónoma del País Vasco como a la Comunidad Foral de Navarra, a través de la aplicación de los correspondientes porcentajes establecidos en la normativa especial sobre sus regímenes financieros (un 6,24% de acuerdo con el Concierto Económico entre el Estado y la Comunidad Autónoma de País Vasco, y un 1,60% de conformidad con el Convenio Económico entre el Estado y la Comunidad Foral de Navarra).

de Dependencia y por la vía adicional de la Ley de financiación autonómica, ha sido de 11.130 millones de euros, con el detalle que se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Financiación estatal del coste del Sistema de Dependencia. 2012-2014 (en millones de euros)

	2012	2013	2014
Fondos finalistas Ley Dependencia	1.404	1.208	1.140
Fondos adicionales Ley financiación autonómica	2.122	2.666	2.590
Total financiación estatal	3.526	3.874	3.730

Fuente: Imserso, elaboración propia con base en los datos recogidos en el SISAAD, Presupuestos Generales del Estado y Tribunal de Cuentas.

3.2. Financiación de la dependencia por las comunidades autónomas

Corresponde a las comunidades autónomas planificar, ordenar, coordinar, dirigir y gestionar, en el ámbito de su territorio, los servicios y recursos necesarios para la atención de la dependencia, tal como señala el artículo 11 de la Ley de Dependencia. Además, esta Ley establece en su artículo 32 que “la financiación del Sistema será la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes y se determinará anualmente en los correspondientes Presupuestos” y que “la aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado”. Es decir, de este precepto se deriva la obligación de las comunidades autónomas de aportar cada año una cantidad igual a la recibida por parte de la AGE.

No obstante, no resulta sencillo conocer con exactitud las aportaciones realizadas por las comunidades autónomas para la financiación del SAAD, toda vez que en sus respectivos presupuestos no se recogen de manera específica partidas destinadas a la atención a la dependencia. Tales cantidades suelen venir recogidas en las mismas partidas donde se consignan créditos relativos a otros conceptos de servicios sociales, como la atención a las personas mayores, a las personas con discapacidad, o a los servicios sociales básicos. Es más, en el marco de las transferencias que se realizan por parte de las comunidades autónomas a las Entidades Locales, o a Entidades sin ánimo de lucro, tampoco resulta posible realizar esta diferenciación.

Esta dificultad ha sido puesta de manifiesto igualmente por el propio Tribunal de Cuentas (2014) al afirmar que:

Las comunidades autónomas no han establecido en su ámbito presupuestario, una nítida

separación entre los créditos establecidos para la atención de la dependencia y los previstos para los restantes servicios sociales. Asimismo, carecen de sistemas de contabilidad analítica aplicable a los gastos de dependencia y, en su gran mayoría tampoco han dispuesto los instrumentos contables necesarios para efectuar el seguimiento contable de estos gastos, en su consideración de financiación afectada, lo que les impide certificar con exactitud el importe total de los recursos destinados a la dependencia¹².

En tanto que las comunidades autónomas se doten de los “sistemas de contabilidad analítica, que serían necesarios para cuantificar con exactitud el coste de la dependencia, con separación de otros costes de servicios sociales que proporcionan a la ciudadanía” que reclama en su Informe, el Tribunal de Cuentas recaba la información disponible y concluye con el reparto de financiación pública entre Estado (49,23 %) y comunidades autónomas (50,77 %) que se reproduce en el Gráfico 5, imagen fiel del recogido por el Tribunal de Cuentas en su Informe, en el que se aprecia que, tal y como obliga la Ley de Dependencia, la aportación global del Estado y las del conjunto de las Administraciones autonómicas, en 2012, según el Tribunal de Cuentas fueron prácticamente equivalentes.

Gráfico 5. Financiación del Sistema de Dependencia. 2012 (%)

Fuente: Tribunal de Cuentas (2014). Gráfico II.4.3-1.

¹² Al referirse a la aportación de los beneficiarios el Tribunal de Cuentas añade que “los sistemas contables establecidos actualmente tampoco permiten cuantificar con exactitud la aportación de los beneficiarios al coste total de la dependencia”. No obstante, sí que aclara el Tribunal que “a la aportación que efectúa la AGE en concepto de nivel mínimo de protección, y en su caso, de nivel acordado, con los correspondientes créditos claramente identificados en los Presupuestos Generales del Estado, no le afectan las dificultades para su determinación que sí afectan a las otras fuentes de financiación”.

Aplicando la lógica del Tribunal de Cuentas, se pueden establecer por diferencia las aportaciones de las comunidades autónomas que, en el periodo 2012-2014, habrían sido un total de 9.711 millones de euros, de acuerdo con el siguiente desglose anual:

- 2012: 3.369 millones de euros.
- 2013: 2.984 millones de euros.
- 2014: 3.360 millones de euros.

Sin embargo, quedaría aún por determinar lo que significan en estas cantidades las aportaciones de los beneficiarios de la Ley de Dependencia.

3.3. Participación de las personas beneficiarias en la financiación del Sistema

La Ley de Dependencia establecía, ya en 2006, que, además de las aportaciones de las diferentes Administraciones públicas, las personas beneficiarias participen asimismo en la financiación de las prestaciones que reciben¹³ con un tercio del coste total del Sistema. Estas previsiones fueron desarrolladas y concretadas por el Acuerdo del Consejo Territorial de de Servicios Sociales y del SAAD para la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 10 de julio de 2012¹⁴, mediante el que se fijaron los criterios y contenidos sobre capacidad económica y participación del beneficiario en el coste de las prestaciones del Sistema, cuando proceda. De este modo, se han establecido criterios de procedencia o no de esa participación. Los conceptos que deberán tenerse en cuenta a la hora de determinar la capacidad económica del beneficiario son, principalmente, renta y patrimonio, de los que dependerá la determinación de su participación en la financiación de las prestaciones que recibe. Este hecho puede ayudar a situar en sus justos términos el debate sobre la participación de los beneficiarios en la financiación del coste del Sistema de Dependencia, ya que esta participación no es de carácter absoluto, sino que tiene límites y su procedencia o no se determina en función de la capacidad económica de la persona.

De una lectura sistemática de la Ley de Dependencia y del Acuerdo del Consejo Territorial, se desprende la existencia de dos garantías para las personas beneficiarias:

- En primer lugar, una garantía “de mínimos”, que supone que ninguna persona se quedará excluida del Sistema de Dependencia por falta de recursos, lo que se traduce en que aquellas personas cuyos ingresos no alcanzan una determinada cuantía, por lo común el Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM), no participarán en la financiación de sus prestaciones, de modo que no realizarán aportación alguna.
- Y, en segundo lugar, una garantía “de máximos”, que supone que, en todo caso, y por muy elevada que pueda resultar la capacidad económica de una persona beneficiaria, ésta aportará, como cuantía tope, el 90 % del servicio que reciba, sin que en ningún momento financie la totalidad de la correspondiente prestación.

De un modo similar a lo manifestado a propósito de las aportaciones de las comunidades autónomas, el Tribunal de Cuentas ha señalado en su Informe de fiscalización 1.035/2014 la dificultad existente a la hora de poder determinar las cantidades aportadas por las personas beneficiarias, al afirmar en su página 81, que “no resulta posible cuantificar ni siquiera de forma aproximada la participación en la financiación que efectúan a través del copago los propios beneficiarios”.

En todo caso, la nueva normativa sobre el nivel mínimo recogida en el citado Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, ha incorporado la obligación de las comunidades autónomas de aportar anualmente un certificado donde se recoja el gasto realizado en la materia. De este modo, a partir de las mencionadas certificaciones se podrá conocer con una mayor precisión las cantidades aportadas por las comunidades autónomas. En esta misma línea, el mencionado Real Decreto y la nueva Orden reguladora del SISAAD establecen la obligación para las comunidades autónomas de incluir la aportación de los beneficiarios como dato obligatorio en el Sistema, de tal manera que en el futuro se podrá conocer esta información.

Con el fin de contar con información al respecto, en el Imerso se ha realizado un ejercicio de cálculo de estas aportaciones, estimando la capacidad económica de las personas beneficiarias con base en los datos económicos de las mismas (tramos de rentas medias, pensiones, etc...) y aplicando los criterios de determinación de la aportación de la persona beneficiaria para cada servicio o prestación, en función de su capacidad económica, contenidos en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD de 2012 antes referido. La estimación de las aportaciones de los beneficiarios, obtenida para el periodo objeto 2012-2014, ha sido de 5.691 millones de euros, de acuerdo con el siguiente desglose por años:

¹³ El art. 33 de la Ley de Dependencia dispone lo siguiente:

1. Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal.
2. La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.
3. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fijará los criterios para la aplicación de lo previsto en este artículo, que serán desarrollados en los Convenios a que se refiere el artículo 10. Para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros.
4. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

¹⁴ Publicado por Resolución de 13 de julio de 2012 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (BOE nº 185, de 3 de agosto).

- 2012: 1.848 millones de euros. Un 26,8 % del total.
- 2013: 1.947 millones de euros. Un 28,4 % del total.
- 2014: 1.896 millones de euros. Un 26,7 % del total.

En unas cifras bastante similares se encuentra el estudio realizado por Prada y Borge (2014) en el que, como se aprecia en el Gráfico 6, para el ejercicio 2013 estimaron una cantidad de 1.870 millones de € en concepto de aportación de los beneficiarios, un 28,73 % del total. Para ello, siguieron una metodología similar a la utilizada en el Imsero, teniendo en cuenta diferentes tramos de renta de las personas beneficiarias.

Gráfico 6. Aportación de los beneficiarios al coste total de la dependencia. 2013 (%)

Fuente: Prada y Borge (2014).

3.4. Financiación global de la dependencia: aportaciones de la Administración General del Estado, de las comunidades autónomas y de los beneficiarios.

Llegados a este punto se pueden presentar ya los cálculos de la financiación del coste de la dependencia realizados. En la Tabla 5 se muestran los resultados, teniendo en cuenta los tres sumandos anteriormente expuestos:

- La aportación de la Administración General del Estado: tanto la financiación finalista del nivel mínimo de protección estatal derivada de la Ley de Dependencia, como la financiación adicional no finalista derivada de la Ley de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común, así como el cálculo correspondiente a las comunidades de régimen especial (País Vasco y Navarra).

- La aportación de recursos propios de las comunidades autónomas: estimación obtenida por diferencia con las aportaciones del Estado y de los beneficiarios.
- La aportación de los beneficiarios: estimada a partir de su capacidad económica.

Tabla 5. Estimación de la financiación del coste del Sistema de Dependencia. 2012-2014 (en millones de euros)

	2012	2013	2014
Administración General del Estado	3.526	3.874	3.730
Comunidades autónomas recursos propios	1.521	1.037	1.464
Beneficiarios	1.848	1.947	1.896
TOTAL FINANCIACIÓN COSTE DEPENDENCIA	6.895	6.858	7.090

Fuente: Imsero. Elaboración propia.

En la Tabla 5 resulta apreciable cómo las aportaciones realizadas por cada una de las tres partes, durante los años 2012 a 2014 en los que nos detenemos en este estudio, fueron distintas a las previstas por la Ley de Dependencia y su Memoria de Impacto:

- La aportación de la Administración General del Estado a la financiación de la atención a la dependencia, supuso más del tercio del coste total del Sistema previsto en la Memoria de Impacto de la Ley de Dependencia. Para el ejercicio 2012 las aportaciones de la AGE supusieron el 51,1 % del coste total; en el año 2013 un 56,5 % y en el año 2014 un 52,61 %.
- Las estimaciones de las aportaciones de recursos propios de las comunidades autónomas estuvieron por debajo de la financiación del Estado y de las previsiones de la Memoria de Impacto de la Ley de Dependencia: un 22,1 % en 2012, un 15,1 % en 2013 y un 20,64 % en 2014.
- La estimación de las aportaciones de los mismos beneficiarios se acercan a las previsiones iniciales de la Ley de Dependencia y de su Memoria: un 26,8 % en 2012, 28,4 % en 2013 y 26,75 % en 2014.

Finalmente, el estudio de estas diversas vías de financiación puede realizarse para cada una de las comunidades autónomas y por cada uno de los años 2012 a 2014. En la Tabla 6 de este trabajo se recoge la distribución de las aportaciones para la financiación del coste del SAAD por comunidades autónomas, tan solo para el último ejercicio objeto de estudio en este artículo por razones de espacio y dado que los valores tanto absolutos como relativos son muy estables a lo largo del periodo estudiado, ya que, como vimos al principio de este trabajo, la cifra de beneficiarios atendidos por el Sistema de Dependencia de 2012 a 2014 se ha mantenido bastante estable en torno a las 750.000 personas.

Tabla 6. Detalle de la estimación de la financiación del coste del Sistema de Dependencia, por comunidades autónomas. 2014

2014: Detalle del coste de la dependencia (excluidos País Vasco y Navarra)											
Coste 2014	Coste de la dependencia	Aportación AGE						Aportación del beneficiario		CC.AA.	
CC.AA régimen común		Fin. finalista	%	Fdos. Adicionales	%	Total AGE	%		%	Como diferencia	%
Andalucía	1.393.316.783	252.156.060	18	592.092.685	42	844.248.745	61	333.679.441	24	215.388.597	15
Aragón	149.884.333	28.290.674	19	98.783.309	66	127.073.983	85	40.237.856	27	-17.427.507	-12
Asturias	136.832.623	24.902.549	18	73.364.539	54	98.267.088	72	49.156.170	36	-10.590.634	-8
Islas Baleares	92.426.661	19.236.454	21	50.919.868	55	70.156.322	76	20.133.306	22	2.137.033	2
Canarias	126.830.237	25.085.448	20	61.159.413	48	86.244.861	68	33.320.100	26	7.265.276	6
Cantabria	151.727.134	18.064.836	12	42.903.179	28	60.968.015	40	50.205.329	33	40.553.791	27
Castilla y León	548.564.114	89.678.070	16	160.961.531	29	250.639.601	46	121.935.652	22	175.988.861	32
C. La Mancha	408.858.819	60.452.635	15	144.526.804	35	204.979.439	50	111.927.123	27	91.952.257	22
Cataluña	1.332.740.055	185.527.440	14	427.086.791	32	612.614.231	46	300.631.244	23	419.494.580	31
C. Valenciana	403.766.819	60.265.259	15	181.924.298	45	242.189.557	60	100.609.489	25	60.967.774	15
Extremadura	199.724.056	36.976.378	19	71.841.471	36	108.817.849	54	38.548.858	19	52.357.349	26
Galicia	429.182.559	64.767.341	15	175.255.730	41	240.023.071	56	95.890.631	22	93.268.857	22
C. de Madrid	912.984.129	144.231.136	16	206.499.206	23	350.730.342	38	354.797.336	39	207.456.452	23
Murcia	208.099.726	53.425.460	26	85.898.977	41	139.324.437	67	30.606.872	15	38.168.417	18
La Rioja	75.249.697	12.219.325	17	28.588.398	0	12.219.325	17	22.780.985	31	37.692.745	52
TOTAL	6.570.187.746	1.075.279.065	16,4	2.401.806.199	36,6	3.448.496.866	52,5	111.704.460.392	25,9	1.414.673.846	21,5

2014: Detalle del coste de la dependencia en País Vasco y Navarra											
Coste 2014	Coste de la dependencia	Aportación AGE						Aportación del beneficiario		CC.AA.	
País Vasco y Navarra		Fin. finalista	%	Estimación financiación adicional	%	Total AGE	%		%	Como diferencia	%
Navarra	72.693.055	12.219.325	16,6	37.971.485	52,2	50.190.810	69,0	22.780.985	31,3	-278.740	-0,4
País Vasco	446.856.125	54.663.569	12,2	148.088.791	33,1	202.752.360	45,4	172.804.481	38,7	71.299.283	16,0
TOTAL	519.549.180	66.882.894	12,9	186.060.276	35,8	252.943.170	48,7	195.585.467	37,6	71.020.544	13,7

2014: Detalle del coste de la dependencia, total CC.AA.											
Coste 2014	Coste de la dependencia	Aportación AGE						Aportación del beneficiario		CC.AA.	
Total CC.AA.		Fin. finalista	%	Fdos. Adicionales	%	Total AGE	%		%	Como diferencia	%
TOTAL	7.089.736.926	1.142.161.960	16,1	2.590.107.805	36,5	252.943.170	48,7	1.900.045.858	26,8	1.483.453.060	20,9

Fuente: Imerso. Elaboración propia.

El Tribunal de Cuentas (2014) ya puso de relieve que, por parte de la AGE, se estaba cumpliendo el mandato legalmente establecido de financiar, al menos, la mitad del coste del Sistema.

En el Gráfico 8 de este estudio se recoge la representación gráfica que realiza el Tribunal, en el Informe de fiscalización citado, de los porcentajes reales de las aportaciones autonómicas, en las Comunidades de régimen común, a la financiación de la dependencia certificadas, esto es muy relevante, por las propias Administraciones autonómicas. Es decir, el Tribunal de Cuentas afirma, con información de las propias comunidades autónomas, que estas —junto con los beneficiarios— se encuentran aportando entre el 73 % de la financiación total del Sistema (Madrid) y el 27 % (Galicia). De este modo, con base en la información facilitada por las propias comunidades autónomas al Tribunal de

Cuentas, durante el año 2012 las aportaciones de la AGE alcanzaron una media del 59,23 % del coste total, mientras que las aportaciones de las CC.AA. (incluidas las aportaciones de los beneficiarios), supusieron el 50,77 %.

Y por último, debe así mismo reseñarse que el estudio de Prada y Borge (2014) llega a unas conclusiones similares, puesto que en el mismo se recoge que para el ejercicio 2013 las aportaciones efectuadas por la AGE alcanzaron el 54,77 % del coste total de la atención a la dependencia, mientras que las aportaciones de los presupuestos autonómicos supondrían tan sólo el 16,50 %, y las aportaciones de los beneficiarios serían de un 28,73 %, como se puede apreciar en el Gráfico 9.

Como se ha podido contemplar, el modelo de financiación del Sistema de Dependencia que se

Gráfico 7. Financiación de la dependencia en 2012 por CC.AA., según el Tribunal de Cuentas (%)

Fuente: Tribunal de Cuentas, 2014. Gráfico II.4.3-2.

Gráfico 8. Financiación de la dependencia. 2013 (%)

Fuente: Prada y Borge (2014).

ha ido construyendo desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia y, en especial, a partir de 2009 con la aparición de los fondos adicionales no finalistas, quizá peque de excesiva complejidad. Para simplificar esta complejidad, pudiera ser conveniente evolucionar este modelo de financiación hacia una unificación de las dos vías de financiación estatal en una sola, lo que contribuiría a clarificar las distintas aportaciones a la financiación del coste de la atención a la dependencia.

4. Conclusiones

Para cerrar este artículo, podemos concretar ya las principales conclusiones que se han ido apuntando a lo largo del mismo.

1. La Memoria de Análisis de Impacto de la Ley de Dependencia estimó el coste del Sistema de Dependencia en 2015 en 9.355 millones de euros, que serían aportados en partes similares por la Administración General de Estado (3.101,5 millones), las comunidades autónomas (3.101,5 millones) y los beneficiarios (3.153 millones).
2. El coste del Sistema de Dependencia en cada uno de los años del periodo 2012-2014 habría sido:

- 2012: 6.895 millones de euros.
 - 2013: 6.858 millones de euros.
 - 2014: 7.090 millones de euros.
3. La financiación de este coste se realiza por el Estado, las comunidades autónomas y los propios beneficiarios.
 4. La financiación del Estado se rige por dos vías distintas: finalista y adicional o no finalista, reguladas por sendas Leyes que garantizan las aportaciones a realizar por parte del Estado a las comunidades autónomas para financiar el coste de atención a la dependencia:
 - La Ley de Dependencia, la financiación finalista, a través del nivel mínimo de protección y, en su caso, del nivel acordado.
 - La Ley de financiación autonómica, de carácter no finalista, que viene a sufragar el mayor coste del Sistema de Dependencia para las comunidades autónomas y que se calcula, precisamente, con los mismos criterios con los que se calculaba el nivel acordado, es decir, teniendo en cuenta la población potencialmente dependiente y las personas dependientes con prestación.
 5. Durante todo el período de vigencia de la Ley de Dependencia, 2007-2014, la Administración General del Estado ha destinado a las comunidades autónomas 22.352 millones de euros, tanto por la vía finalista como por la adicional o no finalista.
 6. En el periodo 2012-2014, objeto de este estudio, la Administración General del Estado ha destinado a las comunidades autónomas 11.130 millones de euros, tanto por la vía finalista como por la no finalista.
 7. En concreto, en 2014, último ejercicio completo del que se disponen cifras, se han transferido por el Estado a las comunidades autónomas 3.730 millones de euros. Esta cantidad supone el 52,61 % del coste anual del Sistema de Dependencia. El resto habría sido financiado por comunidades autónomas (20,64 %) y beneficiarios (26,75 %). En el resto de años del periodo 2012-2014 esta distribución relativa ha resultado muy similar.
 8. Parece conveniente evolucionar este modelo de financiación del Sistema de Dependencia hacia una unificación de las dos vías estatales de financiación.

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2012): “Demolición controlada de la Ley de Dependencia”, Málaga, 28-12-12.

ESPAÑA (2013): “Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 313, 31-12-13, págs. 107.120 ss.

— (2012): “Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 168, 14-7-12, págs. 50.428 ss.

— (2012): “Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, 3-8-12, nº 185, págs. 55.657 ss.

— (2009): Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias”, *Boletín Oficial del Estado*, 19-12-09, nº 305, págs. 107.087 s.

— (2006): “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-06, págs. 44.142 ss.

IMERSO (2015): *Avance de la Evaluación anual del ejercicio 2014 de los resultados de la aplicación de la Ley de Dependencia*, Madrid.

— (2015): *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2012*, Madrid.

— (2014): *Evaluación anual ejercicio 2013 de los resultados de aplicación de la Ley de Dependencia*, Madrid.

— (2013): *Evaluación anual ejercicio 2012 de los resultados de aplicación de la Ley de Dependencia*, Madrid.

— (2012): *Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 de la Ley de Dependencia*, Madrid.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006): *Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal. Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid.

MONTERRAT, J. (2013): “La Ley de Dependencia, en caída libre”, *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, nº 2, págs. 62-64.

MORÁN, C. (2010): “No sólo falta dinero para dependencia, falta control”, *El País*, 2-5-10.

PRADA, M. D.; y BORGE, L. M. (2014): *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*, Universidad de Valladolid.

TRIBUNAL DE CUENTAS (2014): *Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*, Madrid.

— (2013): “Informe de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia”, Madrid.

Crisis de los cuidados y servicios sociales

Fernando Fantova

Consultor social

<fernando@fantova.net>

Artikulu honetan aztergai hartzen da —izaera kritiko eta proposizio moduan— zainketen inguruan gizarte-zerbitzuek betetzen duten rola, berariaz zainketen krisialdi gisara, gehienbat ekonomia feministak izendatu duen testuinguruaren baitan (bereziki nabarmenduz Espainiako egoera). Lehenik, aztertzen dira zainketen kontzeptua eta zainketen erlazio primarioak. Horren ondoren, aztertzen dira eskuartze profesionalen eta erlazio primarioen kontzeptua, betiere, erreferentzia gisara politika publikoak eta arlo horretan jarduten duten sektoreak kontuan hartuz. Horretaz gain, interpretazio bat burutzen da zainketen krisialdiaren eta politika sozialen inguruan, horren ostean, interakzioa babestu eta sustatzen duten zerbitzu gisara (autonomia funtzionala eta erlazioen integrazioa) proposaturiko gizarte-zerbitzuen arloa aztertzea igarotzeko. Bukaeran, artikuluak proposatzen du zainketen krisialdiari gizarte-zerbitzuek eta Ongizate Estatuak erantzun ahal izateko agenda estrategiko bat, eta kontrasterako erreferentzia gisara aurkezten da Erresuma Batuko gizarte-zerbitzuen inguruko eztabaida.

GAKO-HITZAK:

Zainketa primarioak, zainketa profesionalak, zaintzaren krisialdia, gizarte-zerbitzuak, politika sozialak.

El artículo analiza —en clave crítica y propositiva— el papel de los servicios sociales en lo relacionado con los cuidados, específicamente en el contexto de la que se ha dado en llamar —por parte, fundamentalmente, de la economía feminista— crisis de los cuidados (con especial referencia a España). Se aborda, inicialmente, el concepto de cuidado y las relaciones primarias como relaciones —también— de cuidado. Posteriormente se conceptualiza y estudia la interrelación entre intervención profesional y relaciones primarias, con referencia a las políticas públicas y sectores de actividad implicados. A continuación, se interpreta la crisis de los cuidados y la respuesta de las políticas sociales, para pasar a centrarse en el ámbito de los servicios sociales, propuestos como servicios que protegen y promueven la interacción (autonomía funcional e integración relacional). El artículo termina proponiendo una agenda estratégica para una respuesta de los servicios sociales y el sistema de bienestar a la crisis de los cuidados y ofreciendo una referencia de contraste: el debate sobre servicios sociales en el Reino Unido.

PALABRAS CLAVE:

Cuidados primarios, cuidados profesionales, crisis de los cuidados, organización social de los cuidados, servicios sociales, políticas sociales.

Las organizaciones antagonistas trataron de ir más lejos, cuestionando los sometimientos característicos de las estructuras comunitarias arcaicas y tratando de filtrar aquellas sedimentaciones opresoras. Seguramente fue un paso en falso. No porque fuera una mala idea, sino porque intentaron hacerlo rompiendo con la ética del cuidado y la codependencia a través del objetivismo. Tal vez por eso los revolucionarios han estado mucho más interesados por las falsas promesas de las ciencias sociales que por la ética. Y tal vez por eso la burocratización de los cuidados mutuos a través de un sistema racional e impersonal ha sido una de las grandes amenazas a las que se han enfrentado los proyectos de emancipación. No sé si el izquierdismo es la enfermedad infantil del comunismo, pero desde luego la burocracia es su demencia senil (Rendueles, 2013: 152)

1. ¿Por qué este artículo?

Este artículo nace de la necesidad sentida por el autor de intentar hacer una contribución en lo tocante al establecimiento —clarificación, fundamentación, articulación, ajuste— de algunos *términos de referencia* utilizados en el estudio y debate sobre la *organización social de los cuidados* —particularmente— en España (aunque sin renunciar a que las aportaciones puedan resultar significativas y útiles en contextos más amplios), de modo que dicho estudio y debate puedan ser más productivos a corto plazo para la toma de decisiones en políticas sociales. Se intentará recorrer un itinerario lógico en el que se responda a las siguientes preguntas:

- ¿De qué hablamos, exactamente, cuando hablamos de cuidados?
- ¿En qué medida y en qué sentido cabe hablar de cuidados *profesionales*?
- ¿Pueden considerarse los cuidados profesionales como una prestación característica de alguno de los sectores de actividad pertenecientes al ámbito de la acción pro bienestar?
- ¿De qué hablamos cuando hablamos de *crisis de los cuidados*?
- ¿En qué medida y en qué sentido son o pueden ser los servicios sociales un elemento clave en la organización social de los cuidados en España?
- ¿Cuáles serían las —o al menos algunas— condiciones de posibilidad para una contribución más significativa de los servicios sociales a la respuesta a la crisis de los cuidados (considerando el debate en el Reino Unido)?

La escritura del artículo se realiza desde la percepción —en la que no cabe detenerse aquí— de una cierta confusión en las formulaciones —tanto políticas y legislativas como académicas

y técnicas— y de una cierta fragmentación e incomunicación entre diversas comunidades de conocimiento o de práctica relacionadas con el asunto que nos ocupa. El artículo intentará hacer aportaciones nuevas, aunque inevitablemente se apoyará en trabajos anteriores del autor; se nutrirá especialmente de aportaciones tomadas de la economía feminista —fundamentalmente a través de autoras españolas— y del debate sobre servicios sociales (y atención integrada) que tiene lugar en el Reino Unido. El autor agradece las sugerencias de mejora realizadas desde la coordinación del número de la revista en el que se incluye el artículo.

2. ¿De qué hablamos, exactamente, cuando hablamos de cuidados?

En buena medida, según señala Constanza Tobío, “ha sido la confluencia de la generalización de la actividad laboral femenina, incluyendo a las madres de niños, y de la reflexión feminista acerca de la importancia económica y social del trabajo realizado por las mujeres en el ámbito doméstico lo que ha despertado la conciencia y la preocupación acerca de la problemática del cuidado de las personas. Se habla de déficit en esta materia porque en el horizonte aparecen nuevas necesidades ligadas al envejecimiento demográfico, pero también porque se entiende que generan un derecho a ser atendidas del que responde la sociedad y porque las formas tradicionales de cuidar a las personas, en la familia y a cargo de las mujeres, no son ya posibles, ni se consideran deseables” (Tobío *et al.*, 2010: 12).

En el contexto escogido en este artículo, el elemento clave que permite delimitar y distinguir a qué nos referimos cuando hablamos de *cuidados* es el hecho de que se trata de actividades que, en términos generales o mayoritarios, las personas pueden hacer por y para sí mismas. Denominaríamos *cuidados* a actividades que responden a necesidades básicas o fundamentales de las personas y que por su limitado grado de complejidad pueden ser —normal o habitualmente— realizadas por las propias personas para sí mismas. Es decir, se propone denominar *cuidado* a aquello que —en la mayor parte de los casos— sería *autocuidado*. Se trataría de “tareas muy variadas encaminadas a asegurar la nutrición, la higiene, el abrigo o el descanso” (ibídem). Mary Daly, al referirse al cuidado como bien a ser producido y como objeto a ser estudiado en el ámbito de las políticas sociales, señala que se trata del cuidado que reciben las personas que no pueden cuidarse a sí mismas (2002: 252).

Dentro de las áreas de conocimiento relevantes al respecto la referencia canónica, codificada o consensuada (también en la ley española sobre autonomía y dependencia) sería la de las denominadas *actividades básicas de la vida diaria*. Las ABVD se han definido como “operaciones mecánicas que realizan las personas en su ámbito doméstico y que les permiten dar respuesta a

sus necesidades más primarias” especificándose que “dentro de las actividades básicas de la vida diaria cabría considerar la realización de cambios en las posiciones y ubicaciones del cuerpo y su mantenimiento; asearse y cuidar el propio aspecto; control de esfínteres y uso del servicio; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber [...]. A la hora de decir si una persona es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aparte de la capacidad para su pura ejecución física, se toma en cuenta la capacidad cognitiva de tomar adecuadamente las iniciativas y decisiones correspondientes” (Fantova, 2010: 19).

Se propone, por tanto, entender el autocuidado como la realización —por y para la persona— de las actividades básicas de la vida diaria, sin que sea el momento para discutir si cabe incorporar aquí otras actividades no básicas —como las denominadas *instrumentales*— de la vida diaria. El cuidado por parte de otra persona sería, entonces, la asistencia suplementaria o complementaria en (o para) la realización de dichas actividades. Ello no quiere decir que la persona que cuida sólo brinde esa ayuda, sino que en este artículo se propone dicha ayuda como la que permite definir operativamente el concepto de cuidado. Parece evidente que, en la vida de las personas, lo más frecuente es que vivamos en circunstancias en las que —en mayor o menor medida— nos autocuidamos y en las que —simultáneamente— recibimos ayuda en algún grado, siendo ciertamente difícil de identificar situaciones de total autocuidado o de total cuidado por parte de otras personas.

Así pues, del mismo modo que se afirma que estas actividades que —en el contexto en el que se escribe este artículo— se denominan *cuidados* son, por definición, realizadas por las propias personas interesadas en la mayoría de los casos, se ha de afirmar también que todas las personas, en determinados momentos, épocas, circunstancias o situaciones de nuestra vida necesitamos que otras personas nos cuiden, que otras personas nos proporcionen esos que se denominan —aquí— *cuidados*. Así, recordará Cristina Carrasco que los cuidados “no solo se requieren en las primeras etapas de la vida, sino a lo largo de todo ciclo vital, aunque con especial intensidad en los inicios y finales del ciclo vital. De ahí que el cuidado sea universal (todos y todas lo requerimos) e inevitable (es absolutamente necesario para el desarrollo de la vida)” (2015: 52-53).

Lógicamente hay que ser consciente de que en la literatura científica, técnica, política o normativa sobre los cuidados cabe encontrar amplitudes y connotaciones diferentes a las que se proponen aquí y que, en todo caso, la expresión *cuidado* (en inglés *care*) es utilizada en sentidos diversos. Específicamente, cuando se habla de *cuidados de larga duración* (*long term care*), no se está pensando normalmente en los cuidados que necesitamos todas las personas en los primeros años de nuestra vida. En

el contexto de este artículo, como se verá, se percibe o subraya más bien la equivalencia o continuidad de los cuidados en los diferentes momentos o circunstancias de nuestra vida y, por tanto, la continuidad o equivalencia entre los llamados *cuidados de larga duración* y el resto de los cuidados.

3. ¿En qué medida y en qué sentido cabe hablar de cuidados profesionales?

Para responder a esta pregunta se ha de plantear primero un esquema conceptual que ha resultado central en anteriores contribuciones (Fantova, 2014: 44-53). Según este esquema, las actividades, prestaciones, apoyos o, en general, aportaciones valiosas que las personas recibimos para dar respuesta a nuestras necesidades (aportaciones denominadas, en sentido amplio, *bienes*) tienen o adquieren diferente naturaleza o características en función del *agente* (o la *esfera* en) que nos proporcione dicha respuesta o bien y de la correspondiente *lógica* con la que se produzca o realice dicha respuesta a la necesidad, entrega del bien o aportación de valor, siendo que, como señala Rafael Aliena, no existe equivalencia funcional entre estas esferas (2012: 12), es decir, sus efectos pueden ser más o menos parecidos pero no iguales. El esquema, en el que no es posible detenerse aquí, se resume en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Esferas, bienes y lógicas en la esfera social		
Agente	Bienes	Lógica
Comunidad	Relacionales	Reciprocidad
Estado	Públicos	Derecho
Mercado	Privados	Intercambio
Iniciativa social	Comunes	Solidaridad

Fuente: Elaboración propia.

Se entiende que los bienes tienen una cierta *elasticidad* —unos más y otros menos— a la hora de ser tratados como relacionales, públicos, privados o comunes, pero, también, que hay ciertas características intrínsecas de los diversos bienes que hacen que —unos más y otros menos— sean vistos y tratados como bienes de un tipo u otro. Así, por poner un ejemplo, las calles de las ciudades, que nos sirven para desplazarnos de un lugar a otro, tienen unas características en función de las cuales tienden a ser vistas y tratadas en nuestro contexto como bienes públicos, es decir, como bienes que todas las personas tenemos derecho a usar y de cuya gestión se encarga el Estado (sin que proceda ahora entrar en mayores precisiones o matices).

Pues bien, en lo que toca a los cuidados, cabría afirmar que tienen características que invitarían a verlos y tratarlos, en primera instancia, como bienes relacionales, es decir, como bienes que

coproducimos y compartimos en las relaciones o vínculos primarios de carácter familiar y, en general, comunitario. Así, Cristina Carrasco, al estudiar el “cuidado como bien relacional” (2015: 52-54) apunta que “es curioso —o no, ya que la mirada masculina nunca se dirige al espacio doméstico— que el cuidado no se categorice habitualmente como bien relacional, teniendo en cuenta que precisamente ha sido el desarrollo de las relaciones mercantiles el que ha eliminado de las relaciones humanas lo que era y es la característica básica del cuidado: su dimensión relacional” (ibídem: 53).

Según Carrasco, “la identificación del cuidado como bien relacional es absolutamente directa: se trata de una relación-interacción entre personas concretas; existe una reciprocidad compartida libre de asumir o no, lo cual lo dota de una gran fragilidad (de hecho, el tema de los cuidados es el gran temor de las personas mayores); solo tiene lugar durante la relación; requiere de una historia temporal, la relación se va construyendo a través del cuidado; es de gran valor social, tanto que la vida y gran parte del bienestar depende de los cuidados; no puede asignarse un precio [...], la relación —sin negar que pueda existir— no es igual si el cuidado se realiza bajo relaciones capitalistas o bajo relaciones familiares” (ibídem).

La situación (que se entiende como) universal y que cabe tomar como referencia arquetípica sería la del cuidado de la criatura recién nacida. Cuando los seres humanos traen a otro al mundo se genera con él un vínculo que, incluso antes del propio nacimiento, entraña responsabilidades familiares y —en su seno— una relación de cuidado en el sentido establecido más arriba. Es tal la vulnerabilidad y dependencia de la criatura y tal el cuidado que quienes la han concebido sienten, normalmente, que deben proporcionarle, que cabe identificar un universal antropológico respecto a que ese vínculo y esa relación se producen en clave, fundamentalmente, de *gratuidad* —de *don*— es decir, que los progenitores brindan ese apoyo o ayuda —que, al menos inicialmente, es en buena medida cuidado— libremente, sin estar obligados externamente, sin reclamar nada a cambio y con una cierta expectativa de reciprocidad. Esa relación de cuidado, en condiciones normales, está atravesada de emociones, sentimientos o afectos fundamentales para el desarrollo humano que solemos resumir y expresar hablando de apego, confianza y, en definitiva, amor.

Es evidente que puede darse la circunstancia de que una criatura, incluso recién nacida, no tenga a su lado nadie —o nadie idóneo— con vínculos primarios (familiares o, en general, comunitarios) que la cuide y que, en ese caso, por ejemplo, identificamos más claramente la naturaleza pública del cuidado y la responsabilidad pública al respecto, responsabilidad que, en cualquier caso, existe y ha de ser ejercida. Pero también es evidente que es preferible la situación en la que el cuidado es asumido o

construido, en primera instancia, como bien relacional y en que la criatura dispone de personas idóneas dispuestas para su cuidado que estén y se sientan primariamente vinculadas a ella. Aunque el sentido común lo señala con suficiente claridad, la evidencia científica al respecto es abundante (Casado y Sanz, 2012: 5-8).

Es, obviamente, discutible y discutido —de manera diferente en diversos contextos culturales y desde distintas visiones morales— en qué medida y en qué sentido esta identificación y caracterización de la dimensión relacional del cuidado que se ha planteado para el caso de la criatura recién nacida es trasladable a otras situaciones o momentos vitales en los que las personas necesitamos cuidados. Podría decirse que sí, en tanto en cuanto más básicas fueran las actividades en cuestión y en tanto en cuanto mayor fuera la vulnerabilidad de la persona, dado que en esa misma medida parecen más indicadas las connotaciones de donación, intimidad, proximidad o confianza que se esperan de las relaciones primarias. Serge Guérin, por cierto, recuerda que, dentro de las personas cuidadoras no profesionales (unos 3,5 millones en Francia), un 18 % no tiene vínculos biológicos o civiles con las personas a las que cuidan sino que son vecinas, amigas o colegas (2010: 107).

Se estaría intentando, en todo caso, identificar la esencia o naturaleza de las relaciones primarias, dibujar su valor civilizatorio, caracterizar esos bienes relacionales que coproducimos en la enorme diversidad de modelos familiares y comunitarios y en la propia diversidad de relaciones primarias, intentando no cosificar los bienes relacionales y no olvidar lo que tienen de social y culturalmente contruidos; intentando subrayar lo que tienen y deben tener las relaciones familiares y, en general, comunitarias de relaciones libres, elegidas, renovadas y reinventadas a partir de los vínculos de compromiso o sangre; sin olvidar el lado oscuro —los *males relacionales* de los que habla Pierpaolo Donati— que las relaciones primarias, como todo hecho humano, pueden tener y tienen.

Por otro lado, aunque se esté diciendo que esta actividad que llamamos cuidado parece tener algunas características que la hacen especialmente susceptible de ser vista y tratada como bien relacional, es evidente que también puede ser, debe ser y —en cualquier caso— es gestionada, por ejemplo, como bien privado y, por tanto, como actividad económica lucrativa y servicio profesional (actividad lucrativa y servicio profesional que, por definición, no tienen cabida en el marco de las relaciones primarias). Por otra parte, también es evidente que el cuidado profesional acontece, por ejemplo, cuando el cuidado es entendido y tratado como bien público y se establece, por ejemplo, el derecho a recibir determinados cuidados en determinadas circunstancias. Lo que sí se debe retener, entonces, es que, aunque existe y debe existir cuidado profesional —y que el cuidado profesional es, legítima y propiamente, cuidado—,

el cuidado profesional no es funcionalmente equivalente a todos los efectos al cuidado primario.

Así pues, si se admite que el cuidado tiene características que invitan o inducen a su tratamiento, en primera instancia, como bien relacional y si admitimos que no hay equivalencia funcional entre los bienes proporcionados o gestionados por los diferentes tipos de agentes, se habrá de asumir que —siendo necesarios tanto el cuidado primario como el cuidado profesional— cada uno de ellos aporta valores —al menos en parte— diferentes. Existe cuidado profesional porque, a todas luces, existen muchos contextos, circunstancias y momentos en los que no existe suficiente cuidado primario idóneo y disponible. Sin embargo, se sigue afirmando —aquí— la preferencia, en primera instancia, por el cuidado primario (del mismo modo que habrá otras actividades o bienes para los que se afirmar en primera instancia la preferencia por una provisión, producción, gestión o protección pública, privada o solidaria). Margarita León recuerda al respecto que “el supuesto, a menudo implícito, de que hay un efecto de sustitución entre el cuidado formal proporcionado por el Estado y el mercado y el cuidado informal dado por la familia no se sostiene empíricamente. En otras palabras, la disponibilidad de servicios de larga duración no desplaza el apoyo familiar. La evidencia más fuerte es proporcionada por Dinamarca, donde el apoyo familiar es alto pero más ‘especializado’ en menos tareas que demandan tiempo y habilidades” (2014: 326).

4. ¿Pueden considerarse los cuidados profesionales como una prestación característica de alguno de los sectores de actividad pertenecientes al ámbito de la acción pro bienestar?

Para responder a esta pregunta es necesario, también, hacer referencia a un esquema conceptual planteado anteriormente (véase, por ejemplo, Fantova, 2014: 118-124). Según este esquema, en nuestro entorno, el desarrollo de las políticas públicas —y específicamente el de las llamadas *políticas sociales*— ha determinado que algunos sectores de actividad sean considerados especialmente indicados o propicios para una intervención del Estado que permita garantizar como derecho una cierta satisfacción de una serie de necesidades o, dicho de otro modo, la promoción y protección —tendencialmente universal— de una serie de bienes (que, en esa medida, serían considerados como bienes públicos). Al conjunto de sectores de actividad cubiertos por la política social podemos denominarlo *acción pro bienestar* en tanto en cuanto, convencionalmente, denominamos *bienestar* al bien que protege y promueve el conjunto de la política social. En el Cuadro 2 se propone un canon sobre cuáles serían dichos sectores de actividad y cuál sería en cada caso el bien que se protege o promueve y

que permite —a su vez— identificar y diferenciar esos distintos sectores de actividad.

Cuadro 2. Pilares del bienestar	
Sector de actividad (y correspondiente política social y sistema público de referencia)	Bien que protege y promueve
Sanidad	Salud
Educación	Aprendizaje
Servicios sociales	Interacción (autonomía funcional/integración relacional)
Laboral	Empleo
Vivienda	Alojamiento
Garantía de ingresos	Subsistencia

Fuente: Elaboración propia.

Según el esquema, lo que permite hablar de *sectores de actividad* en este contexto es la existencia de un bien específico de suficiente importancia como para que pueda ser apreciado (universalmente) por toda la población y, simultáneamente, la existencia de un entramado diferenciado de actividades y estructuras reconocible por parte de dicha población para la respuesta a la necesidad correspondiente (o las necesidades correspondientes) en cada caso. Por ello se entiende que en cada sector de actividad habrá algunas prestaciones, apoyos o actividades características, como lo pueden ser, por citar algunos ejemplos al azar, la operación de apendicitis en la sanidad, la clase sobre la tabla del siete en educación o la reforma de un baño en el ámbito de la vivienda. Igualmente, hay conocimiento de referencia para dichas actividades, conocimiento que nutre las correspondientes *cadena de valor* o secuencias de actividades —lógicamente, profesionales— valiosas características de cada sector.

Hay que aclarar que, especialmente en lo tocante a los servicios sociales (*social care*), la propuesta (presentada más extensamente en Fantova, 2008 o 2014: 207-231) es tentativa y carece de consenso en la comunidad de conocimiento correspondiente. Lo que se quiere decir en la propuesta es que cuando los servicios sociales se hacen cargo de un niño maltratado por sus progenitores, cuando proporcionan ayuda en el domicilio a una mujer mayor en situación de fragilidad que vive sola, cuando potencian los vínculos de apoyo mutuo en los vecindarios o cuando acompañan en su integración comunitaria a un joven con discapacidad en situación de vulnerabilidad, están —en todos los ejemplos— protegiendo y promoviendo la interacción de las personas, entendida como una situación compleja con dos dimensiones: autonomía funcional (capacidad interdependiente para el desenvolvimiento cotidiano) e integración relacional (soporte recíproco y vinculación activa familiar y, en general, comunitaria).

Se sostiene que la que aquí se denomina *interacción* es un estado o situación deseable y valiosa, dinámica y cambiante, importante y compleja, como lo son los estados o situaciones de salud, aprendizaje, empleo, alojamiento y subsistencia. Prevenir el deterioro de tales situaciones o estados, ayudar a las personas a alcanzarlos y paliar las consecuencias de su pérdida total o parcial es la labor de las diferentes ramas de la acción pro bienestar. Y se sostiene que, si cada uno de los otros sectores asume su responsabilidad universal sobre el bien que le corresponde, carece de sentido una pretendida intervención residual de los servicios sociales sobre dichos objetos (como alojamiento, empleo o subsistencia), quedando o emergiendo como objeto propio y específico para los servicios sociales ese estado deseable de (relativa) autonomía funcional e integración relacional que se propone denominar *interacción*.

En cada sector de actividad es crítica la realización del correspondiente diagnóstico o evaluación y de la prescripción o planificación de intervenciones basadas en el conocimiento, entre otras cosas para identificar en qué medida o en qué aspectos corresponde actuar a unos u otros sectores de actividad. Una persona que presenta problemas para conservar su empleo puede requerir, más bien, intervención sanitaria; del mismo modo que puede ocurrir que una que se presenta como necesidad de atención sanitaria deba, sin embargo, ser abordada desde la intervención en el ámbito laboral de la persona.

Sobre esta base, puede afirmarse que el cuidado profesional (o asistencia personal) —tal como viene siendo definido en este artículo— podría ser legítimamente considerado como una prestación, apoyo o actividad propia o característica del ámbito sectorial de los servicios sociales. Ello sería así porque del *diagnóstico social* que, en los servicios sociales, permitiría caracterizar la situación de interacción de una persona (su capacidad de desenvolvimiento autónomo y el soporte familiar y comunitario idóneo disponible) puede derivarse naturalmente, con mucha frecuencia, la prescripción, planificación o propuesta de cuidados profesionales que complementen el autocuidado y el cuidado primario o comunitario.

Hay que señalar que, en el caso de los cuidados, no sería la complejidad de la actividad o la necesidad de conocimiento más sofisticado la que justificaría la intervención profesional, pues el cuidado profesional retiene la misma característica del cuidado primario, esto es, que —en principio— puede ser realizado, en general, por personas no profesionales. Lo cual no quiere decir que el cuidado —sea o no profesional— no pueda ser perfeccionado mediante la práctica, la formación u otras formas de gestión del conocimiento.

Lógicamente, para que la intervención social —denominando así la actividad operativa que se realiza en los servicios sociales— pueda cumplir su

función de protección y promoción de la interacción será necesario que, además —en su caso— de los cuidados profesionales, la persona usuaria o destinataria se beneficie de otras prestaciones, apoyos o actividades más complejas y basadas en conocimiento más sofisticado como la evaluación de los efectos de la intervención o actividades dirigidas a desencadenar cambios en los comportamientos de las personas o en las dinámicas familiares. Así, desde un punto de vista cualitativo, los cuidados profesionales no van a constituir, como tales, el elemento principal de los procesos de prestación de servicios sociales, por más que, desde el punto de vista cuantitativo, puedan constituir una parte importante del *paquete* de atención. Dicho de otra manera, la prestación de servicios sociales puede conllevar cuidados profesionales pero, necesariamente, los contendrá como parte de un proceso más complejo basado en un conocimiento o cualificación más sofisticada (y científica) de suerte que los cuidados profesionales se brinden de modo que tengan los mayores y mejores efectos que sea posible en la interacción de la persona.

Obviamente una persona puede *comprar* cuidados profesionales —sin más— en el mercado, del mismo modo que puede automedicarse con determinados fármacos o adquirir un “curso” de inglés en una librería. La diferencia es que, en el caso de la rama sanitaria o la educativa, comparando con la de servicios sociales, existe —al menos en nuestro entorno— una mayor conciencia de la necesidad y el valor del diagnóstico, prescripción e intervención profesionales sobre la base del conocimiento, compatibles —por cierto— con el ejercicio de la autonomía moral y consiguiente capacidad de decisión, elección o consentimiento informado por parte de las personas usuarias. En el caso de los servicios sociales dicha conciencia es menor y posiblemente ello esté relacionado en cierta medida —precisamente— con la valoración social que se da a los cuidados y a las personas que cuidan.

Lo que se quiere decir aquí, en todo caso, es que la decisión sobre los cuidados profesionales que debe recibir una persona pertenece —como la decisión sobre si debe operarse de apendicitis o aprender la tabla del siete— al ámbito de su autonomía moral y capacidad de decisión (o la de quien le represente legítimamente). Pero dicha decisión —como las otras evocadas— pueden y —bajo ciertas premisas y en determinados contextos— deben ser objeto de prescripción facultativa sobre la base de un diagnóstico profesional basado en el conocimiento que permita establecer los mejores ajustes entre cuidado profesional, autocuidado y cuidado primario y, en definitiva, alcanzar la mejor interacción y bienestar.

Lógicamente el que se considere el cuidado profesional (o asistencia personal) como prestación propia y característica de los servicios sociales (y a éstos como el marco más adecuado para la prescripción facultativa de cuidados profesionales)

no excluye que éstos puedan ser proporcionados en el marco de servicios de otros sectores de actividad, del mismo modo que en un hospital (servicio sanitario) se proporcionan prestaciones propias de otros ámbitos, como el alojamiento. Por otra parte, la organización social de los cuidados —y la interacción—, como cualquiera de los grandes bienes de los que se ocupan cada uno de los diferentes sectores de actividad, requiere del concurso —en clave intersectorial o transversal— del resto de sectores: la política laboral, la de garantía de ingresos o la de vivienda —por citar tres— tienen una importancia crítica a la hora de facilitar o dificultar, en cada caso— el equilibrio indicado y deseado entre autocuidado, cuidado primario y cuidado profesional.

5. ¿De qué hablamos cuando hablamos de crisis de los cuidados?

Se propone denominar *crisis de los cuidados* a una de las facetas o dimensiones fundamentales de la crisis sistémica o cambio de época que se estaría viviendo en nuestras sociedades en el paso del siglo XX al siglo XXI. Tiene que ver con la confluencia de dos pares de fenómenos. Por un lado la transición demográfica relacionada con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población en todo el mundo (que, al menos de momento, está suponiendo un aumento de las situaciones de enfermedad crónica y limitación funcional). Por otro lado la progresiva superación de las formas tradicionales de *división sexual del trabajo* en un contexto de reconfiguración de los tamaños, estructuras, dinámicas, valores y modalidades familiares y convivenciales, con la consiguiente disminución importante de la disponibilidad familiar y, en general comunitaria para el cuidado (al menos a día de hoy). En palabras de Cristina Carrasco, “el envejecimiento demográfico junto a la cada vez mayor participación laboral de las mujeres ha llevado a una situación crítica, puesto que la oferta de trabajo de las mujeres no era infinita, como parece que se suponía. Una situación crítica en relación al cuidado de las personas, básicamente, de las personas mayores muy dependientes que requieren presencia constante de otra persona adulta. Dicha situación, unida a la incapacidad o no disposición para pensar en un cambio de modelo de trabajo ha llevado a la denominada crisis de los cuidados. ‘Crisis’ que las clases medias y altas han resuelto de manera individual contratando mujeres pobres de países más pobres” (2013: 46).

Amaia Pérez Orozco señala que “la crisis de los cuidados en los países del centro se engarza con la crisis de reproducción social en los países del Sur global que impele a tantas mujeres a migrar. Entre ambas, se conforman las llamadas cadenas globales de cuidados. Con este concepto nos referimos a las redes transnacionales que se establecen para sostener cotidianamente la vida y a lo largo de las cuales los hogares y, en ellos, las mujeres, se transfieren cuidados de unas a otras

con base en ejes de jerarquización social” (2014: 214). Yayo Herrero afirma que “si la ignorancia de los límites biofísicos del planeta ha conducido a la profunda crisis ecológica que afrontamos, los cambios en la organización de los tiempos que aseguraban la atención a las necesidades humanas y la reproducción social también han provocado lo que desde algunos sectores del feminismo se ha denominado *crisis de los cuidados*” (2011: 44). Se nos ayuda, por parte del feminismo, a captar la importancia de la crisis de los cuidados y su interrelación con otras crisis que afectan a la propia *sostenibilidad de la vida*.

Ciertamente, han sido pensadoras feministas quienes han denunciado frecuentemente el carácter machista y patriarcal de muchas políticas sociales o del Estado de bienestar realmente existente, en la medida en que se basa en una división sexual del trabajo y que, en muchos momentos, ha dado por descontado que las mujeres se ocuparían asimétricamente, de forma subordinada, gratuita y notablemente invisible, de una serie de labores y, específicamente, cuidados en el seno de la familia y la comunidad. Mary Daly y Jane Lewis han afirmado que “si bien el cuidado siempre fue históricamente importante para ser considerado por la política del Estado de bienestar, los desarrollos contemporáneos lo mueven hasta el verdadero centro de la actividad del Estado de bienestar” (2000: 282).

Nos hallamos, por tanto ante una crisis de los cuidados que debe ser vista como una de las dimensiones fundamentales de la crisis de nuestro sistema de bienestar, de nuestro modelo social y de nuestro modelo de vida. Crisis que revela una deficiente organización social de los cuidados, del bienestar y de la vida y que, evidentemente, reparte de forma desigual e injusta sus costes y sufrimientos: más a personas económicamente pobres, más a mujeres que a hombres, más a menores que a adultas, más a personas con mayores limitaciones funcionales, más a personas que viven en países empobrecidos que a personas que viven en países centrales en la globalización.

La crisis de los cuidados ha sido identificada y analizada desde o con una preocupación especial por la desigualdad entre mujeres y hombres, desde que en 1995 se refiriera a ella Arlie Russel Hochschild (como se recuerda en León, 2014: 1), aunque el cuerpo teórico feminista sobre los cuidados dataría de los años 80 (Martínez Buján, 2011: 96). Sin embargo son esas mismas autoras feministas las que muestran cómo afecta también de forma diferencial e injusta cuando miramos a otros factores de diversidad o situaciones de desigualdad. La propia Hochschild se ha referido a las *cadenas globales de cuidados* como un *trasplante global de corazón*.

El análisis de la crisis de los cuidados contribuye a comprender mejor el alcance sistémico de la crisis que está viviendo nuestro modelo social y nuestra sociedad y las limitaciones estructurales de nuestro

sistema de bienestar, más allá de los recortes que ha sufrido en la recesión económica que comienza en 2008 ó 2009 (en España, pero también en un contexto más amplio). Nos encontramos, en buena medida, ante el reto de reformular el contrato social entre capital y trabajo, pero también entre mujeres y hombres, entre generaciones, entre regiones del mundo, entre las personas que vivimos ahora y las que vivirán en el futuro y en definitiva entre todas las personas en su diversidad de características, situaciones y opciones. El análisis de las economistas y otras feministas sobre la crisis de los cuidados ayuda a colocar la sostenibilidad (global) de la vida (buena) en el centro del diagnóstico y las propuestas. También contribuye a la identificación de valores sociales destructores de la vida y de la naturaleza ética (Goikoetxea, 2014: 60) y humanizadora de la tarea de poner el cuidado de la vulnerabilidad humana en el centro de la vida social, económica y política.

6. ¿En qué medida y en qué sentido son o pueden ser los servicios sociales un elemento clave en la organización social de los cuidados en España?

Si bien hoy en día en España la mayoría de las personas identifica al Estado como un elemento central o instrumento de referencia cuando se plantea la escolarización de niñas y niños, la atención sanitaria o las pensiones de jubilación, no ocurre, claramente, lo mismo cuando piensa en la organización de los cuidados. Las políticas públicas no han *eclosionado* en el ámbito de los servicios sociales y de la organización social de los cuidados como lo han hecho en otros ámbitos sectoriales de la acción pro bienestar y en relación con otras necesidades sociales.

La elaboración, aprobación (en 2006), desarrollo y aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia Ley (39/2006), constituye un interesante *experimento natural* con el que contamos en España a la hora de evaluar diseños, procesos y efectos en materia de organización social de los cuidados (y más específicamente de los *llamados cuidados de larga duración*) en los últimos años, máxime cuando la Ley (que contó con un amplio consenso), en su exposición de motivos, se presenta justamente como el instrumento que pretende superar el sistema tradicional de atención a la dependencia en el que el cuidado era asumido por las familias (y fundamentalmente por las mujeres) y dar *carta de naturaleza* a los servicios sociales públicos españoles —organizados en términos generales como sistemas autonómicos de servicios sociales— como el *cuarto pilar* que se agregaría a los tres evocados al comienzo de este apartado, con un papel fundamental, precisamente, en lo que tiene que ver con los cuidados de larga duración para las personas en situación de dependencia funcional.

Cabe remitirse a los trabajos de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2015, entre otros) para comprobar la influencia de los recortes en el alcance y los recursos en relación con unas previsiones iniciales que también eran limitadas a juicio de muchos análisis. Por dar una única referencia en relación con gasto social, cabe señalar que España dedica a cuidados de larga duración “solo el 0,6 % del PIB, mientras Holanda dedica el 3,8 % y Suecia el 3,7 %” (Pazos y Medialdea, 2015: 5).

Sin embargo, sin negar que una apuesta mayor y más sostenida de inversión económica y aportación de recursos públicos es imprescindible para esa *eclosión* universalizadora de los servicios sociales de la que se hablaba, lo que interesa aquí es apuntar otra hipótesis e identificar otro factor que también haya podido contribuir o esté contribuyendo a que ese cuarto pilar no haya sido levantado con el alcance y los efectos planteados o deseados. Al respecto cabe recordar que, en su artículo 14, la Ley señala que “el beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para el cuidado no profesional”. Sin embargo, esa prestación es, con diferencia, la más utilizada en los años que la Ley lleva aplicándose. En la actualidad, según los datos de la web del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, en junio de 2015, la recibe el 38,27 % de las personas beneficiarias. Entre los servicios el más utilizado en el marco de esta Ley es el residencial (15,38 %), debiendo notarse que se trata de un servicio en el que, junto a las prestaciones propias de los servicios sociales, es relevante la de alojamiento (correspondiente, propiamente, a otro ámbito sectorial, según el esquema de referencia). Por ello, junto con otras, sin duda, ha de contemplarse aquí la hipótesis de que un insuficiente perfeccionamiento y posicionamiento de la intervención social y los cuidados profesionales realmente existentes ha influido en esa insuficiente *eclosión*.

Sea como fuere, la incentivación económica del cuidado primario (o, dicho de otro modo, la compensación económica por el cuidado primario) ha tenido, seguramente, un plus de *recorrido* porque se contaba en España con las últimas generaciones de mujeres poco incorporadas al mercado de trabajo y altamente disponibles para el cuidado primario y porque el desarrollo y aplicación de la Ley sobre autonomía y dependencia ha coincidido con un brutal repunte de la tasa de desempleo, que en 2010 ya rebasaba la cota del 20 % y en 2012 sobrepasaba el 25 %.

En cualquier caso, el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley se encontró —aunque con gran desigualdad entre las diferentes comunidades autónomas— con la red preexistente de servicios sociales que, si bien —como se decía— no han *eclosionado* como cuarto pilar universal, están teniendo un papel insoslayable en el actual modelo español de organización social de los cuidados. En comunidades autónomas más avanzadas en esta materia, como la vasca, se estima que la envergadura de la inversión social pública en el ámbito de los

servicios sociales equivale ya aproximadamente a un 40 % de la dedicada a sanidad. Según los datos del estudio sobre el gasto público en servicios sociales del Gobierno Vasco, las instituciones vascas destinaron en 2012 una cantidad de 1.636 millones de euros a la financiación de los servicios sociales.

Por tanto, en un deseable contexto de superación de la inequidad de género en el reparto del empleo y del cuidado primario y en una senda necesaria de creación de empleo, parece evidente que los servicios sociales y las políticas públicas de servicios sociales están llamadas a desempeñar un papel más central en la organización social de los cuidados, a la búsqueda del equilibrio idóneo y deseado en cada caso entre autocuidado, cuidado primario y cuidado profesional y del mejor estado de interacción de la persona. La entidad de las necesidades en el área de la interacción y, específicamente, de los cuidados parecen reclamar una gran política sectorial y un sistema público capaz de organizar esa dimensión de la vida social, al menos con tanta razón de ser y tanta capacidad instalada como la que existe en educación, sanidad y pensiones o como la que debiera impulsarse en estos (y otros) ámbitos sectoriales.

Por dar algunas referencias, cabe decir que destaca especialmente la precariedad de nuestra capacidad social agregada y organizada en el ámbito de los cuidados si comparamos, por ejemplo, la cobertura pública y gratuita que tiene en nuestro país la costosa respuesta a determinadas necesidades sanitarias complejas con la ausencia de provisión pública a necesidades de cuidado altamente imbricadas con dichas necesidades sanitarias y que interactúan con ellas. Destaca que las pensiones de jubilación estén permitiendo un considerable flujo de solidaridad descendente (Martínez Virto, 2014: 129-130) en muchas familias (y que la tasa de riesgo de pobreza económica de las personas mayores sea la mitad que la media en España) mientras que las personas mayores pensionistas carecen de un sistema que les brinde seguridad y les facilite hacer previsiones en la organización de sus cuidados actuales o futuros. Destaca que en España, según el censo de censo de 2011 del Instituto Nacional de Estadística en España haya 3.443.365 viviendas vacías y 3.681.565 viviendas secundarias (es decir, de nuevo, recursos y capacidades infrautilizadas).

Por otro lado es chocante en España el grado de *incomparecencia* de los servicios sociales en lo que tiene que ver con los cuidados en los primeros años de la vida de la mayoría de la población (salvando, obviamente, los casos de riesgo y desamparo). Siendo evidente que la necesidad que desencadena la búsqueda de servicios profesionales para esas criaturas no es el aprendizaje (objeto de la educación) sino la interacción (objeto de los servicios sociales) y siendo que dichas criaturas necesitan en buena medida cuidados profesionales y no tanto actividades escolares, se ha extendido la idea de que la escolarización es la mejor —o incluso la única— alternativa y que la escuela es la institución

a la que corresponde brindar esos cuidados. Sin embargo, basta cruzar la frontera con Francia para conocer alternativas creíbles —y muy utilizadas— a la escolarización en los primeros años, en las que las criaturas son cuidadas por asistentes profesionales en el domicilio y la comunidad, en pequeños grupos flexibles amigables con las dinámicas familiares y convivenciales de las criaturas y de quienes les cuidan. Del mismo modo, desde el ámbito latinoamericano se visibilizan y reivindican formas más comunitarias de cuidado, como, por ejemplo, la de las *madres comunitarias* de Colombia (Vega y Gutiérrez, 2014: 15).

Parece claro que la organización social de los cuidados es una de las principales amenazas para nuestra sostenibilidad social y que la estrategia de transformación del modelo de cuidados necesita de los servicios sociales como pieza clave. Configurar una política pública en cualquiera de los ámbitos de la acción pro bienestar —y, desde luego, en el de los servicios sociales— va mucho más allá de redistribuir dinero para incentivar comportamientos o financiar la compra de servicios en el mercado; representa apostar por construir unos bienes como bienes públicos y utilizar la capacidad del Estado para organizar un ámbito de actividad y la respuesta colectiva, equitativa, inteligente y sostenible a unas determinadas necesidades.

7. ¿Cuáles serían las —o al menos algunas— condiciones de posibilidad para una contribución más significativa de los servicios sociales a la crisis de los cuidados (considerando el debate en el Reino Unido)?

Acercándonos a la *recta final* de este artículo, se identifican a continuación tres ejes estratégicos que pudieran resultar inspiradores y eficaces para informar la necesaria apuesta de política pública e inversión social en los servicios sociales como herramienta imprescindible para la respuesta a la crisis de los cuidados y, en definitiva, para la transformación, en claves de calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad de la organización social de los cuidados. Su desarrollo se basará en trabajos anteriores y, para su ilustración en este artículo, se tomarán —como contraste— aportaciones procedentes del debate actual al respecto en el Reino Unido, especialmente interesante por algunas similitudes institucionales (como el papel referencial que siempre ha tenido el National Health Service británico, entre otros instrumentos de la política social) y en todo caso por el vigor y calidad de dicho debate y de sus agentes e instancias de referencia.

Ciertamente uno de los principales factores impulsores o elementos orientadores (*drivers*) de este debate es el de la preocupación por la legitimación, eficiencia, sinergia y sostenibilidad de la inversión social de los poderes públicos en el sistema de

bienestar. John Appleby, por ejemplo, se centra en los servicios sanitarios y sociales y afirma que “si los próximos 50 años siguen la trayectoria de los pasados 50 el Reino Unido podría estar gastando una quinta parte de su riqueza en la provisión pública de servicios sanitarios y sociales [...]. Gastar cerca de un quinto del total del PIB del Reino Unido en servicios sanitarios y sociales en los próximos 50 años podría ser asumible —y permitiría un aumento del gasto real en todas las otras áreas de la economía— si las proyecciones para un aumento real del PIB se cumplieran. Claramente, no sería el caso si el crecimiento fuera más lento. Sin embargo, en igualdad de condiciones, ese gasto consumiría alrededor de la mitad de los ingresos del Gobierno y, a pesar de permitir un incremento del nivel real de gasto, significaría reducir la *proporción* del gasto público en el resto de áreas de alrededor de un 80 % en 2016 a un 50 % para 2061. Por otro lado, a medida que aumenta el gasto, los retornos tienden a disminuir y, a partir de cierto punto, el coste adicional podría llegar a exceder el beneficio en salud, o los beneficios que se podrían obtener gastando en otras áreas diferentes de sanidad y servicios sociales. Todo esto implica que hay importantes decisiones políticas y sociales a tomar acerca de cuanto gastar, en qué gastar y en cómo financiar ese gasto. Esas decisiones no son fáciles e inevitablemente implicarán contrapartidas” (2013: IX-X).

El trabajo de John Appleby, en todo caso, identifica amplísimas discrepancias entre diferentes proyecciones de cara al futuro del gasto relacionado con servicios sanitarios y sociales, así como la diferente naturaleza y sentido de los diferentes elementos tractores de los diversos gastos y subraya el carácter político de las decisiones a tomar, muy relacionadas con los equilibrios y contrapartidas (*trade-offs*) entre diferentes sujetos sociales. Parece evidente que una mera agenda de incremento de la inversión social pública —sin duda necesaria— basada en una mayor recaudación impositiva no necesariamente va a ser apoyada por parte de la ciudadanía ni va a resultar fácil de sostener establemente por parte de los Gobiernos, al menos en el actual marco de la globalización económica. Cabe suponer que la posibilidad de obtener y dedicar —en mayor medida y de la mejor manera— los recursos públicos necesarios a la organización social de los cuidados va a depender en buena medida del acierto e impulso de las tres estrategias que se sugieren a continuación: la primera más vinculada a los procesos operativos de intervención social y, en general, de la acción pro bienestar; la segunda más relacionada con el diseño y organización de las políticas sociales y el sistema de bienestar; y la tercera más relacionada con la gobernanza política y gestión participativa de la protección e inclusión social.

Cuadro 3. Ejes estratégicos de los servicios sociales

1. Innovación tecnológica en una intervención social cada vez más basada en la evidencia y el conocimiento.
2. Los servicios sociales como pieza clave para rediseños y recalibraciones de los sistemas públicos de bienestar desde nuevas visiones de la división e integración intersectorial.
3. Innovación social y política en la participación de los diferentes agentes en el mix de bienestar y el contrato social

Fuente: Elaboración propia.

7.1. Innovación tecnológica en una intervención social cada vez más basada en la evidencia y el conocimiento

Hay razones para pensar que el desarrollo y la mejora de los procesos de intervención social (y, en su seno, de los cuidados profesionales) sobre la base del conocimiento y de las preferencias de las personas es una de las estrategias clave para una transformación de los servicios sociales que redunde en un cambio significativo de nuestro modelo de cuidados en consonancia con esa necesidad de *perfeccionamiento* y *posicionamiento* de la intervención social y los servicios sociales de la que se hablaba antes.

La intervención social está llamada a seguir el camino de la *medicina basada en la evidencia* y apoyarse cada vez más en el conocimiento riguroso y en la evaluación de los programas. Para ello es crítica la unificación de las fragmentadas comunidades científicas y de práctica vinculadas a diversas áreas de conocimiento y colectivos poblacionales, cuya dispersión convierte en estériles muchos de los aprendizajes y desarrollos. La consideración del cuidado profesional (asistencia personal) dentro del marco metodológico, técnico y tecnológico de una intervención social centrada en la persona y de enfoque preventivo, participativo, poblacional y comunitario debe permitir superar las miradas excesivamente lastradas por unas u otras perspectivas disciplinares o incentivadas espuriamente para subrayar las reales o pretendidas diferencias entre colectivos y subcolectivos que han ido construyendo determinadas visiones y prácticas —cada vez más obsoletas— de intervención social.

Baste como ejemplo la sorpresa y admiración con la que se presentan experiencias de relación entre las criaturas de una guardería y las personas mayores de una residencia, sin reparar en que es en buena medida la propia visión y organización de la intervención la que ha procedido —previamente— a invisibilizar y destruir las relaciones intergeneracionales que de forma natural se dan en la comunidad, construyendo esos supuestos colectivos objeto de atención, para después descubrir lo positiva que resulta la relación entre los miembros de ambos colectivos.

Nick Andrews *et al.* subrayan la importancia de la reflexión crítica a partir de la evaluación de la

intervención y la entrega accesible de resultados y conocimiento para el desarrollo profesional en un sector en el que la relación interpersonal es tan crítica como el de los servicios sociales y en el que el conocimiento práctico, las competencias comunicacionales (más o menos genéricas), el aprendizaje organizacional (en parte implícito), los aspectos éticos y la atención a la voz de las personas usuarias y las cuidadoras primarias es crítica (Andrews *et al.*, 2015: 6-7).

Como en la *medicina basada en la evidencia*, son fundamentales las *revisiones sistemáticas*. Así, por ejemplo, en una revisión sistemática de estudios de coste-efectividad sobre atención comunitaria y atención centrada en la persona “se han detectado cinco tipos de intervenciones —la gestión de casos, las ayudas tecnológicas y para la adaptación de la vivienda, los programas de autocuidado, las fórmulas de alojamiento en la comunidad y la atención intermedia— que: a) han sido sometidas a un número elevado de evaluaciones, y b) resultan mayoritariamente coste efectivas [...]”. Existe otro grupo de intervenciones —los servicios sociosanitarios integrados, la ayuda a domicilio, y los programas de individualización de la atención— que también resultan mayoritariamente coste efectivos, si bien el número de evaluaciones revisadas es sustancialmente menor, y la base para sostener su coste efectividad es por tanto más limitada” (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011: 179).

Nigel Keohane, por su parte, refiriéndose a la atención integrada (sanitaria y de servicios sociales) y personalizada (o centrada en la persona) y a las tecnologías de la información y la comunicación, afirma que “las oportunidades para la innovación son tentadoras. La revolución de los datos puede romper las divisiones profesionales, y revolucionar la experiencia del cuidado que tienen las personas, empoderándolas como consumidoras y coproductoras” (2015: 9).

Las tecnologías de la información y la comunicación y otras tecnologías facilitadoras de la vida cotidiana (englobadas, por ejemplo, con el concepto de *ambient assisted living* o *vida cotidiana asistida por el entorno*) están introduciéndose de forma prometedora en el ámbito de los cuidados y, en general, de los servicios sociales, potenciando las oportunidades de interacción segura, inteligente, humanizadora y satisfactoria entre las personas y los entornos físicos y humanos de referencia y preferencia para ellas. Especialmente prometedores resultan los desarrollos de las tecnologías de la información y la comunicación, la robótica y la inteligencia ambiental como generadoras del ambiente idóneo para la sinergia entre cuidado primario y profesional (presenciales o no presenciales) y autocuidado en un contexto comunitario.

Resulta evidente, en todo caso, que la dinámica de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación operativa interdisciplinar y personalizadora

aquí planteada necesita de una política pública audaz que la impulse, pues la pura tracción del juego de la oferta y la demanda del mercado resulta insuficiente en este momento (como ha ocurrido y sigue ocurriendo, por cierto, en otros sectores de actividad). Dicha apuesta de política pública puede resultar atractiva no sólo por los beneficios que va a reportar el desarrollo de los servicios sociales a sus personas destinatarias y a otros agentes directamente implicados en ellos, sino también por las sinergias de este desarrollo con otros sectores de actividad de alto valor añadido. Por otra parte, seguramente, las innovaciones metodológicas, técnicas y tecnológicas que contribuyen a la organización de los cuidados y a la intervención social surgen y se desarrollan en o desde otros ámbitos sectoriales.

La organización social de los cuidados, para satisfacción de las personas que necesitamos cuidados y de las personas que brindamos cuidados primarios en un marco de dignidad humana, equidad de género y sostenibilidad económica tiene mucho que esperar del desarrollo metodológico, técnico y tecnológico de unos servicios sociales capaces de brindar cuidados profesionales de calidad en un marco de promoción y protección de la interacción.

7.2. Los servicios sociales como pieza clave para rediseños y recalibraciones de los sistemas públicos de bienestar desde nuevas visiones de la división e integración intersectorial

En consonancia con la propuesta teórica que se ha hecho y que concibe las grandes políticas sociales sectoriales como entramados de servicios especializados funcionalmente en la respuesta a un área de necesidad (o, dicho de otro modo, en la protección y promoción de un bien) —en principio— para la totalidad de la población, la estrategia de desarrollo de los servicios sociales puede entenderse como una oportunidad en o para procesos de reordenación o reorganización de (y de las relaciones entre) los sectores de actividad o sistemas públicos de servicios. En ese contexto viene recibiendo especial atención la cuestión de la interrelación entre servicios sociales y servicios sanitarios y se ha llegado a decir que “la integración de los servicios sanitarios y sociales se está convirtiendo en el santo grial de la formulación de políticas públicas” (Keohane, 2015: 6).

Estas relaciones intersectoriales han sido estudiadas, por ejemplo, en el informe *A New Settlement for Health and Social Care*, aprobado por la Comisión Independiente sobre el Futuro de la Atención Sanitaria y Social en Inglaterra (Barker *et al.*, 2014). El informe pone de manifiesto hasta qué punto el desequilibrio entre la inversión en servicios sociales y en sanidad (en una proporción que puede ser de una a siete) genera, por ejemplo, un sistema público de bienestar incapaz de proporcionar ligeros cuidados o apoyos domiciliarios preventivos (desde los servicios sociales) que, sin embargo, incurre

posteriormente en altos gastos hospitalarios, farmacéuticos o tecnológicos, en buena medida inducidos por la ausencia de esa intervención social más temprana.

El informe permite concluir a The King's Fund que cabría diseñar y mantener de forma equilibrada y coordinada los servicios sanitarios y los servicios sociales con un gasto público incluso inferior al gasto sanitario existente en algunos países. Así, Chris Ham (jefe ejecutivo de The King's Fund) señala en el prólogo del informe que “cuando esté totalmente implementado, el nuevo modelo supondrá alrededor de un 11-12 % del PIB, una cantidad fácilmente comparable con el gasto corriente sólo en sanidad en algunos otros países [...]. Las consecuencias de no hacer nada son que menos personas recibirán servicios sociales financiados públicamente en la medida en que se hacen más recortes en los presupuestos de las autoridades locales y que más organizaciones sanitarias públicas se muestran incapaces de proporcionar acceso oportuno a estándares aceptables de atención en el marco del presupuesto. Todavía más importante, el premio descrito por la comisión —igual soporte para igual necesidad, con los derechos a la atención sanitaria y los servicios sociales más estrechamente alineados entre sí— seguirá siendo un sueño lejano. Las personas con necesidad de cuidado serán forzadas a continuar navegando las complejidades e inconsistencias de los actuales sistemas fragmentados de financiación y derechos [...]. Los costes del cuidado recaerán cada vez más en los individuos y las familias, creando preocupación, incertidumbre e inequidad en una escala que sería inaceptable si se aplicara en la atención sanitaria” (Barker *et al.*, 2014: vi-vii).

En cualquier caso, el informe huye de alimentar determinadas expectativas cuando afirma que los presupuestos para servicios sanitarios y sociales “debieran incuestionablemente ser mayores, con independencia del potencial para ahorros que surja de un sistema más integrado. Esto es en parte porque la evidencia de ahorros financieros por la integración es de momento escasa” (ibídem: ix). Sea como fuere, los argumentos para apostar por un mayor equilibrio, coordinación e integración entre los servicios sociales y los servicios sanitarios son poderosos —por el incremento de la cantidad y complejidad de situaciones en las que las personas presentan entreveradas importantes necesidades correspondientes a ambos sectores— aunque el avance es lento y pocas veces pasa de experiencias piloto en determinadas parcelas de actividad (por ejemplo en atención paliativa), en determinados itinerarios (por ejemplo los de personas con enfermedad mental) o en determinadas zonas (por ejemplo con equipos en los que se comparte el diagnóstico, la gestión de la información o la gestión de los casos). Si bien las tecnologías avanzadas de la información y la comunicación han sido identificadas como un apoyo clave para la coordinación e integración de la atención, la

gestión o las estructuras de ambos sectores, hoy por hoy, la asimetría —en términos de conocimiento, envergadura, estructuración o financiación— entre los dos sistemas aparece como el principal obstáculo.

Por ello, la respuesta a la crisis de los cuidados y la organización social de los cuidados pasaría por repensar y rediseñar conjuntamente las divisiones y relaciones entre, especialmente, tres de las políticas sociales sectoriales mencionadas, apostando por:

- Una transformación de la sanidad que le permita hacer frente mejor al reto de la cronicidad y la haga menos vulnerable a los procesos (o elementos tractores) de la excesiva o inadecuada medicalización, tecnificación y corporativización (que han sido identificados como los principales propulsores del gasto sanitario público por expertos como José Ramón Repullo).
- Un desarrollo del sistema público de servicios sociales que lo configure como pilar de envergadura y reconocimiento equiparable al que tienen la educación o la sanidad, centrado en la interacción (autonomía funcional e integración relacional) de las personas y liberado en términos generales de responsabilidades o intervenciones (relacionadas por ejemplo con la subsistencia o el alojamiento) correspondientes a otros ámbitos.
- Una reorientación de la política de vivienda que confiera más peso a la rehabilitación, la accesibilidad, el alquiler y los espacios y servicios y procesos comunes y compartidos y que la convierta en una verdadera política social orientada a dar respuesta a las necesidades de alojamiento de las personas, especialmente aquellas que, por una u otra razón, presentan una mayor vulnerabilidad (y necesidad de apoyo) residencial.

La organización social de los cuidados que reclama la crisis de los cuidados y el necesario fortalecimiento del sector de los servicios sociales puede apoyarse en la *recalibración* (desinversiones en unas áreas e inversiones en otras áreas) de la inversión social pública, orientándola estratégicamente para apoyar rediseños inteligentes y nuevas dinámicas sectoriales e intersectoriales que permitan al sistema de bienestar adaptarse proactivamente a los *nuevos riesgos sociales*, con especial atención a la interfaz (y, por ejemplo, a la interoperabilidad de sistemas de información) ente sanidad y servicios sociales, especialmente sensible para las personas con mayor necesidad de cuidados.

7.3. Innovación social y política en la participación de los diferentes agentes en el *mix* de bienestar y el contrato social

Del mismo modo que —como se acaba de decir— el desarrollo de los servicios sociales necesita apoyarse en (e impulsar) una revisión de las divisiones y

relaciones intersectoriales y una recalibración de las diferentes políticas sectoriales dentro del sistema de bienestar, puede dar (y beneficiarse de) la oportunidad de experimentar, en clave de innovación social y política, fórmulas más participativas, flexibles, dinámicas y sinérgicas de relación entre los diferentes agentes implicados. Así, por ejemplo, se ha identificado la importancia de las fórmulas e instrumentos de contratación y concertación de servicios como apoyo e impulsor para la atención integrada (Addicott, 2014).

En este terreno revisten especial interés las experiencias y modelos que buscan el empoderamiento de la persona que recibe los cuidados. Es el caso, por ejemplo, de los pagos directos (*direct payments*) o presupuestos individuales (*individual budgets*) para la asistencia personal y otros servicios que la administración pública entrega a la persona usuaria para que ésta decida libremente su uso y, particularmente, el proveedor o los proveedores de productos o servicios (eventualmente con el asesoramiento o ayuda de una persona gestora de caso, que actuaría como bróker). A más complejidad del caso, es decir, a más número y envergadura de actividades y agentes involucrados, más necesidad de que se haga una gestión del caso, esto es, más necesidad de que alguien asuma algún tipo de responsabilidad sobre el conjunto de la intervención y coordine esa multiplicidad de agentes y actividades involucradas en el proceso de intervención. De hecho, en el ámbito anglosajón, se observa un desarrollo paralelo de la gestión de caso (*case management*) con la implantación de modelos de gestión de la atención (*care management*) caracterizados por la división de papeles entre quien financia, quien prescribe, quien elige y quien presta los servicios. Suelen apoyar con fuerza estos modelos los movimientos de autodefensa, autorrepresentación, autodeterminación y autogestión de diferentes categorías o grupos de personas con necesidad de cuidados profesionales (Zalakain, 2013: 207).

Según Natasha Curry y Chris Ham, “la evidencia procedente de los servicios sociales en el Reino Unido sugiere que los pagos directos han llevado a una mayor satisfacción de las personas usuarias, mayor continuidad de la atención, menos necesidades insatisfechas y un uso más coste-efectivo de los recursos públicos [...]. A pesar de esta evidencia, la utilización sigue siendo baja [...]. La baja utilización puede ser explicada por la manera en la que los pagos se han operativizado, más que porque el concepto en sí esté viciado. La evaluación de los presupuestos individuales en servicios sociales mostró algunos resultados positivos, aunque parecían variar entre diferentes grupos poblacionales” (2010: 38-39).

En todo caso, como señalan Catherine Foot *et al.*, estos programas no son sino una de las opciones —ni la única ni obligatoria— a la hora de respetar y promover el mayor control de las personas que

necesitan cuidados (y, en su caso, de sus cuidadores primarios) sobre su propia vida, siendo necesario aceptar y potenciar la capacidad de decisión y participación activa de las personas en todos los pasos y momentos de su itinerario de atención: diagnóstico, prescripción, planificación, prestación del servicio, gestión, financiación, seguimiento, evaluación e investigación (Foot *et al.*, 2014).

Rick Muir e Imogen Parker vinculan la necesidad de implicación de las personas usuarias con la complejidad creciente a la que han de hacer frente los servicios y políticas públicas y afirman que “necesitamos reconfigurar radicalmente nuestros servicios públicos para que sean más capaces de afrontar los complejos riesgos que tenemos delante. La reforma de la administración pública ha confiado demasiado en el uso de herramientas burocráticas o basadas en el mercado que están mal equipadas para enfrentar problemas con un creciente grado de complejidad, desde la enfermedad crónica al desempleo de larga duración” (2014: 1). Según esta aportación del Institute for Public Policy Research “el cambio hacia un Estado más relacional debe tener lugar en dos niveles. Primero, en el nivel de los sistemas públicos de servicios, hay una necesidad de mayor conectividad. Esto requiere la descentralización de los presupuestos de servicios al nivel local; la integración de presupuestos y, a veces, de las organizaciones; mayor autonomía para la primera línea combinada con transparencia acerca de los resultados; y establecimiento de infraestructuras colaborativas para que los actores y las instituciones puedan aprender y mejorar. En segundo lugar, en el nivel micro, necesitamos fomentar relaciones profundas, tanto entre los ciudadanos como entre usuarias y profesionales. En la práctica esto puede tomar la forma de profesionales líderes que asumen la responsabilidad de casos individuales, mayor trabajo de base vecinal y la creación proactiva de instituciones que reúnen a las personas usuarias y aumentan su capacidad de ayudarse” (ibídem, 2014: 74).

Las propuestas para una mayor implicación de las personas que reciben cuidados en el marco de los servicios de los que son usuarias son congruentes con la aplicación del enfoque comunitario o la atención comunitaria (*community care*) que apuesta por fortalecer —dentro de los sistemas de servicios— la capacidad resolutoria del nivel de atención más general y próximo a las personas, su domicilio, sus redes y entornos. En el caso español esta apuesta se hizo con notable éxito en el caso de la sanidad pero está en buena medida por hacer en el caso de los servicios sociales. Según Public Health England, “usando la metodología del retorno social de la inversión (SROI), una metodología específica para evaluar el valor, un análisis del desarrollo comunitario en autoridades locales reportó un retorno de 2,6 libras por cada libra invertida” (2015: 34).

A su vez estas experiencias de participación de usuarias y desarrollo comunitario están vinculadas con la promoción del voluntariado y el tercer sector.

Chris Naylor *et al.* reconocen y reivindican el valor añadido por las personas (más de tres millones en la sanidad y servicios sociales del Reino Unido) y organizaciones voluntarias y llaman la atención sobre la diversificación e innovación que se está produciendo en el ámbito de la acción voluntaria, por ejemplo con los bancos de tiempo. Señalan, sin embargo, que los contextos de recortes y privatizaciones amenazan con desnaturalizar las iniciativas solidarias y que una falta de visión estratégica puede llevar a las personas y organizaciones a roles confusos, pérdida de confianza y tensiones entre agentes. Apuestan por no utilizar la acción voluntaria para reducir costes sino para aumentar la calidad relacional de los servicios, con un impacto que debe ser medido (2013: vii-viii).

El marco de la *Big Society*, propuesto por David Cameron en 2010 impulsa —y a la vez sesga— estos debates en torno a experiencias de innovación social y política para *abrir el juego* a nuevas relaciones entre agentes. Sin embargo el marco privatizador no es el único para dichas experiencias y debates que, en muchas ocasiones, pueden orientarse precisamente para un perfeccionamiento, transformación y fortalecimiento de las políticas y sistemas públicos, especialmente necesario en el sector de los servicios sociales. Nos encontramos, en todo caso, ante el debate sobre la función del Estado y, en definitiva, el contrato social que regula lo que se espera de la ciudadanía y lo que ésta puede esperar de los poderes públicos.

8. Cuatro metáforas para terminar

Mientras se escribía este artículo, cuatro metáforas emergían para expresar lo que aquí se ha desarrollado. Según la primera de ellas, en lo que tiene que ver con la organización social de los cuidados nos encontraríamos, como en el *dilema del prisionero*, perdiendo todas por no cooperar, por no considerar los cuidados en mayor medida como bienes relacionales, públicos y comunes. Según la segunda metáfora, esta situación, como *bomba de racimo*, perjudica a muchas y muy diversas personas y, por tanto, reúne condiciones para convertirse en un exitoso tema (*issue*) de agenda política con el marco (*frame*) e impulso adecuados. Sin embargo, en ese contexto podemos —especialmente los sectores mejor instalados en el actual sistema— actuar como Sansón, agarrándonos sin más a los pilares o columnas (del sistema de bienestar) más tradicionales y reconocidos —vinculados a los *viejos riesgos sociales*— (con el resultado de que podamos hacer caer el edificio) o podemos apostar —arriesgando política, profesional y ciudadanamente— por levantar un nuevo pilar —los servicios sociales como oferta creíble— a la vez que transformamos el modelo de bienestar y el contrato social, para la sostenibilidad de la vida, para el *buen vivir* (*sumak kawsay*, en quechua) en el que —ecológicamente— nos reconocemos como seres diversos y vulnerables —iguales en dignidad y derechos— que necesitamos cuidar y ser cuidados.

- ADDICOTT, R. (2014): *Commissioning and Contracting for Integrated Care*, Londres, The King's Fund.
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (2015): *XV Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Madrid.
- ALIENA, R. (2012): "Regímenes de bienestar y política social por otros medios: un marco analítico", *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, nº 4, págs. 9-42.
- ANDREWS, N. *et al.* (2015): *Developing Evidence-enriched Practice in Health and Social Care with Older People*, York, Joseph Rowntree Foundation.
- APPLEBY, J. (2013): *Spending on Health and Social Care over the Next 50 Years. Why Think Long Term?*, Londres, The King's Fund.
- BARKER, K. *et al.* (2014): *A New Settlement for Health and Social Care*, Londres, The King's Fund.
- CARRASCO, C. (2015): "El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores", *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, nº 128, págs. 49-60.
- (2013): "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, nº 1, págs. 39-56.
- CASADO, D.; y SANZ, M. J. (2012): *Crianza saludable. Fundamentos y propuestas prácticas*, Madrid, Siposo.
- CHARLESWORTH, A.; y THORLBY, R. (2012): *Reforming Social Care: Options for Funding*, Londres, Nuffield Trust.
- CURRY, N.; y HAM, C. (2010): *Clinical and Service Integration. The Route to Improved Outcomes*, Londres, The King's Fund.
- DALY, M. (2002): "Care as a good for social policy", *Journal of Social Policy*, vol. 31, nº 2, págs. 251-270.
- DALY, M.; y LEWIS, J. (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, vol. 51, nº. 2, págs. 281-298.
- DICKINSON H. *et al.* (2012): *The Role of Third Sector in Delivering Social Care*, Londres, School for Social Care Research.
- EDWARDS, N. (2014): *Community Services. How They Can Transform Care*, Londres, The King's Fund.
- ESPAÑA (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-06, págs. 44.142-44.156 [<https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>].
- FANTOVA, F. (2014): *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*, Madrid, CCS.
- (2010): "Actividades básicas de la vida diaria", en DE LUCAS, F.; y ARIAS, A. (dir.): *Diccionario internacional de trabajo social y servicios sociales*, Buenos Aires, Miño y Dávila, pág. 19.
- (2008): *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- FOOT, C. *et al.* (2014): *People in Control of Their Own Health and Care. The State of Involvement*, Londres, The King's Fundación; National Voices.
- GOIKOETXEA, M. (2014): "La ética como referente de la atención integral y centrada en la persona", en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P.; y VILÀ, A. (coord.):

Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad, Madrid, Tecnos, págs. 59-83.

- GUÉRIN, S. (2010): *De l'État providence a l'État accompagnant*, París, Michalon.
- HAM, C.; y WALSH, N. (2013): *Making Integrated Care Happen at Scale and Pace*, Londres, The King's Fund.
- HERRERO, Y. (2011): "Propuestas ecofeministas para un sistema cargado de deudas", *Revista de Economía Crítica*, nº 13, págs. 30-54.
- HM GOVERNMENT (2012): *Caring for our Future. Reforming Care and Support*, Londres.
- JARAÍZ, G.; y GONZÁLEZ PORTILLO, A. (2014): "Transformaciones y retos relacionales en el ámbito de los servicios sociales comunitarios", *Documentación Social*, nº 175, págs. 133-156.
- KEOHANE, N. (ed.) (2015): *A Problem Shared. Essays on the Integration of Health and Social Care*, Londres, Social Market Foundation.
- LEICHSENRING, K. et al. (2013): *Long-term Care in Europe. Improving Policy and Practice*, Londres, Palgrave Macmillan.
- LEÓN, M. (ed.) (2014): *The Transformation of Care in European Societies*, Londres, Palgrave MacMillan.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 21, nº 1, págs. 93-123.
- MARTÍNEZ VIRTO, L. (2014): "Una crisis interminable: estrategias para resistir y primeros síntomas de sobrecarga en las familias", *Zerbitzuan*, nº 57, págs. 121-136 [http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Crisis_interminable_estrategias_resistir_sintomas_sobrecarga_familias.pdf].
- MUIR, R.; y PARKER, I. (2014): *Many to Many. How the Relational State Will Transform Public Services*, Londres, IPPR.
- NAYLOR, C. et al. (2013): *Volunteering in Health and Care. Securing a Sustainable Future*, Londres, The King's Fund.
- PAZOS, M.; y MEDIALDEA, B. (2015): *Reorganizar el sistema de cuidados: condición necesaria para la recuperación económica y el avance democrático*, Madrid, Podemos.
- PÉREZ OROZCO, A. (2014): *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de Sueños.
- PUBLIC HEALTH ENGLAND (2015): *A Guide to Community-centered Approaches for Health and Wellbeing*, Londres.
- RENDUELES, C. (2013): *Sociofobia. El cambio político en la era de la utopía digital*, Madrid, Capitan Swing.

SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2011): *Atención comunitaria y atención centrada en la persona: revisión de estudios de coste-efectividad*, Donostia-San Sebastián, SIIS Centro de Documentación y Estudios.

- TOBÍO, C. et al. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- TORNS, T. (dir.) (2014): *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.
- VEGA, C.; y GUTIÉRREZ, E. (2014): "Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latinoamericanos", *Iconos*, nº 50, págs. 9-26.
- ZALAKAIN, J. (2013): "Tendencias y prácticas innovadoras en inclusión social. Perspectiva internacional", *Lan Harremanak*, nº 29, págs. 171-212.

Algunas webs para seguir el debate sobre servicios sociales en el Reino Unido

- Active and Assisted Living Programme:
<<http://www.aal-europe.eu>>.
- Community Care: <<http://www.communitycare.co.uk>>.
- Care Quality Commission: <<http://www.cqc.org.uk>>.
- European Social Network: <<http://www.esn-eu.org>>.
- Fòrum d'Innovació i Excel·lència en Serveis Socials i Salut:
<<http://www.forumitesss.com>>.
- Health and Social Care Information Centre:
<<http://www.hscic.gov.uk>>.
- Joseph Rowntree Foundation:
<<http://www.jrf.org.uk>>.
- The King's Fund: <<http://www.kingsfund.org.uk>>.
- National Voices: <<http://www.nationalvoices.org.uk>>.
- Nesta: <<http://www.nesta.org.uk>>.
- National Institute for Health and Care Excellence:
<<http://www.nice.org.uk>>.
- Nuffield Trust:
<<http://www.nuffieldtrust.org.uk>>.
- Personal Social Services Research Unit:
<<http://www.pssru.ac.uk>>.
- Social Care Institute for Excellence:
<<http://www.scie.org.uk>>.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios:
<<http://www.siis.net>>.
- Social Care Network:
<<http://www.theguardian.com/social-care-network>>.
- International Journal of Integrated Care:
<<http://www.ijic.org>>.

La regulación de la responsabilidad de cuidar y su impacto de género¹

Samara de las Heras Aguilera

Investigadora del Grupo Antígona, Derechos y Sociedad con Perspectiva de Género y profesora del Área de Filosofía del Derecho de la Universidad Autónoma de Barcelona
<samara.delasheras@uab.cat>

Zaintzen antolaketa sozialaren oinarria da, hein handi batean, bere inguruan buruturiko erregulazio juridikoa. Bertan zehazten da zein pertsonak eta zein modutan zaindu behar dituzten, eta norenak diren zaintzen inguruan gertatzen diren ardura horiek. Azterlan batzuek erakusgarri jarri dute Espainian indarrean dagoen zaintzen sistema oinarritzen dela lanaren banaketa sexualean, eta horren ondorioz, arlo pribatuko jardura propietzat ulertzen den heinean, emakumeek izaten dutela zaintzen ardurarik gehien. Horren haritik, artikulu honetan zalantzan jartzen da zaintzen antolakuntza juridikoaren atzean ageri den ideologia zein den. Bertan nabarmentzen dira horrek dituen ondorio sozial eta eskubideen urraketak, eta baita ere azaltzen da esparru juridiko berri bat osatzeko premia, horren bidez zaintzen arduren inguruko bidezkoa izango den banaketa bat egin eta berauen egoera eta gaitasun desberdinei laguntzeko premiako dituzten arreta berezituak eskubideen bitartez bermatu ahal izatea.

GAKO-HITZAK:

Zaintzak, legezko ardura, giza eskubideak, zaintzaren etika, Feminismo juridikoa.

La organización social de los cuidados depende en buena medida de su regulación jurídica, que determina qué personas y de qué manera precisan ser cuidadas, y quiénes deben asumir las responsabilidades de cuidado. Diversos estudios han mostrado que el sistema de cuidados vigente en España se asienta sobre la división sexual del trabajo, que supone que la mayor parte de las responsabilidades de cuidado recaen sobre las mujeres, en cuanto actividad considerada propia del ámbito privado. En consecuencia, en el presente artículo se cuestiona la ideología que subyace en la organización jurídica de los cuidados, evidenciando las consecuencias sociales y las vulneraciones de derechos que conlleva, así como la necesidad de articular un nuevo marco jurídico que posibilite un reparto equitativo de las responsabilidades de cuidado, y garantice los derechos de las personas cuidadoras y de quienes requieren de atenciones especiales por razón de sus situaciones y capacidades diversas.

PALABRAS CLAVE:

Cuidados, responsabilidad legal, derechos humanos, ética del cuidado, Feminismo jurídico.

¹ Una versión previa del presente trabajo se presentó en el V Congreso de la Red Española de Política Social (REPS) 'Desigualdad y democracia: política públicas e innovación social', celebrado el 5 y 6 de febrero de 2015 en Barcelona.

1. Introducción

Como han evidenciado numerosos estudios feministas, las sociedades se han organizado desde hace siglos en torno a la idea de la división sexual del trabajo, que otorga a las mujeres el rol de cuidadoras y a los hombres el de trabajadores, en un sistema de organización social que responde a las imposiciones del patriarcado y del capitalismo (Hartmann, 1988). Se reproduce así el pensamiento dicotómico liberal que opone y jerarquiza dualismos como lo público y el trabajo productivo, asociado a lo masculino y considerado de mayor valor que el espacio reservado a las mujeres, el privado, ámbito de la reproducción y los cuidados (Olsen, 1990).

A pesar de las transformaciones sociales que se han venido produciendo a lo largo de las últimas décadas en España, los cuidados continúan siendo hoy en día una actividad mayoritariamente femenina y desvalorizada, ya hablemos de aquellos cotidianos o informales que se prestan en el seno de las familias o de los profesionalizados (Durán, 2006). En ese sentido es importante recordar, siguiendo a la relatora especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos², que son los Estados, a través del Derecho, los que en buena medida determinan la organización social de los cuidados o, en otras palabras, a quién corresponde la responsabilidad de cuidar y quién precisa de cuidados (Sepúlveda, 2013).

Por consiguiente, en las páginas que siguen se plantean algunas reflexiones sobre la organización jurídica de los cuidados en España desde la perspectiva del Feminismo³ Jurídico, es decir, desde el enfoque de las teorías críticas que tienen como objetivo “el esclarecimiento del rol que desempeña el Derecho en el mantenimiento del patriarcado” (Facio, 1999: 17). Se pretende de ese modo analizar la regulación del sistema de cuidados en el Derecho español para evidenciar de qué manera el ordenamiento jurídico perpetúa la tradicional división sexual del trabajo y la desvalorización de los cuidados.

Cabe advertir que no se pretende desarrollar un análisis exhaustivo del marco jurídico-político en este ámbito, sino destacar ciertas asunciones y preceptos que reflejan la ideología y los valores que lo sustentan. Por otra parte, teniendo presentes las consecuencias sociales de dicho marco regulatorio, y

especialmente su impacto de género y de derechos, se ponen de relieve algunos de los retos éticos, sociales y jurídicos más relevantes —a nuestro entender— en esta materia. En ese sentido se presta especial atención al desigual reparto de las tareas y responsabilidades de cuidado y las consecuentes vulneraciones de derechos que conlleva, en particular, respecto del derecho a la igualdad sin sufrir discriminaciones por razón de género y del derecho al bienestar integral de todas las personas, independientemente de sus circunstancias o condicionantes personales y sociales.

En consecuencia, se plantea la necesidad de repensar el sistema de cuidados en España. En particular, se aboga por cuestionar la atribución jurídica de las responsabilidades de cuidado a las mujeres y, por tanto, la organización jurídica y social de los cuidados, con el fin de garantizar los derechos y el bienestar integral de todas las personas, tanto de quienes requieren de cuidados por razón de su edad o de sus situaciones y capacidades diversas, como de quienes habitualmente asumen la responsabilidad de cuidar.

2. Los cuidados: una aproximación desde las teorías feministas

Antes de abordar la regulación de los cuidados en el Derecho vigente, cabe hacer una precisión respecto a lo que se entiende por cuidados, puesto que es un concepto por lo general indeterminado y cuya definición y alcance para la doctrina —y a nivel social— no son pacíficos. Dicha concreción se revela fundamental desde una perspectiva jurídica, en cuanto el diseño y aplicación de las normas y políticas públicas en esta materia dependerán en buena medida de cómo se definan los cuidados.

A modo de ejemplo de la indeterminación de este concepto podemos citar la definición contenida en el Diccionario de la lengua española⁴, que limita el ‘cuidado’ a la ‘acción de cuidar’, que es, a su vez, definida como “2. tr. Asistir, guardar, conservar. *Cuidar a un enfermo, la casa, la ropa*. U. t. c. intr. *Cuidar de la hacienda, de los niños*”. Esa falta de concreción de lo que implican los cuidados refleja no sólo la invisibilización de unas tareas que han sido tradicionalmente relegadas al espacio privado y atribuidas a las mujeres por pretendidas razones biológicas (Facio, 1999: 44), sino también la desvalorización de lo que ha sido —y aún es— considerado como un trabajo no productivo (Pérez Orozco y López Gil, 2011: 21-22).

En otras palabras, la dificultad a la hora de definir los cuidados y concretar qué tareas conllevan se explica por el propio sistema de dominación patriarcal, que perpetúa la división sexual del trabajo a través

² La relatora es una experta independiente designada por el Consejo de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas. Se pueden consultar todos sus informes en <<http://www.ohchr.org/SP/Issues/Poverty/Pages/SRExtremePovertyIndex.aspx>>.

³ Siguiendo la propuesta de la jurista Alda Facio (1999: 202), se utiliza el término ‘Feminismo’ con ‘F’ mayúscula (y ‘movimiento feminista’ y ‘feminismos’ como sinónimos) para hacer referencia al conjunto de feminismos, es decir, a toda teoría, pensamiento y práctica social, política y jurídica que tiene por objetivo hacer evidente y terminar con la situación de dominación y discriminación que soportan las mujeres y lograr así una sociedad más justa que reconozca y garantice la igualdad plena y el disfrute efectivo de los derechos de todos los seres humanos.

⁴ Obra de referencia de la Real Academia Española, disponible en <<http://www.rae.es>>.

de distintos mecanismos e instituciones —como el Derecho o el propio lenguaje— que reflejan una ideología que “explícitamente devalúa a las mujeres dándoles a ellas, a sus roles, sus labores, sus productos y su entorno social, menos prestigio y/o poder” (Facio, 1999: 21).

De ahí la importancia de abordar el estudio de los cuidados teniendo presentes los debates que se han producido en el seno del movimiento feminista en las últimas décadas (Beltrán y Maquieira, 2011), no sólo porque han evidenciado que en esa invisibilización y devaluación de las tareas y roles juzgados femeninos subyace un modelo de pensamiento que todavía supone un obstáculo a la igualdad real y efectiva y al pleno disfrute de los derechos humanos, de las mujeres como cuidadoras y también de quienes precisan esa atención o asistencia (Sepúlveda, 2013: 4). Asimismo, han aportado análisis imprescindibles para comprender la importancia de los cuidados, tanto para las personas individualmente consideradas como para el conjunto de la sociedad, y cuestionar su actual organización por el impacto de género y derechos que conlleva.

Como apunta Encarna Bodelón (2010a: 183), es posible distinguir dos grandes acercamientos a esas cuestiones: por un lado, los análisis realizados desde la sociología y la economía, que critican que el enfoque producción/reproducción no permite escapar de la dimensión mercantil patriarcal (Carrasco, 2006: 45) y, por otro, los debates en torno a la llamada ‘ética del cuidado’, desarrollados principalmente desde la filosofía y la psicología y que ponen el acento en el valor social de los cuidados. Como veremos, esas dos aproximaciones han sido desarrolladas por el Feminismo jurídico, disciplina desde la que se ha puesto de relieve cómo el Derecho reproduce la organización patriarcal de la sociedad en función de la división sexual del trabajo.

Sin desconocer que la multiplicidad de disciplinas, corrientes, posturas y planteamientos teóricos desde las que el Feminismo ha abordado los cuidados ha permitido visibilizar su importancia y ha enriquecido su comprensión desde un enfoque integrador, cabe advertir que, incluso en la actualidad, resulta complicado definir con exactitud qué son los cuidados y qué tareas implican.

Como señalan Amaia Pérez Orozco y Silvia López Gil (2011: 20):

En aras de la visibilidad, en ocasiones, se señala un campo excesivamente amplio que parece cubrir cualquier tipo de relación humana, convirtiendo los cuidados en un cajón de sastre en el que todo cabe. Pero, por otra parte, cuando se reduce a tareas concretas, en busca de mayor operatividad política, se deja de lado el componente afectivo/emocional que lo caracteriza [...]. ¿Cómo podemos definir entonces el hecho de cuidar? Puede decirse que cuidar es gestionar y mantener

cotidianamente la vida y la salud, hacerse cargo del bienestar físico y emocional de los cuerpos, del propio y de los otros.

La complejidad del concepto ‘cuidados’ se refleja en esas palabras, aún más teniendo presente que las tareas de cuidado que hacen posible el bienestar integral dependerán de las necesidades y condiciones personales y sociales de cada persona en los distintos momentos de su ciclo vital (ibídem: 21). Si bien todas las personas necesitamos ser cuidadas en algún momento de nuestras vidas, no podemos obviar que hay situaciones y circunstancias en las que los cuidados se revelan imprescindibles para garantizar una existencia digna y el disfrute de derechos tan relevantes como pueden ser el derecho a la vida o a la salud.

En ese sentido, es preciso tener presente que las necesidades de cuidado variarán en función de factores como la edad o las situaciones que originan una dependencia, más o menos severa y, asimismo, del propio sistema de cuidados establecido por el Derecho. Como explica la relatora especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos (Sepúlveda, 2013: 5), “la prestación de cuidados se basa en una relación entre dos partes, en muchos aspectos los derechos de los cuidadores están simbióticamente entrelazados con los derechos de las personas que reciben los cuidados: sobrecargar a los cuidadores con el trabajo doméstico no remunerado afecta la calidad de los cuidados que pueden prestar. Por tanto, cuando el trabajo doméstico no remunerado no está debidamente reconocido, valorado o apoyado por el Estado, los derechos de quienes dependen de la prestación de cuidados para su salud, vida y bienestar pueden también estar violados, en particular en hogares de bajos ingresos”. Se pone el acento, de ese modo, en la centralidad de la regulación jurídica del sistema de cuidados y en la necesidad de garantizar un reparto equitativo de las responsabilidades de cuidado.

En las páginas que siguen se indaga en la regulación de los cuidados en el ordenamiento jurídico español siguiendo los postulados del Feminismo Jurídico, esto es, con la finalidad de desenmascarar el carácter patriarcal del Derecho y formular alternativas, tanto en la teoría como en la práctica jurídica, que coadyuven en el objetivo final de promover sociedades más justas e igualitarias (Facio, 1999: 60).

Con ese fin, se han desarrollado distintos métodos jurídicos feministas (Bartlett, 1990; Facio, 2004) desde los que se ha cuestionado la regulación de los trabajos de cuidado y que han orientado la presente investigación. El punto de partida, como viene siendo habitual en los análisis feministas, es el proceso de toma de conciencia sobre las necesidades y las experiencias específicas de las mujeres, en este caso, respecto a las responsabilidades de cuidado. Se cuestiona por tanto, en segundo lugar, “el papel del Derecho en la invisibilización y mantenimiento de las relaciones de poder desiguales, tanto entre

mujeres y hombres, como respecto a otros grupos que no encajan con el modelo de lo humano asumido por la teoría jurídica tradicional”. Dicho análisis cobra especial relevancia en el asunto que nos ocupa, en cuanto permite objetar el rol de mujeres como cuidadoras y, asimismo, los limitados conceptos de autonomía y dependencia asimilados por los ordenamientos jurídicos. Por último, a través del razonamiento jurídico feminista, se ponen de relieve “las injusticias y discriminaciones que los propios ordenamientos jurídicos amparan”, rebatiendo de ese modo la supuesta neutralidad del Derecho (Laporta y De las Heras, 2014).

3. El sistema de cuidados en el ordenamiento jurídico español

El análisis del ordenamiento jurídico español permite constatar que la regulación jurídica y política de los cuidados consolida todavía hoy la división sexual del trabajo.

En primer lugar, cabe hacer referencia al mantenimiento de la separación de las esferas pública y privada, así como la invisibilización de esta última⁵. A modo de ejemplo podemos citar la Constitución española, y en particular el artículo 9.2, que establece que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”. Se omite así la consideración del ámbito privado como un espacio de participación de la ciudadanía y de responsabilidad de las distintas instituciones del Estado.

Tampoco se nombra el concepto ‘cuidados’ en ninguno de los preceptos de la norma suprema, aunque sí se alude a la “asistencia de todo orden” que los padres deben prestar a sus hijos e hijas durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda (artículo 39 de la Constitución, enmarcado en el capítulo III, dedicado a los principios rectores de la política social y económica). Es digno de mención que se vincule esa asistencia integral, que podríamos entender como sinónimo de cuidados, al ámbito familiar y a una situación concreta: la niñez.

La vinculación de los cuidados al ámbito de la familia⁶ no sólo la encontramos en dicho precepto,

también en el artículo 50 se hace referencia a las obligaciones familiares respecto a otro colectivo específico, las personas mayores, en los siguientes términos:

Los poderes públicos garantizarán, 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.

Como decíamos, el ordenamiento jurídico español perpetúa la división sexual del trabajo en primer lugar al invisibilizar el ámbito privado y las actividades que tradicionalmente han sido relegadas a este espacio y, en segundo lugar, al considerar los cuidados como una responsabilidad de las familias, como una actividad no productiva (Igareda, 2012: 185).

Ambas cuestiones están íntimamente relacionadas. No debemos olvidar que una de las funciones básicas del Derecho es “instaurar o contribuir a asentar —junto a otras instituciones y mecanismos estabilizadores— un determinado orden en una determinada sociedad” (Díaz García, 1998: 128). En cuanto sistema de organización social, regula aquellas actividades que se consideran importantes y cuando “mantiene una postura o posición de no intervención”, transmite una idea de insignificancia, de ausencia de valor para la sociedad (Olsen, 1990: 463).

La invisibilización de los cuidados en la Constitución española responde a su consideración como una actividad propia de las mujeres, que integra el trabajo doméstico no remunerado. Se reproduce de esa manera el denominado modelo tradicional del sistema de cuidados, que “se basa fundamentalmente en la familia y el apoyo informal que, por otra parte, no dejan de ser con frecuencia eufemismos de mujer” (Mier *et al.*, 2007: 29).

Frente a dicha desconsideración de los trabajos de cuidados, que refleja la asunción de la ideología patriarcal por el Estado y el Derecho (Facio, 1999: 48-49), desde distintas posturas feministas se ha evidenciado su importancia. Por un lado, se ha argumentado que los trabajos de cuidado son imprescindibles para posibilitar la supervivencia y el bienestar integral de todas las personas y del conjunto de la sociedad (Carrasco, 2006: 61). Es

⁵ La división y jerarquización de las esferas pública y privada ha ocupado un lugar central en los estudios feministas, ya que, en palabras de Carol Pateman (1996: 33), dicha dicotomía “oculta la sujeción de las mujeres a los hombres dentro de un orden aparentemente universal, igualitario e individualista”. Desde el Feminismo Jurídico se ha cuestionado esa lógica patriarcal y el papel del Derecho en su perpetuación (Olsen, 1990; MacKinnon, 1995; Facio, 1999; Bodelón, 2010a; Igareda, 2012).

⁶ Asimismo, es preciso apuntar que aunque la Constitución no establece explícitamente responsabilidades familiares respecto a las

personas en situación de dependencia, tradicionalmente la atención a este colectivo se han basado en “una cultura del cuidado fuertemente familista, una protección social débil y reforzadora de la parentela como proveedora, y una escasa asunción de responsabilidades domésticas por parte de los hombres” (Martínez Buján, 2011: 103). A pesar de las medidas sociales y las prestaciones económicas introducidas por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, diversos estudios señalan que buena parte de las responsabilidades de cuidado de las personas en situación de dependencia continúan siendo asumidas por las familias (Martínez Buján, 2011; Guzmán, Moscoso y Toboso, 2010).

decir, los trabajos de cuidado inciden directamente en los derechos humanos de aquellas personas que los necesitan por su situación o sus condicionantes personales y sociales. Y, como ya se ha señalado, repercuten también en los derechos de las mujeres, en tanto que son quienes han asumido mayoritariamente la responsabilidad de cuidar (Sepúlveda, 2013).

Por otro, en términos económicos, se ha denunciado la falsedad de la separación de lo público/productivo y lo privado/reproductivo, evidenciando que el primero “descansa y se apoya en otros sectores o actividades que caen fuera de la órbita mercantil” (Carrasco, 2006: 40), así como la centralidad de los cuidados en el desarrollo social y en el crecimiento económico (Sepúlveda, 2013: 4). De ahí la reivindicación del término “trabajo de cuidados” (Carrasco, 2006: 41-46) y de la necesidad de incorporar, en palabras de María Ángeles Durán (2001: 8), este “trabajo sin precio, pero no sin valor” a los sistemas de contabilidad nacional, con el “propósito de, por un lado, representar más rigurosamente la actividad económica generadora de riqueza y, por otro lado, reivindicar la aportación, hasta ahora infravalorada, de las mujeres” (Tobío *et al.*, 2010: 29).

Dichas reivindicaciones no se limitan al Estado español, responden a una pauta global, como podemos deducir de las palabras de la relatora especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos (Sepúlveda, 2013: 3) cuando denuncia que:

El trabajo doméstico y el cuidado de otras personas se han mantenido en gran parte invisibles en las políticas, las estadísticas, los cálculos económicos, y el discurso político, y están generalmente subvalorados por la sociedad y los formuladores de política, pese a que su valor monetario se calcula que representa entre 10 y más de 50% del PIB.

En definitiva, diversas voces feministas han cuestionado la división y la jerarquización del trabajo productivo y reproductivo consolidadas por los ordenamientos jurídicos y han defendido la revalorización de cuidados, objetando al mismo tiempo su organización social (Pérez Orozco, 2011: 40-42). De ese modo, se ha visibilizado su importancia tanto a nivel individual, como en términos de desarrollo social y económico, desbordando así “el mundo de la familia y de lo interpersonal, reconociéndose los contextos, las iniciativas y las políticas que configuran formas variadas de atender a los que necesitan ser cuidados” (Tobío *et al.*, 2010: 26-27).

Esas críticas y consideraciones han tenido un cierto impacto en los ordenamientos jurídicos, especialmente en los últimos años, en los que el debate sobre la organización de los cuidados está cobrando relevancia por el actual contexto social y económico (Mier *et al.*, 2007: 30). En el plano

internacional, podemos citar el reconocimiento del valor social de los cuidados en la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en adelante, CEDAW), adoptada por la Organización de Naciones Unidas en 1979 y ratificada por el Estado español en 1984. La CEDAW, norma vinculante considerada la carta de los derechos de las mujeres, reconoce en su preámbulo no sólo “el gran aporte de la mujer al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad, hasta ahora no plenamente reconocido”, sino también el impacto de género que conlleva, al afirmar que “para lograr la plena igualdad entre el hombre y la mujer es necesario modificar el papel tradicional tanto del hombre como de la mujer en la sociedad y en la familia”.

Con ese fin, insta a los Estados a adoptar “todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres” (artículo 5), así como a “alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños” (artículo 11.2.c).

A pesar de los reproches que merece la vinculación de los cuidados únicamente con la infancia, cuestión a la que se hará referencia a continuación, lo cierto es que en esa norma podemos encontrar un reconocimiento no sólo de la función social de los cuidados, sino también de la necesidad de redistribuir las responsabilidades de cuidado tanto en el seno de las familias, como en el ámbito de acción del Estado a través de los servicios sociales.

A nivel estatal, podemos mencionar la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, LAPAD), que explícitamente reconoce en su preámbulo que “hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el ‘apoyo informal’” y añade que el contexto social actual convierte la atención a este colectivo en “un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad”.

Por otra parte, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres también reconoce “el valor del trabajo de las mujeres, incluido el doméstico” y los derechos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral

“de forma que fomenten la asunción equilibrada de las responsabilidades familiares evitando toda discriminación basada en su ejercicio” (artículo 44).

Si bien en esas normas se intuye un cambio de paradigma respecto a la organización jurídica de los cuidados, cabe cuestionar la ideología liberal que subyace en esos preceptos (Pateman, 1996), por la asunción de que sólo se requiere de cuidados en situaciones concretas, como son la niñez, la vejez o las situaciones de dependencia. En otras palabras, el ordenamiento jurídico parte de la presunción de que las personas somos autónomas y la necesidad de ser cuidado/a es un hecho excepcional. Es más, “normalmente, el término ‘cuidado’ va unido al de ‘dependencia’” (Carrasco, 2006: 53), tal como podemos observar en el artículo 2 de la LAPAD, que concreta esos conceptos.

Así, define la autonomía como: “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” y limita la dependencia al “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Cabe llamar la atención sobre el hecho de que la dependencia se vincule a situaciones concretas y con un carácter permanente, lo que excluye todas aquellas realidades en las que una persona puede requerir cuidados de una manera puntual. Por otra parte, se ha criticado que “adopta un concepto de situación de dependencia centrado únicamente en las limitaciones de la persona, que olvida totalmente las restricciones sociales que intervienen igualmente en la situación de dependencia, y en consecuencia ignora la interacción entre ambos factores” (Guzmán *et al.*, 2010: 47).

Del mismo modo, cabe cuestionar la definición de autonomía contenida en dicha norma, puesto que como explica Eduardo Díaz Velázquez (2010: 34-35), se restringe a la capacidad de decidir y realizar las actividades básicas de la vida diaria, obviando así otras actividades instrumentales y avanzadas fundamentales, “como serían el acceso a la educación y al empleo, la administración del dinero y el desarrollo de responsabilidades (importante, sobre todo, para establecer apoyos a las personas con discapacidades intelectuales), la participación social y política (participación pública), el desarrollo de las habilidades sociales, la movilidad en el entorno o el disfrute del tiempo libre, entre otras”. En ese sentido, se ha denunciado que la LAPAD no promueve una autonomía personal plena (ibidem:

36), entre otras razones, porque se basa en un enfoque que se asienta sobre un modelo médico, en lugar de optar por un modelo social (Guzmán *et al.*, 2010: 53), que “antepone el asistencialismo a la inclusión real” (Díaz Velázquez, 2010: 37).

En palabras de Amaia Pérez Orozco y Silvia López Gil, “el debate se juega en términos filosóficos entre comprender el cuidado como parte de la vida humana o, por el contrario, como excepción en la misma; dicho de otro modo, entre asumir la vulnerabilidad y la dependencia de los cuerpos como elementos constitutivos de la existencia, o mantenerlos como entes aislados entre sí, dentro de un marco estricto de autonomía e independencia corporal y subjetiva” (2011: 21). Se pone el acento, de ese modo, en la idea de que todas las personas precisamos —o podemos precisar— ser cuidadas en distintos momentos de nuestra vida, por diversas situaciones y condicionantes, que harán imprescindibles unos cuidados que den respuesta a las necesidades específicas en cada contexto. Subyace en dicha propuesta el cuestionamiento del modelo de lo humano que asume el marco jurídico-político, que responde, de nuevo, a la ideología liberal y patriarcal que nos encasilla como personas autónomas, dependientes o cuidadoras⁷.

Esa idea se puede ver reflejada en el hecho de que la garantía de la igualdad real y de los derechos de las mujeres y de otros colectivos que no encajan en ese paradigma de lo humano⁸ (Facio, 1999: 23) ha precisado la adopción de normas específicas como pueden ser la CEDAW⁹ o la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, en el plano estatal. Se comienza a admitir, por tanto, que “los sujetos, en cuanto categorías sociales y políticas, son contingentes, contruidos, parciales, heterogéneos y contestables” (Igareda y Cruells, 2014: 5).

Sin embargo, la aprobación de normas específicas, tanto respecto de la igualdad como en materia de cuidados, apenas ha incidido en su organización social, que sigue respondiendo a la división sexual del trabajo. Así se constata, por un lado, en los datos estadísticos que año tras año muestran la

⁷ En palabras de Simone de Beauvoir, “la mujer se determina y se diferencia con respecto al hombre y no a la inversa; ella es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, es el Absoluto: ella es la Alteridad” (2002: 50). Como se señalaba, el Derecho reproduce ese esquema al considerar que “el hombre es la referencia implícita para lo humano, la masculinidad la medida del derecho a la igualdad” (MacKinnon, 1995: 300).

⁸ Podemos citar, a modo de ejemplo, a las personas en situación de dependencia, a las migrantes o a las menores de edad, colectivos que también han precisado de normas y políticas públicas específicas para una efectiva garantía de sus derechos, teniendo en cuenta sus diversas necesidades y situaciones.

⁹ En ese sentido, cabe recordar que el reconocimiento de la titularidad de los derechos humanos a las mujeres se hace a través del conocido como proceso de especificación, “fenómeno que produce serias mutaciones en el modelo occidental inicial” y que supone “una diferencia con los modelos genéricos de destinatarios de derechos fundamentales” (Peces-Barba, 1999: 180-182).

feminización de los cuidados¹⁰; por otro, en los diversos estudios que evidencian que las normas y políticas públicas adoptadas no han logrado un reparto equitativo de la responsabilidad de cuidar ni, tampoco, erradicar los roles de género que aún conllevan una discriminación para las mujeres en cuanto cuidadoras (Igareda, 2012; Durán, 2006; Tobío *et al.*, 2010).

En definitiva, podemos concluir que el ordenamiento jurídico español coadyuva en el mantenimiento de la división sexual del trabajo, entre otras, por las razones expuestas: en primer lugar, consolida la separación y jerarquización de lo público y lo productivo, frente a lo privado y lo reproductivo. Se perpetúa de ese modo una ideología que presupone que la necesidad de ser cuidado/a es excepcional y que los trabajos de cuidados son una responsabilidad familiar y, en concreto, de las mujeres. Si bien es cierto que se puede constatar un cambio de paradigma en los ordenamientos jurídicos en los últimos años y, en particular, la ampliación de los sujetos de Derecho y la consideración de sus necesidades concretas, el Derecho todavía invisibiliza su valor social y su centralidad para el sostenimiento de una vida digna y plena.

4. Repensando la organización jurídica y social de los cuidados

Los análisis y críticas desarrollados por las juristas feministas han visibilizado, por un lado, la influencia de lo que Carol Pateman (1996: 50) denomina el “patriarcalismo liberal” en el Derecho y, por otro, sus consecuencias en la vida de las mujeres. En ese sentido, plantea retos jurídico-políticos, sociales y éticos al desvelar la incoherencia de un Estado que se proclama Social pero delega la responsabilidad de cuidar esencialmente en las mujeres (Igareda, 2012: 186), consolidando así las discriminaciones que conlleva la división sexual del trabajo, especialmente en un contexto de crisis como el actual.

Por ello, se subraya la necesidad de “situar la problemática del cuidado en el centro de la discusión acerca del Estado del bienestar y los procesos de reestructuración que está experimentando en la actualidad” (Tobío *et al.*, 2010: 27). Esa pretensión supone varios desafíos filosóficos, entre los que cabe mencionar la reconceptualización radical de los cuidados, que cuestione tanto esa noción —y, con ello, los conceptos de autonomía y dependencia— como su organización social, poniendo el acento en el reparto equitativo de la responsabilidad de cuidar.

En cuanto a la primera cuestión, cabe recordar que “la filosofía moral moderna, y en concreto las teorías universalistas de la justicia, han acentuado nuestro valor como personas morales a costa del

olvido y la represión de nuestra vulnerabilidad y dependencia como seres corporales” (Benhabib, 1992: 49). Frente a la ficción del sujeto autónomo liberal, desde diversas posturas feministas se ha reivindicado la interdependencia de todas las personas (Pérez Orozco, 2011: 44). Como recuerda María Ángeles Durán, incluso “dentro de las familias se producen divisiones del trabajo, generalmente siguiendo un eje de género, que hace a las mujeres ‘dependientes’ respecto a los ingresos que son aportados por los varones, y a los varones les hace igualmente ‘dependientes’ respecto a los servicios no remunerados que producen las mujeres para el hogar” (Durán, 2006: 62).

En definitiva se defiende que, de distinto modo y por diversas circunstancias, todas las personas necesitaremos ser cuidadas en algún momento de nuestras vidas, cuestionando así las concepciones tradicionales de autonomía y dependencia y, en última instancia, el propio sistema de cuidados.

Respecto a ese segundo reto, la reorganización jurídica y social de los cuidados, es preciso recordar que a pesar del cambio de modelo social que ha supuesto la participación de las mujeres en los espacios públicos (y, en concreto, de la incorporación masiva al ámbito laboral), así como su consideración como ciudadanas y titulares de derechos, las mujeres continúan siendo de hecho las responsables de los cuidados.

Como apunta Lucía Martínez Virto (2010: 223), éste es uno de los mayores desafíos de los Estados europeos, especialmente de aquellos en los que “el peso de los cuidados personales sigue recayendo en las familias, las cuales son la base sobre la que los Estados de Bienestar de estos países se sostienen”, como sucede en España. En ese sentido, diversos estudios muestran que a pesar de la adopción de normas en materia de conciliación de la vida personal, familiar y laboral y de la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, las familias y, en particular las mujeres, continúan siendo el soporte esencial en la provisión de cuidados (Mier *et al.*, 2007; Martínez Virto, 2010; Tobío *et al.*, 2010; Martínez Buján, 2011).

Como explica Raquel Martínez Buján (2011: 101 y 103), en la actualidad la mayor parte de los cuidados en el ámbito informal o familiar continúan siendo asumidos por las mujeres de manera no remunerada ni regulada. Se mantiene así “una cultura del cuidado fuertemente familista, una protección social débil y reforzadora de la parentela como proveedora, y una escasa asunción de responsabilidades domésticas por parte de los hombres”.

Ese sistema de cuidados, basado en su consideración como una actividad no productiva y no remunerada que debe ser gestionada en el ámbito familiar, tiene un claro impacto en la vida y los derechos de las mujeres: por un lado, por la carga de trabajo desproporcionada que conlleva para las cuidadoras

¹⁰ Todos los datos relativos a los cuidados pueden consultarse en la página web del Instituto de la Mujer (<http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/mujeresHombres/home.htm>).

(Pérez Orozco, 2011: 36-37) y, por otro, porque ahonda la feminización de la pobreza y de la precariedad (Sepúlveda, 2013: 6). Cabe apuntar que esas consecuencias afectan tanto a las mujeres que asumen las responsabilidades de cuidado de sus familiares de manera no remunerada¹¹, como a quienes trabajan en el sector del servicio doméstico, también sumamente feminizado y precarizado (Martínez Buján, 2011)¹².

En resumen, desde distintas disciplinas y ámbitos, se ha mostrado cómo el hecho de que se atribuya a las mujeres la responsabilidad de cuidar (y el trabajo doméstico, en general) supone un obstáculo a la igualdad por razón de sexo y al pleno disfrute de los derechos humanos de las cuidadoras y de quienes precisan de cuidados.

Es necesario, por tanto, repensar la organización social de los cuidados, teniendo presente de una manera transversal una perspectiva feminista y de derechos. Este último enfoque es fundamental a la hora de considerar su reorganización no sólo porque permite “analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso” (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006: 15), sino argumentar que la responsabilidad de garantizar los derechos y el bienestar integral de todas las personas corresponde a los Estados y al conjunto de la sociedad. En ese sentido, se sostiene que “para que sea posible el disfrute de los derechos, tanto de quienes prestan cuidados, como de quienes los reciben, el costo de dichos cuidados debe ser asumido por la sociedad de manera más amplia” (Sepúlveda, 2013: 5).

De ese modo, se reclama la necesidad de desarrollar un nuevo marco de relaciones de ciudadanía, que desde una perspectiva feminista implicaría, siguiendo a Encarna Bodelón (2010b: 21), superar el pensamiento patriarcal que propugna la división de lo público y lo privado, tener presentes la pluralidad y diversidad de capacidades, situaciones y necesidades a la hora de construir ese nuevo modelo y, por último, “unas relaciones de ciudadanía que se articulen desde una estructura de derechos que permita reconocer la vinculación de los seres humanos y sus necesidades de relación y cuidado”. Se reivindica así la asunción de una ética del cuidado, que “nos guía para actuar con cuidado en

el mundo humano y recalca el precio que supone la falta de cuidado” (Gilligan, 2014: 34). En ese sentido, Carol Gilligan (ibídem: 31) defiende que:

El feminismo guiado por una ética del cuidado podría considerarse el movimiento de liberación más radical —en el sentido de que llega a la raíz— de la historia de la humanidad. Al desprenderse del modelo binario y jerárquico del género, el feminismo no es un asunto de mujeres, ni una batalla entre mujeres y hombres, sino el movimiento que liberará a la democracia del patriarcado.

Dichas pretensiones cobran especial relevancia en el actual contexto de crisis, que viene a agravar las consecuencias sociales del sistema de organización de los cuidados vigente en España. Respecto a esa última cuestión, Amaia Pérez Orozco argumenta que aunque “la mirada hegemónica que se nos impone para pensar la crisis posiciona en el centro de atención a los mercados financieros [...], estamos afrontando una crisis sistémica y civilizatoria, en la que lo que necesitamos cuestionar es el conjunto del ‘proyecto modernizador’, la idea misma de desarrollo, progreso y crecimiento” (2011: 30-31). Es, en definitiva, una crisis multidimensional que plantea retos éticos y sociales primordiales y precisa de una respuesta integral y coherente de los Estados a través de las políticas públicas y el Derecho.

Sin embargo, a pesar de las profundas transformaciones sociales y jurídicas que se han producido a lo largo de las últimas décadas, el Estado de Bienestar español continúa reproduciendo la división sexual del trabajo (Igareda, 2012: 195), con las consecuencias que ese sistema conlleva. Al margen de las vulneraciones de derechos a las que ya se ha hecho mención (entre ellas el derecho a no ser discriminada por razón de género) cabe destacar otra por el desafío político que representa: su impacto demográfico y social.

El desigual reparto de la responsabilidad de cuidar y la dejación de responsabilidades por parte del Estado para erradicar los patrones sociales que obstaculizan el pleno disfrute de los derechos y fortalecer el sistema de protección social, devienen asuntos ineludibles en el actual contexto. La difícil tarea de conciliar la vida personal y familiar con las actividades desarrolladas en el ámbito laboral y otros espacios públicos, ha tenido como resultado un retraso en la edad de la maternidad y la paternidad¹³ y una importante disminución de la tasa de fecundidad (Delgado *et al.*, 2006: 199), con el consiguiente envejecimiento de la población y un imparable aumento de las personas en situación de dependencia (Durán, 2006: 57).

¹¹ Diversos estudios han puesto de relieve que la asunción de las responsabilidades de cuidado en el ámbito familiar de manera no remunerada incide directamente en la dependencia económica y la desprotección social de las cuidadoras, limitando su autonomía y su salud (Durán, 2006; Carrasco, 2006; Sepúlveda, 2013).

¹² Como explica Raquel Martínez Buján, las limitaciones y carencias de la red pública de servicios sociales y el propio contexto social y económico han propiciado una tendencia al alza en la privatización o mercantilización del servicio doméstico, a menudo prestado por mujeres inmigrantes que trabajan en condiciones precarias, entre otras razones por el “mantenimiento de un régimen laboral obsoleto, discriminante y precario basado en el paternalismo y la concepción androcéntrica de la profesión” (Martínez Virto, 2010: 227).

¹³ En ese sentido, cabe recordar que año tras año ha ido aumentando la edad media del primer embarazo. Según los datos estadísticos del INE, la edad media de maternidad era 28,86 en 1990, cifra que ha aumentado paulatinamente hasta alcanzar los 31,56 años en 2012 [<http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=1>].

La distorsión entre la edad ‘adecuada’ para la maternidad y la paternidad desde una perspectiva biológica y desde una perspectiva social, responde a los “problemas derivados de la frecuente superposición de las viejas responsabilidades de cuidado atribuidas a las mujeres y las nuevas exigencias de su actividad laboral” (Tobío *et al.*, 2010: 91) y tiene consecuencias tanto individuales como sociales. Respecto a las primeras, se han denunciado las implicaciones que tienen en la vida de las mujeres las dobles jornadas de trabajo, las cadenas de cuidado (Pérez Orozco y López Gil, 2011) o, como se ha mencionado, las dificultades para decidir libre y responsablemente cuando y cuántos hijos/as tener. Aunque esa decisión —así como “disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”— es un derecho reconocido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, es posible constatar la persistencia de factores sociales, económicos y jurídicos que la obstaculizan. Entre ellos cabe destacar la persistencia de los roles de género que atribuyen a las mujeres el papel de cuidadoras y las consiguientes dificultades que encuentran para conciliar su vida personal, familiar y laboral (Esping-Andersen, 2013).

Junto a las diversas discriminaciones y vulneraciones de derechos que ese contexto provoca, la organización social de los cuidados tiene, como decíamos, un impacto social. Se ha apuntado que “España registra una tasa de fecundidad de 1,3 hijos por mujer, lo que hace que se encuentre entre los países de más baja fecundidad del mundo desarrollado” y que no se asegure el reemplazo de las generaciones (Delgado *et al.*, 2006: 217). En consecuencia, se produce el envejecimiento y disminución de la población y el aumento de las necesidades de cuidado (Esping-Andersen, 2013: 26), pautas que ya es posible constatar en los Estados occidentales¹⁴ y en España, en particular (Durán, 2006; Tobío *et al.*, 2010).

En definitiva, esas razones —que no son todas las que cabría argumentar— justifican repensar la actual organización social de los cuidados y adoptar una nueva regulación jurídica que garantice una adecuada atención a todas las personas, dando respuesta a las necesidades específicas que requiere su situación y contexto y un reparto equitativo de la responsabilidad de cuidar.

5. Hacia otro sistema de cuidados: algunas conclusiones y propuestas

Si bien se ha explicado cómo el Derecho asume una ideología patriarcal en determinadas cuestiones, en concreto a la hora de regular los cuidados, puede ser asimismo considerado una herramienta para transformar prácticas sociales a través de la adopción de normas y políticas públicas (Facio, 1999). Partiendo de esa premisa, cabe cuestionarse cómo deberían organizarse jurídica y socialmente los cuidados y, en particular, quiénes y en qué medida deberían tener la responsabilidad de cuidar.

Debemos tener presente que “España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político” (artículo 1 de la Constitución), lo que implica que “el derecho a la igualdad de mujeres y hombres es un principio y un derecho fundamental exigible, y donde al Estado se le exige una actuación tendente a garantizar un nivel mínimo de bienestar en el que las necesidades básicas de la ciudadanía están satisfechas” (Igareda, 2012: 202-203). Esa obligación del Estado se concreta, como explica la relatora especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos en la adopción de “un enfoque general y holístico, que tenga en cuenta las necesidades y el bienestar, tanto de las personas encargadas de prestar cuidados, como de las que los reciben, al formular políticas y abordar el disfrute de derechos por ambos grupos. Antes de aplicar nuevas políticas públicas se deberá evaluar su efecto en la calidad, cantidad, intensidad y distribución del trabajo doméstico no remunerado” (Sepúlveda, 2013: 23-24).

Destaca, en primer lugar, la importancia de tomar en consideración las necesidades básicas de cada persona y superar el modelo de lo humano que universaliza el Derecho y que no responde a la diversidad de situaciones, contextos y necesidades. En palabras de Noelia Igareda y Marta Cruells, habría que “intentar descentrar cuando sea posible a los sujetos identitarios excesivamente fijados (mujeres, personas de color, grupos étnicos, etc.) para legislar en función de categorías como el género, la raza, la edad, la clase o el estatus social” (Igareda y Cruells, 2014: 9).

Dicho ejercicio de reconceptualización debería extenderse a otras nociones, como se ha defendido en el presente trabajo. Así, es fundamental repensar el alcance de las ‘necesidades básicas’, puesto que como recuerda Noelia Igareda actualmente los cuidados no se identifican como necesidades básicas en nuestro ordenamiento jurídico (2012: 202). O, como se ha sostenido, de las nociones de autonomía, dependencia y de los trabajos de cuidado, enfrentando así la ideología que subyace en las normas y, al mismo tiempo, evidenciando el valor individual y social de los cuidados.

¹⁴ En ese sentido, la experta independiente de la Organización de las Naciones Unidas sobre el disfrute de todos los derechos humanos por parte de las personas de edad, ha recordado que es necesario tener presente la “revolución demográfica” que está en marcha, en particular, el envejecimiento de la población, para atender adecuadamente las necesidades de la población de mayor edad. Para profundizar en la propuesta de dicha experta, se puede consultar la nota de prensa publicada el 1 de octubre de 2014 [<http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15127&LangID=5>].

En ese sentido, cabe proponer una ética o una concepción de la Justicia que, como expresa Carol Gilligan, cuestione la propia raíz de los modelos de organización social: “La voz ‘diferente’ —aquella que oí por primera vez al escuchar a mujeres— unía la razón con la emoción, y al Yo con las relaciones. En su narrativa, las vidas de la gente estaban conectadas y eran interdependientes. Desde este punto de vista, lo contrario de la dependencia era el aislamiento” (Gilligan, 2014: 42). En definitiva, se proponen nuevas definiciones que reflejen situaciones y necesidades invisibilizadas por el Derecho, “nuevos conceptos jurídicos para traducir la situación de opresión que sufren las mujeres en función de diversas desigualdades” (Igareda y Cruells, 2014: 10).

En segundo lugar, debemos resaltar los compromisos del Estado español respecto a la garantía de los derechos de todas las personas (Sepúlveda, 2013) y, en particular, de las mujeres. En ese sentido, España, como Estado parte de la CEDAW, se ha comprometido a tomar “en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre” (artículo 3). Como se ha argumentado, la regulación de los trabajos de cuidados tiene un impacto de género y derechos que debe ser tenido en cuenta transversalmente a la hora de aprobar normas y políticas públicas.

Precisamente por ello, en tercer lugar, se hace referencia a un nuevo marco regulatorio que, bajo esas premisas, redistribuya la responsabilidad de cuidar, garantizando una sociedad más justa y equitativa, así como el bienestar y los derechos de todas las personas. Las propuestas concretas para articular un nuevo sistema de cuidados son tan variadas como las necesidades, problemas y desafíos a los que debe responder dicha regulación.

A modo de ejemplo cabe mencionar el reconocimiento de un derecho al cuidado, como una exigencia de Justicia social en el marco del Estado Social de Derecho (Igareda, 2012) o la adopción de normas específicas dirigidas a la redistribución de la responsabilidad de cuidar de una manera equitativa. Como apunta Frances Olsen (1990: 2):

Las normas antidiscriminatorias podrían requerir, por ejemplo, que el trabajo sea estructurado de manera tal que los trabajadores puedan dedicar períodos significativos de tiempo al cuidado de sus hijos sin perjudicar sus ingresos o carreras, o podría requerir la noción de valor comparable, es decir, que los trabajos —incluido el cuidado de los hijos— sean remunerados de acuerdo con la habilidad y responsabilidad que suponen.

En definitiva, como apunta Encarna Bodelón (2010a: 192), se trata de “hacer complejo el concepto de justicia e incluir la idea de cuidado”, situando dicha noción histórica y socialmente y teniendo presente la diversidad de personas, necesidades y cuidados.

- BARTLETT, K. (1990): "Feminist legal methods", *Harvard Law Review*, vol. 103, nº 4, págs. 829-888 [http://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1119&context=faculty_scholarship].
- BELTRÁN, E.; y MAQUIEIRA, V. (eds.) (2005): *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*, Madrid, Alianza Editorial.
- BENHABIB, S. (1992): "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral", *Isegoría*, nº 6, págs. 37-63 [<http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/viewFile/323/324>].
- BODELÓN, E. (2010a): "Derecho y justicia no androcéntricos", *Quaderns de Psicologia*, vol. 12, nº 2, págs. 183-193 [<http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/viewFile/215016/285785>].
- (2010b): "Leyes de igualdad en Europa y transformaciones de la ciudadanía", en HEIM, D.; y BODELÓN, E. (eds.), *Género, Derecho e igualdad. Cambios en las estructuras jurídicas androcéntricas*, vol. I, Barcelona, Grupo Antígona, págs. 9-27.
- CARRASCO, C. (2006): "La paradoja del cuidado: necesario pero invisible", *Revista de Economía Crítica*, nº 5, págs. 39-64 [http://revistaeconomiacritica.org/sites/default/files/revistas/n5/2_paradoja_del_cuidado.pdf].
- DE BEAUVOIR, S. (2002): *El segundo sexo. Volumen I. Los hechos y los mitos*, Madrid, Cátedra, serie Feminismos.
- DELGADO, M.; ZAMORA, F.; y BARRIOS, L. (2006): "Déficit de fecundidad en España: factores demográficos que operan sobre una tasa muy inferior al nivel de reemplazo", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, vol. 115, nº 6, págs. 197-222.
- DÍAZ GARCÍA, E. (1998): *Curso de Filosofía del Derecho*, Barcelona, Marcial Pons.
- DÍAZ VELÁZQUEZ, E. (2010): "¿Políticas sociales de dependencia o de promoción de la autonomía?", *Zerbitzuan*, nº 48, págs. 33-41 [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Políticas%20sociales%20de%20dependencia.pdf>].
- DURÁN, M. A. (2006): "Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años", *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, nº 60, págs. 57-74 [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Esto4.pdf].
- (2001): "Con razón pero sin cuenta", *Cuenta y Razón*, nº 120, págs. 1-8 [<http://digital.csic.es/bitstream/10261/108799/1/Con%20razón,%20pero%20sin%20cuenta-Revista%20Cuenta%20y%20Razón.pdf>].
- ESPAÑA (2007): "Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres", *Boletín Oficial del Estado*, nº 71, 23-3-07, págs. 12.611-12.645 [<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115>].
- (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-06, págs. 44.142-44.156 [<https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>].
- (1978): "Constitución Española", *Boletín Oficial del Estado*, 29-12-1978, nº 311, págs. 29.313-29.424 [<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>].
- ESPING-ANDERSEN, G. (coord.) (2013): *El déficit de la natalidad en Europa. La singularidad del caso*

- español, Barcelona, Obra Social La Caixa [https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol36_es.pdf].
- FACIO, A. (1999): “Feminismo, género y patriarcado”, FRIES, L.; y FACIO, A. (eds.), *Género y Derecho*, Santiago de Chile, LOM Ediciones; La Morada, págs. 21-60.
- (2004): “Metodología para el análisis de género de un proyecto de ley”, *Otras Miradas*, vol. 4, nº 1, págs. 1-11 [<http://www.redalyc.org/pdf/183/18340101.pdf>].
- GILLIGAN, C. (2013): *La ética del cuidado*, Barcelona, Fundació Víctor Grifols i Lucas, serie Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas, nº 30 [<http://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689293/cuaderno30.pdf/91938ef9-d4d0-4077-8600-1c0cd403c9ec>].
- GUZMÁN, F.; MOSCOSO, M.; y TOBOSO, M. (2010): “Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal”, *Zerbitzuan*, nº 48, págs. 43-56 [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Ley%20de%20dependencia%20no%20constituye%20un%20instrumento.pdf>].
- HARTMANN, H. (1979): “Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo”, *Papers de la Fundació [Rafael Campalans]*, nº 88 [<http://www.fcampalans.cat/archivos/papers/88.pdf>].
- IGAREDA, N. (2012): “El derecho al cuidado en el Estado social de Derecho”, *Anuario de Filosofía del Derecho*, nº 28, págs. 186-206.
- IGAREDA, N.; y CRUELLES, M. (2014): “Críticas al derecho y el sujeto ‘mujeres’ y propuestas desde la jurisprudencia feminista”, *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, nº 30, págs. 1-16 [<https://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/viewFile/4107/4224>].
- LAPORTA, E.; y DE LAS HERAS, S. (2014): “Una mirada desde el feminismo jurídico”, *Feminicidio.net* [<http://www.feminicidio.net/articulo/una-mirada-desde-el-feminismo-jur%C3%ADdico>].
- MACKINNON, C. (1995): *Hacia una teoría feminista del Estado*, Madrid, Ediciones Cátedra, colección Feminismos.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2011): “La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, nº 1, págs. 93-123 [<http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36187/35053>].
- MARTÍNEZ VIRTO, L. (2010): “Gestión de los cuidados, desnacionalización y precariedad laboral: una perspectiva comparada”, *Alternativas*, nº 17, págs. 221-235 [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14305/1/Alternativas_17_12.pdf].
- MIER, I. et al. (2007): “Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo”, *Zerbitzuan*, nº 42, págs. 29-38 [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Interpretando%20el%20cuidado.pdf>].
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (2006): “El enfoque basado en los derechos humanos: definición y aspectos generales”, en *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, Nueva York; Ginebra, Naciones Unidas [<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>].
- OLSEN, F. (1990): “El sexo del Derecho”, en KAIRYS, D. (ed.), *The Politics of Law*, Nueva York, Panteón, págs. 452-467.
- ONU (1979): *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Organización de las Naciones Unidas [<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>].
- ONU (1994): *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Organización de las Naciones Unidas [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf].
- PATEMAN, C. (1996): “Críticas feministas a la dicotomía público/privado”, en CASTELLS, C. (comp.): *Perspectivas feministas en teoría política*, Barcelona, Paidós, págs. 31-52.
- PECES-BARBA, G. (1999): *Curso de derechos fundamentales. Teoría general*, Madrid, Universidad Carlos III de Madrid; Madrid, Boletín Oficial del Estado.
- PÉREZ OROZCO, A. (2011): “Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida”, *Investigaciones Feministas*, vol. 2, págs. 29-53 [<http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/38603/37328>].
- PÉREZ OROZCO, A.; y LÓPEZ GIL, S. (2011): *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y articulaciones políticas*, Santo Domingo, ONU Mujeres.
- SEPÚLVEDA, M. (2013): *Informe de la relatora especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos*, Organización de las Naciones Unidas, A/68/293, 9 de agosto [http://ap.ohchr.org/documents/dpage_s.aspx?s=41].
- TOBÍO, C. et al., (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundació La Caixa.

Instituciones públicas e instrumentos privados de protección: una perspectiva de conjunto

Manuela Durán Bernardino

Acreditada al cuerpo de profesor contratado doctor de universidad
Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Granada
<mduranb@ugr.es>

Azterlan honen xedea da mendetasun egoeran dauden pertsona eta berauen zaintzaileen premiei aurre egitean Gizarte Segurantzaz, gizarte-zerbitzu eta Osasun Sistema Nazionalak eskaini izandako estaldura aztertzea. Horretaz gain, antzeman nahi dira instituzio bakoitzak egungo aldaketa soziodemografiko eta ekonomikoen aurrean agerian dituzten gabeziak; gaur egun, mendeko diren pertsonen babesean betetzen dituzten rolak aztertzea; eta azkenik, proposamen batzuek bideratzen dira babes sozialeko sistemaren eraginkortasun eta efizientzia globala sustatzeko. Horretaz gain, noski, oso kontuan hartzen da kolektibo horren babesean familietako zaintzaileen ezinbestekoa tradizionala izan den rol hori, eta baita ere azken urteotan baliabide pribatuek hartutako dimentsio garrantzitsua.

GAKO-HITZAK:

Autonomia pertsonala, mendetasuna, epe luzeko zainketak, babes publikoa, babes pribatua.

El objeto del presente artículo es examinar la cobertura que la Seguridad Social, los servicios sociales y el Sistema Nacional de Salud han dado al conjunto de necesidades a las que se enfrentan los dependientes y sus cuidadores; detectar las carencias que presentan cada uno de ellos en este ámbito, ante los cambios sociodemográficos y económicos actuales; analizar el papel que siguen desempeñando en la protección de las personas dependientes en la actualidad; para finalmente enunciar algunas propuestas de mejora dirigidas, en todo caso, a fomentar la eficacia y eficiencia del sistema global de protección social. Todo ello, sin olvidar el papel fundamental y tradicional que han ejercido los cuidadores familiares en la protección de este colectivo, así como la importante dimensión que están adquiriendo los instrumentos privados en los últimos años.

PALABRAS CLAVE:

Autonomía personal, dependencia, cuidados de larga duración, protección pública, protección privada.

1. La atención a la dependencia en el sistema español de la Seguridad Social

Dentro de la acción protectora del sistema de Seguridad Social se contemplan algunas prestaciones que responden a la atención de algunas necesidades de las personas dependientes o compensan económicamente al cuidador, aunque como veremos, lo hace de forma inadecuada, debido principalmente a antecedentes históricos en los que la protección social siempre ha estado en conexión con las contingencias profesionales (Aznar López, 2001: 50), dando prioridad a la cobertura de dichos riesgos.

Esta tendencia histórica explica que los antecedentes de la atención a las personas en situación de la dependencia se enmarquen en la protección por contingencias profesionales, por lo que originariamente no se atendía a cualquier situación de dependencia, sino sólo a aquella que enlazara con los requisitos de profesionalidad (ya que el sujeto que la sufriera debía ser un trabajador) y tuviera su causa directa en el trabajo realizado, siendo estas las bases de la gran invalidez y por extensión de la dependencia.

Esto fue así hasta la aprobación de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, en la que se incluyó un subsidio por ayuda de tercera persona, eliminándose el requisito de ser “trabajador”, y sin fijar ningún límite máximo de edad (arts. 12 y 16), siendo lo esencial la necesidad de los cuidados de otra persona para realizar los actos más elementales de la vida, y no la mayor pérdida de capacidad laboral. Nos encontramos ante el antecedente directo del actual complemento de la pensión de invalidez en su nivel no contributivo (Aznar López, 2001: 52). Sin embargo, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social Prestaciones no contributivas, derogó este régimen estableciendo un límite máximo de 65 años, al entender que, una vez cumplida dicha edad, el acceso a las pensiones ha de realizarse por la vía de la jubilación.

En consecuencia, por un lado quedan desprotegidos los mayores de 65, que constituyen el colectivo que más ayuda necesita por el aumento de enfermedades asociadas a la edad, y por otro, aquellos sujetos que no tengan la condición de trabajador, caracterizados por unos ingresos insuficientes para afrontar los enormes gastos de la atención que precisen. Ello muestra la inadaptación e insuficiencia de las prestaciones económicas del sistema para atender las necesidades que presentan las personas dependientes, máxime en el contexto actual, caracterizado por la generalización de dicho riesgo. Lo deseable habría sido la articulación de un sistema protector diferenciado para tales situaciones (Monereo Pérez *et al.*, 2010: 236).

Actualmente, nuestro sistema de Seguridad Social, regulado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, contempla diferentes prestaciones

con las que, de forma relativamente directa, se ha venido dando cobertura económica a las situaciones de dependencia, previéndose en alguna de ellas complementos para compensar los cuidados en el caso de que alguna persona beneficiaria requiera la asistencia de otra para realizar los actos esenciales de la vida diaria (Molero Marañón, 2004). Así ocurre en las siguientes prestaciones:

- a. Prestación por incapacidad permanente en el grado de gran invalidez.
- b. Complemento del 50 % previsto para la invalidez no contributiva.
- c. Prestaciones económicas por hijo a cargo discapacitado.
- d. Pensiones a favor de hijos o hermanos que acrediten una dedicación prolongada al cuidado del dependiente fallecido.
- e. Incapacitados mayores de 18 años con el grado de gran invalidez cuyos padres (pensión de orfandad), abuelos o hermanos fallezcan (pensión a favor de familiares).
- f. Prestación por jubilación.
- g. Pensión de viudedad.

Sin embargo, la dependencia en nuestro país no es una contingencia específicamente protegida por la Seguridad Social, pues sólo de forma indirecta y fragmentada se tutelan determinados aspectos o dimensiones de aquélla a través de prestaciones que hoy día no cubren completamente las necesidades de los sujetos afectados y de sus familias (Sempere Navarro, 2008: 93), dejando sin protección a muchas personas dependientes. En particular, no siempre se dispensa una protección específica a quienes necesitan ayuda de tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria; la mayoría de las prestaciones están vinculadas a la actividad profesional (nivel contributivo), sin distinguir entre dependencia e incapacidad para el trabajo (González Ortega, 2004: 125); las prestaciones de corte contributivo exigen un periodo de cotización previo, lo que deja a muchas personas dependientes sin protección, mientras que en las prestaciones de carácter no contributivo la carencia de recursos es una *conditio sine qua non*, pues en ellas no tienen cabida aquellas personas dependientes que superan el umbral de pobreza, aspecto que no guarda relación alguna con las situaciones de dependencia; en ocasiones, existen limitaciones al acceso a la prestación relacionadas con la edad de las personas beneficiarias; y no se prevén prestaciones de servicios destinadas a la prevención y promoción de la autonomía y atención personal.

Dichas carencias podrían resolverse dentro del propio ámbito de la Seguridad Social, pero confiriéndole una configuración autónoma e independiente (Barcelón Cobedo y Quintero Lima, 2006: 25-28)¹, con la que se solventarían las

¹ Para estos autores, la alternativa más conveniente sería diseñar una prestación universal, de nivel no contributivo, pero de carácter no asistencial, para evitar que el nivel de rentas del sujeto dependiente

vicisitudes que presenta su incardinación a otras prestaciones del sistema de Seguridad Social cuya adaptación devendría igualmente infructuosa (Rodríguez Cabrero, 1999: 23)². Ésta sería la vía que nos habría aproximado a países como Alemania, donde la protección de la dependencia se considera una contingencia con entidad propia dentro del marco del sistema de Seguridad Social (modelo continental), garantizándose así como derecho subjetivo (Rodríguez Cabrero, 2004: 125).

Sin embargo, a pesar de existir los fundamentos teórico-jurídicos necesarios para insertar la protección de las personas dependientes en el marco de protección global del sistema de Seguridad Social y de los candentes pronunciamientos de la doctrina científica y jurisprudencial a favor de dicha inclusión (Suárez Corujo, 2006: 72; Vida Soria y Gonzalo González, 2006-2007: 121; Monereo Pérez *et al.*, 2007: 65; Pérez Yáñez, 2007: 422; González de Patto, 2011: 25; González Ortega, 2013: 57), el legislador no ha optado finalmente por esta alternativa.

Esta desvinculación del sistema de Seguridad Social posiblemente haya venido motivada por las siguientes razones. En primer lugar, se pretende garantizar una igualdad básica en todo el Estado español de la protección de los dependientes, por lo que el legislador elige como título competencial el art. 149.1.1 de la Constitución. Una segunda razón para rechazar el engarce con la Seguridad Social sería el importante papel que han de jugar las comunidades autónomas en la articulación del sistema de protección a las personas dependientes (incluso en su financiación). Se quiere primar la atención personal sobre la prestación económica y, como se sabe, la mayoría de las prestaciones que deben contemplarse ya venían funcionando dentro de los sistemas de salud y de servicios sociales (Maldonado Molina, 2011: 75). De ahí que la organización y gestión de la atención a la dependencia se haya descentralizado en las comunidades autónomas, que son los entes gestores y prestadores de asistencia. Además, se necesita la cooperación y colaboración de las comunidades autónomas para implantar y gestionar el sistema, pues ellas han construido y son las titulares de la red de servicios sociales (Beltrán Aguirre, 2008: 5). Pero el objeto principal de esta opción es preservar la viabilidad financiera del sistema de pensiones, asegurando los recursos necesarios para su sostenimiento. El Gobierno, consciente del elevado coste que supone comprender un nivel de prestaciones costoso y de dudosa viabilidad, con el que se pretende dar cobertura a la totalidad de necesidades causadas por la dependencia, consideró que se trataba de un gasto

inasumible en solitario por la Administración Central que gestiona las prestaciones de Seguridad Social.

Estos argumentos que parecen justificar la no incardinación de la protección por dependencia en el sistema de Seguridad Social carecen de propia lógica si se tiene en cuenta que, en primer lugar, si lo que se pretendía era garantizar un nivel básico en todo el territorio estatal, el precepto constitucional con mayor peso jurídico es, sin duda, el artículo 149.1.17^a de la Constitución (y no el reclamado art. 149.1.1, débil e impreciso), ya que, como se sabe, reserva al Estado la competencia para dictar una legislación básica homogeneizadora y racionalizadora del tratamiento de las materias propias de la Seguridad Social en todo el territorio nacional. En segundo lugar, si la pretensión era que las comunidades autónomas siguieran desempeñando un papel fundamental en la articulación de este sistema protector, perfectamente se habría respetado reclamando el artículo 149.1.17^a de la Constitución, en tanto que expresamente deja constancia de los espacios de actuación reguladora que deja libre a las comunidades autónomas, en cuanto a la legislación no básica; y en cuanto a su financiación, su inclusión en el nivel no contributivo de la Seguridad Social (asistencia social *interna*) habría permitido su financiación vía impuesto, en la línea del modelo financiero que finalmente se ha implantado.

En definitiva, el legislador ha creado un sistema, prioritaria y fundamentalmente de servicios sociales (Vida Soria *et al.*, 238), paralelo y complementario al sistema de Seguridad Social. No obstante, cabe advertir que la reciente opción legislativa no cierra la posibilidad de que, en el futuro, algunas de las prestaciones puedan pasar a integrar el ámbito de protección proporcionado por el sistema de la Seguridad Social, como en muchas instancias se viene defendiendo. El Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha vuelto a insistir en esta consideración con la Sentencia de 30 de junio de 2011, al entender el riesgo de dependencia como prestación de Seguridad Social a todos los efectos.

2. La atención a la dependencia en el Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud tiene una doble corresponsabilidad ante las situaciones de dependencia. En primer lugar, por la incidencia que han tenido los avances sanitarios en los altos índices de esperanza de vida alcanzados (Pérez Ortiz, 2012: 146-147)³, y en segundo, por las repercusiones que ocasiona el envejecimiento de la población en los recursos sanitarios necesarios para su atención.

o beneficiario-cuidador sea determinante en el acceso a la prestación que finalmente reciba.

² Donde se pone de manifiesto cómo la readaptación de las prestaciones del sistema de Seguridad Social con el objeto de dar cobertura a las situaciones de dependencia sólo serviría para justificar un cierto gasto público en protección de las situaciones de dependencia, gasto que sería más efectivo si se recondujera a una estructura protectora actualizada.

³ Aproximadamente a partir de 1970, se empieza a percibir la incidencia de la sanidad en la mejora del estado de salud de los españoles, siendo la esperanza de vida al nacer de 72,4 años, y llegando a ser en la actualidad de 82,17 años. Estos resultados sitúan a España en uno de los países más longevos aún sin ser de los que más invierten en cuidados de la salud, lo que da muestra de la calidad de nuestro sistema sanitario.

El desarrollo en la asistencia sanitaria pública y su universalización al conjunto de la población ha proporcionado amplios efectos beneficiosos, entre ellos, una notable prolongación de la vida del conjunto de la población y, en consecuencia, el aumento del número de personas que sufre alguna alteración física, psíquica o sensorial, a consecuencia de la edad, y necesitan inexorablemente de cuidados sanitarios y sociales (Cruz Villalón, 2007: 11).

Del mismo modo, enfermedades y accidentes que con anterioridad eran mortales, en la actualidad no lo son, gracias a los avances sanitarios; sin embargo, en numerosas ocasiones provocan secuelas profundas e irreversibles que repercuten directamente en la autonomía personal, haciendo necesaria la atención por parte de los servicios sanitarios durante el resto de su vida.

El objetivo de los sistemas sociales y sanitarios no termina con el incremento de los años de vida, sino que tiene por finalidad que esos años se vivan con la mayor capacidad funcional y con la mejor autonomía personal posible (Imsero, 2011: 233).

Como se comprueba, las situaciones de dependencia siempre han estado fuertemente vinculadas con el Sistema Nacional de Salud, pues un estado de dependencia —derivada del envejecimiento, de una enfermedad o de otras limitaciones— lleva aparejado la necesidad de ser atendidos por recursos sanitarios, bien de forma puntual o bien mediante asistencia de larga duración (como es en el caso de las enfermedades crónicas), en virtud del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, consagrado en el artículo 43 de nuestra Constitución⁴. Concretamente, esta relación viene justificada por los siguientes motivos (Imsero, 2011: 469; Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2005: 4): por regla general, la causa principal de la dependencia son las enfermedades sufridas por la población y especialmente por las personas mayores, cuyo incremento incide de manera directa en la frecuencia e intensidad de aquéllas⁵; a través del sistema sanitario, esas enfermedades pueden ser prevenidas (medicina preventiva) y, en aquellos casos en los que la enfermedad se haya materializado y causado una situación de dependencia, serán controladas y tratadas de forma adecuada para evitar su agravamiento (medicina asistencial); en aquellos supuestos de patologías crónicas o múltiples, son muy frecuentes las descompensaciones, por lo que su atención sanitaria reviste una especial dificultad en el manejo asistencial (domicilio, residencia, hospital) y clínico (diferentes especialidades) de estos pacientes.

⁴ “Este precepto constitucional exige a los poderes públicos la adopción de medidas dirigidas a configurar el derecho a la protección de la salud como un derecho subjetivo y universal, al que tengan acceso todos los ciudadanos en condiciones de igualdad y la configuración del Sistema Nacional de Salud con unas características generales y comunes, que contengan el marco básico de los servicios sanitarios en el territorio del Estado”.

⁵ Aunque no se puede vincular la enfermedad con la vejez, porque no todos los ancianos están enfermos, lo cierto es que a mayor edad, las posibilidades de padecer alguna enfermedad son más altas.

Ante dicha conexión, es interesante proceder al estudio de los mecanismos sanitarios con los que se ha venido atendiendo a las personas en situación de dependencia, determinar si el sistema de protección más adecuado para responder a esta compleja situación de necesidad sería el sanitario y analizar la remodelación que precisa este sistema para adaptarse a la nueva dimensión del riesgo tras los cambios sociales y demográficos de las últimas décadas. Todo ello, sin olvidar que nos encontramos ante una situación de necesidad que precisa, para su protección global, de un conjunto polivalente de instrumentos, no sólo de la asistencia sanitaria.

Al objeto de hacer efectivo el derecho a la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución, se aprueba la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, con la que se consagra el Sistema Nacional de Salud. Su contenido se dirige principalmente a la promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades, a la rehabilitación funcional de los pacientes y a su reinserción social (Zabarte, 2006), y en ella se propugna la noción de atención primaria como primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema de salud (art. 12), que, sin embargo, sólo se refiere a cuestiones relacionadas con la dependencia de forma indirecta. La citada Ley fue desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (ya derogado), donde se relacionaban las prestaciones sanitarias que debían ser facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud, diferenciando cinco modalidades: atención primaria, especializada, prestaciones farmacéuticas, complementarias, y servicios de información y documentación sanitaria (anexo I). En su contenido, no figuraba ninguna prestación sanitaria que, de forma directa, se dirigiera a las personas en situación de dependencia; en cambio, recogía algunas previsiones relacionadas con la dependencia de adultos y ancianos, tales como la “atención y asistencia sanitaria a enfermos con procesos crónicos”, la atención a los “problemas específicos de salud durante la tercera edad, en base al artículo 50 de la Constitución” o la “atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales” (dentro de la atención primaria) [Casado Pérez, 2006: 160], aspectos todos ellos ajenos al ámbito concreto de la dependencia, pero próximos a él. Además, en su disposición adicional cuarta (actualmente vigente), se establece que “la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio”. Este último precepto se encuentra ampliamente relacionado con la atención a la dependencia, puesto que en la práctica son frecuentes las situaciones en las que, habiéndose superado la fase aguda de una enfermedad en instalaciones sanitarias, no resulta posible su atención domiciliaria, se requiere el ingreso en residencia de servicios sociales para personas

carentes de autonomía personal (Alonso Seco y Alemán Bracho, 2010: 131).

Especial mención merecen los programas de atención primaria relacionados con las personas dependientes, al desarrollar las actuaciones sanitarias más planificadas con relación a este colectivo. Se concretan en el programa de actividades de prevención y promoción de la salud, creado en 1988 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; el programa del anciano, dirigido a fomentar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores de 65 años, y que garantiza en cualquier caso la continuidad de cuidados que las personas mayores deben recibir en función de su estado de salud y nivel de riesgos al que se encuentre expuesto; y los programas de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención a terminales (Imsero, 2011: 473-477).

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (modificada parcialmente por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y por las leyes 22/2013, de 23 de diciembre, y 15/2014, de 16 de septiembre), empieza a aproximar los instrumentos sanitarios a las personas dependientes a través de la utilización de términos como cuidados de larga duración⁶, autonomía, enfermedades crónicas, entre otros, en el marco de las prestaciones sanitarias de atención primaria⁷ y especializada⁸. Además, se trata de la primera Ley que introduce en España la atención sociosanitaria, incluyéndola en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud con el objeto de aumentar la autonomía y paliar las limitaciones de los enfermos, o lo que es lo mismo, evitar que se origine una situación de dependencia.

Sin embargo, se limita (Zabarte, 2006: 58) a señalar que en el ámbito sanitario, la atención

sociosanitaria comprenderá los “cuidados sanitarios de larga duración”, “la atención sanitaria a la convalecencia”⁹, y la “rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”¹⁰ (art. 14.2), ofreciendo una regulación parcial al olvidarse del ámbito social (alimentación, vivienda, ayuda de terceras personas) [Sempere Navarro, 2010: 99]. Además, las atenciones mencionadas no están incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, por lo que su disponibilidad actual para los ciudadanos queda a la libre decisión de las comunidades autónomas en función del nivel de atención que cada una determine, originando desigualdades territoriales de relevancia (Casado Pérez, 2006: 161).

No obstante, la introducción en el catálogo de prestaciones de la atención sociosanitaria pone de relieve la voluntad de los poderes públicos de impulsar la asistencia sociosanitaria, aspecto que nos brinda una dosis de optimismo en la medida en que permite confiar en que puedan satisfacerse las necesidades de un colectivo de población muy vulnerable (Zabarte, 2006: 58) garantizando la continuidad del servicio entre los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones implicadas (art. 14.3) [Imsero, 2011: 489].

Esta Ley ha sido desarrollada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En su anexo II, recoge la cartera de servicios comunes de atención primaria, entre los que cabe destacar, por su relación con la materia que nos ocupa, los siguientes: la atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos (6.4); atención domiciliaria a pacientes inmovilizados (6.4.3); atención al anciano de riesgo, lo que implica la valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria (6.5.3); la atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, (6.5.4); la atención a la salud mental de las personas con trastorno grave y prolongado y a sus cuidadores en coordinación con los servicios de atención especializada (8).

Una vez analizados los diferentes preceptos normativos del sistema sanitario y detectados sus mecanismos de protección a las personas en situación de dependencia, podemos reflexionar sobre si a través de este Sistema, en su configuración actual, se podría proteger el conjunto de necesidades que lleva implícito un estado de dependencia.

⁶ Los cuidados sanitarios de larga duración hacen referencia a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento (Imsero, 2011: 489).

⁷ El artículo 12 define la atención primaria como el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. La atención primaria, comprende la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Tres años más tarde, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, coincide en la definición de la atención primaria (anexo II).

⁸ La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel (art. 13 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo).

⁹ La atención sanitaria a la convalecencia se dirige a personas que tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados durante un proceso de tiempo limitado (Imsero, 2011: 489).

¹⁰ La rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable se orienta a la recuperación de la autonomía perdida, y a la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia.

En la actualidad, y pese a la realidad manifiesta de que los servicios sanitarios constituyen en sí mismos un elemento fundamental para la protección de las personas dependientes, existen razones de peso que desaconsejaron la inclusión de la atención integral de la dependencia en el sistema de salud (González Ortega, 2013: 29; Sempere Navarro, 2010: 100; Alonso Seco y Alemán Bracho, 2010: 156-157): la amplia complejidad del sistema sanitario se vería agravada si se le añadieran prestaciones adicionales para las que habría que proporcionar recursos diferentes; el sistema de salud ya contempla prestaciones dirigidas a personas en situación de dependencia, centradas principalmente en enfermedades crónicas y cuidados médicos o de enfermería de larga duración, pero con un desarrollo reducido de la atención sanitaria especializada y dirigida a las personas dependientes, de forma que con frecuencia sus problemas acaban derivados hacia unidades o servicios relacionados con una de las patologías que sufren, más que con su situación personal (Sempere Navarro, 2010: 100); las situaciones de dependencia deben atenderse mediante prestaciones de servicios y económicas, mientras que el sistema sanitario tan sólo se centra en los servicios, con un notable déficit de la infraestructura hospitalaria específicamente diseñada para las personas dependientes que requieran internamiento y con un reducido número de centros de atención no hospitalaria (centros de día, rehabilitación o acogida); el único recurso realmente utilizable en la mayoría de los casos es el ingreso en hospitales, mientras que un mayor desarrollo de la asistencia sanitaria a domicilio sería más conveniente para las personas dependientes, al permitir su permanencia en su entorno habitual y más rentable para el sistema sanitario (López Casasnovas y Mosterín, 2008: 49; Pérez Ortiz, 2012: 154)¹¹; la asistencia sanitaria en España tiene un carácter gratuito (aunque con algunas observaciones tras la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012), que si se hubiera aplicado a la atención de la dependencia, habría supuesto la insostenibilidad de la prestación; además, no es aconsejable equiparar las nociones de persona dependiente con la de enfermo, al no tratarse de una relación que siempre se produzca.

En definitiva, pese a la relación existente entre determinadas actuaciones sanitarias dirigidas a atender cuestiones estrechamente vinculadas a las situaciones de dependencia, no se puede decir ni que la noción de dependencia se haya integrado de forma suficiente en el Sistema Nacional de Salud español (Alonso Seco y Alemán Bracho, 2010:

123), por las razones expuestas, ni que el sistema sanitario pueda cubrir las múltiples cuestiones que una situación de dependencia encierra, ya que la atención a la dependencia, además de tener un evidente componente sanitario, también requiere la intervención de los servicios sociales.

Esto no significa que la rama sanitaria deba quedar al margen del sistema protector de las situaciones de dependencia, pero sí que deberá adecuarse a las enormes transformaciones de la sociedad para responder de forma adecuada a las necesidades que plantean las situaciones de dependencia, que afectan a un número muy importante de ciudadanos que requieren de servicios asistenciales centrados en los cuidados y no sólo en la curación (Rodríguez Rodríguez, 2006: 47). Con esta finalidad, y pese a la extensión, perfección y desarrollo del sistema sanitario, es importante emprender medidas dirigidas a los siguientes cometidos (Beltrán Aguirre, 20: 4; Rodríguez Rodríguez, 2006: 48):

- Asumir la adecuada atención de las personas en situación de dependencia mediante el desarrollo y extensión de la atención geriátrica (ibídem: 70).
- Desarrollar ampliamente la atención sanitaria en geriatría en los diferentes territorios del Estado de forma coordinada.
- Ampliar los programas de formación continuada, incluyendo contenidos sobre geriatría, gerontología y discapacidades, sobre todo entre los equipos de atención primaria para intervenciones preventivas y asistenciales.
- Definición de sistemas estables de coordinación con los servicios sociales en la atención domiciliaria, en la ambulatoria (centros de día, fundamentalmente) y en las residencias y otros alojamientos (Sempere Navarro, 2010: 100).
- Compromiso para garantizar la adecuada atención sanitaria a las personas en situación de dependencia, que viven en residencias u otro tipo de alojamientos dependientes de los servicios sociales, para lo que es urgente el desarrollo de la Ley de Cohesión y Calidad.
- Desarrollar programas de rehabilitación y de mantenimiento para personas con discapacidades.

3. La atención a la dependencia en el sistema de servicios sociales

La atención a las personas en situación de dependencia siempre ha sido un ámbito de intervención de los servicios sociales (asistencia social *interna*), en un principio de forma indirecta, al centrarse en sectores concretos, como las personas con discapacidad o las personas mayores y posteriormente al dirigir su atención de forma específica a las personas en situación de dependencia. Sea como fuere, su actuación ha sido pionera en instrumentar ayudas económicas y en la

¹¹ López Casasnovas y Mosterín (2008: 49) afirman que lo que provoca un crecimiento en el gasto sanitario no es tanto el envejecimiento de la población en sí mismo, como la respuesta asistencial que se le dé. Pérez Ortiz (2012: 154) entiende que el sistema sanitario debe reformularse para dar respuesta a una sociedad envejecida, al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, de forma que no se use el sistema sanitario para atender problemas que no sean estrictamente sanitarios en las personas mayores, resolviendo la solución en la puesta en marcha de sistemas de coordinación entre especialidades sanitarias y de éstas con los servicios sociales.

construcción de una red de servicios (constituida por la ayuda a domicilio, la teleasistencia, los centros de día los o centros residenciales) orientada a los diferentes colectivos en situación de dependencia (personas discapacitadas física o psíquicamente, personas mayores, personas con enfermedad mental).

Así, entre las políticas sociales dirigidas a las personas con discapacidad en España, debe aludirse, en primer lugar, a la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI) [derogada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social], que desarrolló el artículo 49 de la Constitución. Nos encontramos ante un hito histórico en lo referente a atención sanitaria y social de las personas mayores y discapacitadas, que integra dentro de su sistema de prestaciones sociales y económicas una prestación directamente relacionada con la dependencia, llamada subsidio por ayuda de tercera persona (art. 12.2.c LISMI, actualmente regulado en el artículo 8.3 y en la disposición transitoria única del Real Decreto-ley 1/2013), cuyo contenido es similar al mencionado respecto a la gran invalidez, la prestación no contributiva de invalidez o la prestación no contributiva por hijo a cargo.

Este sistema especial de prestaciones fue desarrollado en su integridad por el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, en el que se dispuso que “el subsidio por ayuda de tercera persona consistirá en una prestación económica de carácter periódico, destinada a aquellas personas afectadas por una minusvalía que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten, a juicio del equipo multiprofesional, la asistencia de otra persona para realizar actos esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos” (art. 22). Para beneficiarse de dicha protección, deberán reunirse una serie de requisitos, tales como ser mayor de 18 años, estar afectado por una minusvalía en grado igual o superior al 75 % y no hallarse atendido en centros en régimen de internamiento¹².

Del mismo modo, en el marco de los servicios sociales para personas con discapacidad, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (derogada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre), introdujo una relevante modificación del artículo 46.3 del Estatuto de los Trabajadores de 1995, de una gran trascendencia para el colectivo que se estudia, al establecer que:

También tendrán derecho a un período de excedencia, de duración no superior a un año, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva, los trabajadores para atender al cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida¹³.

En las políticas sociales hacia las personas mayores en España, es preciso remontarse a la Orden de 19 de marzo de 1970, en la que se estableció el Servicio Social de Asistencia a los Ancianos, que recogía diversas modalidades prestacionales de relevancia para las personas en situación de dependencia, tales como la atención a domicilio, los hogares y la creación y mantenimiento de centros gerontológicos y residenciales. Por su parte, el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos¹⁴, aprobado por Orden de 25 de febrero de 1971, recogía la prestación de ayuda a domicilio, que comprendía el aseo personal y la limpieza del hogar, el lavado de ropa, la asistencia médica a domicilio, el servicio de comida, la mejora del hogar, la compañía a personas enfermas, la terapia ocupacional, la asistencia social, moral y jurídica, el servicio de peluquería y la biblioteca (en el marco de los servicios sociales de acción directa); la creación de hogares y clubes de pensionistas —actualmente conocidos como centros de día—, con la finalidad de favorecer la convivencia o la atención geriátrica, recreativa y cultural (servicios sociales intermedios); e incluso a la creación de residencias asistidas para quienes no pudieran valerse por sí mismos (Aznar López, 2001: 52-53).

Igualmente, han tenido una innegable importancia los planes de atención a las personas mayores y personas con discapacidad. En 1987, se aprueba el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, promovido por el Ministerio de Trabajo, con carácter universal para todas las personas en situación de necesidad, prestaciones dotadas de contenido informativo y asistencial (ayuda a domicilio, alojamiento alternativo, prevención e inserción social y centros de atención básica) [Montoya Melgar, 2007: 40], con el objeto final de conformar un sistema público de servicios sociales adaptados a las necesidades actuales, tal y como se manifestó en la Ponencia Técnica de Evaluación del Plan Concertado, y especialmente con la intención de ordenar globalmente el problema de la dependencia. En 1991, el Imsero (en su momento, Insero) elaboró el primer Plan Gerontológico Nacional, que representa el desencadenante de numerosos planes gerontológicos autonómicos (Monereo Pérez *et al.*,

¹² Estos subsidios fueron suprimidos por la Ley 26/1990, de 20 de diciembre (disposición adicional novena), pero continúan vigentes para aquellos beneficiarios que los tuvieran reconocidos con anterioridad y no hubieran pasado a percibir una pensión no contributiva. Ahora bien, son incompatibles con las prestaciones no contributivas y con las asignaciones por hijo a cargo minusválido (Real Decreto 357/1991, art. 18, y Real Decreto 356/1991, art. 8.3).

¹³ En el ámbito público, se le ha dado la misma redacción para modificar el art. 29. 4 de la Ley de Medidas de Reforma de la Función Pública de 1984, salvo la referencia a los trabajadores, que se sustituyen por los funcionarios, y la falta de alusión a la negociación colectiva.

¹⁴ En 1974, pasó a denominarse Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social, por Orden del Ministerio de Trabajo, de 5 de abril.

2010: 102). Aunque no fue publicado en el *Boletín Oficial del Estado*, a partir de dicho año se fueron consignando créditos en los Presupuestos Generales del Estado, distribuidos entre las comunidades autónomas (que aportaban la misma cantidad económica financiada por el Estado), con el objeto de atender a las personas mayores y especialmente a aquellas que se encontraran en situación de dependencia. Los programas se dirigen a la construcción, adaptación y mantenimiento de plazas asistidas en residencias y centros de día, destinadas a personas mayores de 65 años afectadas por graves problemas de autonomía funcional, y a la atención socioasistencial de personas dependientes afectadas por la enfermedad de alzhéimer o demencias de características similares.

Una década más tarde, fue sustituido por el Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 (Imsero, 2003)¹⁵, en el que se hacen referencias más concretas a la atención de la dependencia. Uno de sus objetivos es el de “avanzar en las políticas de protección a las personas mayores en situación de dependencia” mediante cuatro estrategias: establecer medidas de apoyo a las personas mayores en situación de dependencia, con los programas existentes; avanzar hacia una atención coordinada entre los servicios sociales y sanitarios; profundizar en las exigencias del Derecho y de la bioética a fin de salvaguardar al máximo la dignidad de las personas mayores; y promover la atención especializada a los enfermos de alzhéimer y otras demencias, así como aquellas otras patologías que requieran una atención especializada. En una línea similar se pronuncia el II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007 (Imsero, 2003)¹⁶, en el que se establece que “los programas deberán dirigirse de forma preferente hacia las personas con discapacidad física severamente afectadas, aunque también podrán ser incluidas la discapacidad psíquica y sensorial en función de las necesidades de cada comunidad autónoma”.

Pero sin ninguna duda, la configuración de los servicios sociales en España y la mayor aportación en materia de dependencia, se produce en el seno de las comunidades autónomas, al ser éstas las competentes en la legislación y gestión de los servicios sociales (asistencia social *externa*).

Las comunidades autónomas han desempeñado, tanto con antes como después de la aprobación de la Ley de Dependencia, un papel fundamental en protección de las personas dependientes. Hasta la aprobación de la Ley 39/2006, la tutela pública de la dependencia prácticamente había quedado en el ámbito de las comunidades autónomas, que, en ejercicio de su competencia exclusiva en materia de asistencia social, fueron asumiendo a través de sus

respectivos estatutos de autonomía la competencia de servicios sociales, con anclaje constitucional en el art. 148.1.20 de la Constitución. En cambio, con la promulgación de la Ley, la competencia exclusiva recae sobre el Estado (art. 149.1.1ª de la Constitución) para regular las condiciones básicas, sin perjuicio de la colaboración y participación de las comunidades autónomas como elemento fundamental para la gestión del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (Durán Bernardino, 2013).

Así, el sistema de servicios sociales, a través de sus numerosas prestaciones dirigidas a la protección de las personas en situación de dependencia, ha desarrollado una auténtica red de servicios centrada en servicios de ayuda a domicilio para la adecuación e higiene del hogar del dependiente, la compra de preparación de alimentos, el auxilio en la higiene personal o en la gestión cotidiana, la teleasistencia como instrumento de comunicación y ayuda constante entre el sujeto dependiente y el centro de atención, los centros de día o para estancias diurnas, las residencias asistidas y los centros de atención continuada, las ayudas para el equipamiento o la adaptación de los hogares de las personas dependientes (Maldonado Molina, 2003: 49; Blasco Lahoz, 2013: 59; González Ortega, 2013: 134), dirigidos tanto a las personas en situación de dependencia como a sus cuidadores, ya que venían a sustituir los cuidados familiares tradicionales, propios del arraigado modelo mediterráneo de atención a la dependencia en España.

Dadas las numerosas medidas emprendidas por el sistema de servicios sociales para atender las situaciones de dependencia y el grado de desarrollo alcanzado, se contempló la protección de la dependencia dentro del sistema público de servicios sociales, como cuarto pilar del sistema de protección del Estado del bienestar¹⁷, en el que se garantice unos servicios coordinados, suficientes y de calidad, y establezca el régimen de acceso real y efectivo a éstos. Ahora bien, no es cuestión baladí la inclusión de la protección de la dependencia en el sistema de servicios sociales, porque concurren algunos problemas que dificultan dicha integración (Alonso Seco y Alemán Bracho, 2010: 162-163): tradicionalmente los servicios sociales sólo se han dirigido a los grupos poblacionales con menores recursos económicos y la protección de la dependencia requiere atender a toda la población (Casado Pérez, 2006: 159); la atención a la dependencia debe configurarse como derecho subjetivo de ciudadanía, más allá del carácter discrecional que han tenido la mayor parte de las prestaciones de servicios sociales, cuya protección está sujeta a disponibilidades presupuestarias; los servicios sociales son competencia de las

¹⁵ Aprobado por el Consejo de Ministros de 29 de agosto de 2003.

¹⁶ Aprobado por el Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2003. Fue remplazado por el III Plan de Acción 2009-2012, aprobado por el Consejo de Ministros de 10 de julio de 2009.

¹⁷ Ésta fue una de las conclusiones a la que se llegó en las XXIII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo Estatal y Autonómicos, celebradas en Oviedo en octubre de 2008, basada en la integración de la atención a la dependencia en los servicios sociales autonómicos, como sistema único.

comunidades autónomas y de las entidades locales, lo cual puede plantear problemas de unificación normativa en el reconocimiento del derecho a prestaciones de dependencia e importantes desequilibrios entre los distintos territorios (Sancho Castiello y De la Pezuela Pinto, 2002); la gestión pública de los servicios sociales está bastante diversificada, como consecuencia de una distribución competencial heterogénea; los servicios sociales siempre han tenido problemas de financiación para atender la gran demanda que reciben proveniente de amplios sectores sociales (Rodríguez Cabrero, 2004: 23; González Ortega, 2013: 135).

Finalmente, aunque el legislador de la Ley de Dependencia crea un sistema autónomo, al que denomina Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el contenido de sus preceptos se aprecian referencias a los servicios sociales, en las que queda patente su conexión y donde se pretende superar algunas de las carencias mencionadas para la protección de este colectivo (exposición de motivos, art. 3.º, 14.2, 16.1 y 29.1) [Alemán Bracho y Alonso Seco, 2011: 989].

De este entramado técnico-jurídico, se desprende la intención del legislador de incardinar la atención de las personas en situación de dependencia al sistema autonómico de servicios sociales, al recoger entre sus principios la integración de las prestaciones establecidas en la Ley de Dependencia en las redes de servicios sociales de las comunidades autónomas.

Lo que sin duda es indiscutible es que el nuevo sistema se desenvuelve en el marco del sistema de servicios sociales español (Rodríguez Cabrero, 2007), constituyendo en sí mismo una magnífica oportunidad para ampliar y modernizar la acción protectora de los servicios sociales y para la renovación general de los servicios, elevando sus estándares de calidad, la formación de los profesionales y las condiciones de trabajo de sus empleados (Martín Pindado, 2007: 83; Alemán Bracho y Alonso Seco, 2011: 164).

4. La cobertura privada e informal de las situaciones de dependencia

La protección de las personas en situación de dependencia no se agota en la esfera pública, sino que, como a continuación se comprobará, el ámbito privado, constituido por el mercado y los cuidados incesantes de la familia, han tenido una presencia crucial en la atención de este colectivo. La intervención de estos dos ámbitos en la protección de las personas en situación de dependencia siempre ha existido y en la actualidad cobra especial importancia con el objeto de suplir las carencias de una protección social pública cada vez más deficitaria (La Casa García, 2012: 10).

4.1. Configuración del modelo de protección social de la dependencia. Entre lo público y lo privado

Con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se aboga por el establecimiento de un sistema público y universal de protección, en el que los instrumentos privados de protección, lejos de ocupar una función central o única en la protección de la dependencia, se configuran como mecanismos complementarios de la acción protectora básica de carácter público (Monereo Pérez y Fernández Bernat, 2008: 738).

La decisión del legislador de la Ley de Dependencia viene justificada por argumentos funcionales y sociales, ampliamente razonables (Monereo Pérez *et al.*, 2010: 282): en primer lugar, porque los instrumentos privados de previsión carecen de los medios para responder a la amplitud de problemas que plantean los cuidados de larga duración (Hernández González, 2009: 41; Rodríguez Cabrero, 2004: 250; Mercader Ugina y Muñoz Ruiz, 2004: 859); y, en segundo lugar, porque esta opción privatizadora dejaría sin protección a muchas personas en situación de dependencia, no sólo por la oferta de productos, limitada a cubrir determinados riesgos, sino también por la escasa demanda, motivada por la baja sensibilidad al riesgo de la dependencia y el alto coste de su cobertura privada. Sirva como ejemplo lo ya sucedido en el mercado español (Maldonado Molina, 2003: 79-80).

En definitiva, el legislador de la Ley de Dependencia, consciente del reto titánico que pretende asumir ha considerado que la atención a las personas en situación de dependencia exige una combinación de esfuerzos públicos y privados (González de Frutos, 2006: 21-22), pero partiendo de la base de que la acción protectora básica, mínima y obligatoria debía ser de carácter estatal para dar una respuesta eficaz a este problema social (Monereo Pérez *et al.*, 2010: 292), a sabiendas de que la cobertura o respuesta desde el ámbito privado no puede ni pretende ofrecer una cobertura universal e integral (Veiga Copo, 2008: 11). Así, la actuación pública se desarrollará en torno a un eje básico, a saber, una red de utilización pública que coordina los centros y servicios, públicos y privados (art. 6.2 de la Ley de Dependencia): el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

4.2. La participación de la iniciativa privada en el sistema de protección social de la dependencia

A pesar del carácter secundario que la Ley de Dependencia confiere a los instrumentos privados de previsión, su intervención no es nada desdeñable si se atiende a las numerosas e importantes referencias que en su contenido se hace al ámbito privado. Entre otros motivos, porque si se quiere garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo

de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, será necesaria no sólo la “participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familiares y entidades que les representen”, sino también “la participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia” [art. 3.k y 3.m)], evitando así que los recursos públicos sean utilizados por personas que disponen de capacidad económica para atender su propia situación de dependencia.

En su exposición de motivos, se reconoce que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia “sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles” y se prevén las modificaciones legislativas necesarias para la regulación de la cobertura privada de esta contingencia. Entrando en el articulado de la Ley, se considera un principio rector de la norma “la participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia”. Este reconocimiento expreso debe ser subrayado, ya que a través de él se incentiva la intervención de los mecanismos privados en la cobertura de las situaciones de dependencia. El legislador, consciente de la importante actuación de los centros privados concertados en la red de servicios del Sistema, hace continuas referencias a aquéllos en numerosos preceptos (art. 3.o, 6.1 y 2, 14.2, 16.1 y 2, 17.1).

Pero sin duda alguna, la mayor intervención de la oferta privada se produce por vía indirecta, a través de la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones (art. 33), aunque ésta dependerá de los recursos económicos de los que disponga y del tipo y coste del servicio (Duque Santamaría y Urrutia Santos, 2006-2007: 448).

Fuera del cuerpo de la norma, encontramos la mención más concreta y precisa a la cobertura privada. En la disposición adicional séptima, titulada ‘Instrumentos privados para la cobertura de la dependencia’, se establece una previsión de desarrollo de la cobertura privada de las situaciones de dependencia en dos aspectos. En su apartado uno, se hace alusión a la cobertura privada de las situaciones de dependencia en los siguientes términos: “el Gobierno, en el plazo de seis meses, promoverá las modificaciones legislativas que procedan, para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia”; sin embargo, no se concreta el tipo de instrumento privado de protección que podrán actuar en la cobertura de la dependencia. En su apartado dos, igualmente se impone un mandato al Gobierno para que impulse una regulación fiscal de aquellos mecanismos privados acorde con el principio de copago impuesto en la Ley, al disponer que “con el fin de facilitar la cofinanciación por los beneficiarios de

los servicios que se establecen en la presente Ley, se promoverá la regulación del tratamiento fiscal de los instrumentos privados de cobertura de la dependencia”, careciendo igualmente de concreción, al no determinar los medios precisos y la finalidad de la regulación que se pretende (Monereo Pérez *et al.*, 2010: 286).

El mandato impuesto al Gobierno se vio satisfecho, no a los seis meses, como estaba previsto, pero sí al año de la aprobación de la Ley de Dependencia. Concretamente, el 8 de diciembre de 2007 se publica en el *BOE* la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria (modificada recientemente por la Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social), que entra en vigor el 9 de diciembre y constituye, en la actualidad, el principal marco de desarrollo de las previsiones contenidas en la disposición adicional séptima de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, en relación con los instrumentos privados que pueden destinarse a la cobertura de la dependencia y a su tratamiento fiscal.

Queda así reflejado en el articulado de la Ley de Dependencia la preocupación del legislador por hacer partícipe a la iniciativa privada en el sistema de protección social de la dependencia.

Participación que se evidencia en la realidad práctica, ya que las recientes políticas de austeridad favorecen claramente la participación del mercado en la protección de las personas en situación de dependencia a través de las prestaciones contempladas en la Ley, especialmente, la prestación económica vinculada al servicio (Durán Bernardino, 2014: 190-196).

4.3. Instrumentos privados de cobertura de las situaciones de dependencia

Para que las personas puedan hacer frente a los gastos de cobertura cuando le sobrevenga una situación de dependencia, se han ido creando numerosos mecanismos de atención privada para la cobertura de la dependencia, a través de los cuales se prevé dicha contingencia y se asegura cuando dicha situación se materialice. En lo que sigue, se analizan los instrumentos de mayor proyección.

4.3.1. Seguro de dependencia

En desarrollo a lo establecido en su disposición adicional séptima, la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, determina que la primera fórmula de aseguramiento de la contingencia de la dependencia se instrumentará a través de un contrato de seguro, definido como

“aquel que obliga al asegurador, para el caso de que se produzca la situación de dependencia, conforme a lo dispuesto en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y dentro de los términos establecidos en la ley y en el contrato, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación”. El contrato de seguro de dependencia será suscrito con entidades aseguradoras, incluidas las mutuas de previsión social, que cuenten con la preceptiva autorización administrativa y demás requisitos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora en España en los ramos de vida o enfermedad (disposición adicional segunda), lo que permite que este instrumento privado pueda intervenir sin ningún obstáculo en el ámbito de los cuidados de larga duración.

Entre los aspectos esenciales del seguro privado de dependencia, cabe analizar los siguientes:

- En primer lugar, dicho seguro se podría configurar como un seguro sobre las personas, ya que cubre riesgos relacionados con la existencia, integridad corporal o salud de los asegurados, pero con la peculiaridad de que, al configurarse la dependencia como un nuevo riesgo, autónomo y diferenciado, se tratará de un contrato complejo integrado por el seguro de vida, de accidente, enfermedad o asistencia sanitaria, encontrándonos ante un nuevo ramo, la dependencia, que presenta rasgos específicos en el ámbito de los seguros de personas (Álvarez Rodríguez, 2004: 193).
- Un segundo elemento fundamental en el seguro de dependencia está constituido por las prestaciones otorgadas a los beneficiarios. Podría tratarse tanto de prestaciones de servicios dirigidas a satisfacer las necesidades sociales (como la ayuda a domicilio, las residencias o los centros de día), como de prestaciones económicas (reembolso de gastos y pago de capitales o rentas). Ahora bien, debe tenerse en cuenta que la Ley 39/2006 da clara prioridad a las prestaciones de servicios frente a las económicas, cuestión evaluada positivamente por los sujetos asegurados, pero que sin duda entrañará mayor dificultad para el asegurador.
- En tercer lugar, debe tenerse en cuenta que el contrato de seguro de dependencia podrá articularse tanto a través de pólizas individuales como colectivas que se realizarán en el momento en el que el asegurado o sus beneficiarios cumplan con los requisitos establecidos en la Ley de Dependencia, por los que se adquiere la condición de dependiente, pudiendo preverse en el propio contrato cuándo se considera que la persona ha adquirido tal condición, como bien establece la disposición adicional segunda de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre.

Por sus características concretas, se puede afirmar que el seguro es el instrumento más idóneo para la cobertura privada de la dependencia, al ser el único que puede ofrecer cobertura en sentido estricto y gestión del riesgo de dependencia. Los elementos descriptivos del riesgo de dependencia hacen que su gestión pueda realizarse de forma eficiente a través del seguro al tratarse de una contingencia que no se sabe si se va a producir, se desconoce el momento en el que se producirá, no se sabe la intensidad o gravedad con la que se presentará y no se puede diagnosticar *a priori* su posible reversibilidad o agravamiento (Duque Santamaría y Urrutia Santos, 2006-2007: 452).

Ahora bien, a pesar de la idoneidad de este instrumento privado para la cobertura de las situaciones de dependencia, lo cierto es que los servicios privados de dependencia se han venido caracterizando desde sus orígenes —pioneros como han sido en la cobertura del riesgo de la dependencia (Maldonado Molina, 2003: 66-69)— por notorias dificultades en su implantación en el mercado. De forma que, a pesar de tratarse de una buena oportunidad de negocio para las aseguradoras, su desarrollo se ha visto limitado por diferentes obstáculos:

- Las entidades aseguradoras presentan algunas dificultades para ofrecer prestaciones adecuadas a la necesidad que pretende proteger, debido a la complejidad del producto.
- Su función de complementar y completar la cobertura pública en aquellos aspectos donde ésta no llega o lo hace de forma ineficiente difícilmente se podrá cumplir (Veiga Copo, 2008: 12).
- La población es poco sensible a la percepción del riesgo de la dependencia, al tratarse de una contingencia que suele producirse a una edad muy elevada (Veiga Copo, 2008: 31).
- A edades tempranas, el riesgo de dependencia es percibido como algo lejano, y cuando se percibe como un riesgo cercano a edades avanzadas, la prima es demasiado elevada y el mercado asegurador sólo resuelve una parte de las demandas de cuidados (Blasco Lahoz, 2013: 1098).
- En España existe poca cultura aseguradora, especialmente ante productos tan novedosos como la dependencia (Álvarez Rodríguez, 2013: 165).
- Existen factores coyunturales, externos, que influyen en la estrategia y control del negocio.
- El posible solapamiento o desajuste con la cobertura ofrecida por el Estado.

Para salvar dichas dificultades, el sector considera imprescindible el establecimiento de incentivos fiscales para alentar la contratación de dichos seguros. A esta consideración da respuesta la Ley 35/2007, de 28 de noviembre, aunque limitando tal fiscalidad a la cobertura del riesgo de dependencia severa o gran dependencia (al igual que los planes

de pensiones). Aunque el sector asegurador ha percibido positivamente estas medidas, lo cierto es que siguen resultando insuficientes de cara a hacer más atractiva esta nueva figura de ahorro-previsión (Monereo Pérez y Fernández Bernat, 2008: 156-157), ya que ni fomentan ni dificultan la contratación de este producto.

Ahora bien, la situación actual de crisis financiera generalizada, junto con las medidas políticas adoptadas, están provocando un giro en el escenario protector expuesto. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se encuentra ante graves problemas para su implantación, derivados de la insuficiencia de recursos financieros (destinados a la protección social de la dependencia por la Administración Pública) y de la falta de medios para valorar la dependencia (reflejados en los tiempos excesivos de tramitación de las solicitudes, en la valoración y en el reconocimiento de la prestación). Estas dificultades representan una brecha en el Sistema que las compañías aseguradoras están sabiendo aprovechar para entrar en el mercado asegurador de la dependencia, ofreciendo prestaciones económicas más ajustadas al coste y prestaciones de servicios de calidad (Martín-Gijón Machuca, 2012: *passim*).

4.3.2. La hipoteca inversa

La hipoteca inversa se define, de forma precisa, en la exposición de motivos de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, como

Préstamo o crédito hipotecario del que el propietario de la vivienda realiza disposiciones, normalmente periódicas, aunque la disposición pueda ser de una sola vez, hasta un importe máximo determinado por un porcentaje del valor de tasación en el momento de la constitución. Cuando se alcanza dicho porcentaje, el mayor o dependiente deja de disponer de la renta y la deuda sigue generando intereses. La recuperación por parte de la entidad del crédito dispuesto más los intereses se produce normalmente de una vez cuando fallece el propietario, mediante la cancelación de la deuda por los herederos o la ejecución de la garantía hipotecaria por parte de la entidad de crédito.

Este instrumento implica que las personas dependientes podrán hacer uso de su vivienda habitual para obtener un préstamo hipotecario sobre dicho inmueble, cuando necesiten un complemento económico para atender su situación de dependencia. Dicho préstamo se extenderá hasta el momento en que fallezca o hasta que se pueda satisfacer su necesidad por cualquier otra vía pública o privada. A partir de dicho momento existen dos opciones, bien cancelar la deuda (por el solicitante o por los herederos) o bien la entidad de crédito podrá recuperar el crédito más los intereses con el bien hipotecado o la herencia.

Para la constitución de dicha hipoteca inversa, será necesario el cumplimiento de los requisitos impuestos por la disposición adicional primera de la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, a saber:

- Hasta el 15 de mayo de 2013, tan sólo podían solicitarla la persona en situación de dependencia severa o gran dependencia o las personas con una edad igual o superior a los 65 años. Con la publicación de la Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social, se modifica la letra a) del apartado 1 de la disposición adicional primera, ampliándose el ámbito subjetivo de la hipoteca inversa. Así, podrán constituir una hipoteca inversa las siguientes personas: aquellas de edad igual o superior a los 65 años; aquellas que estén afectadas de dependencia; o aquellas a las que se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 %. Por lo tanto, con esta reforma se elimina la exigencia de los grados (gran dependencia o dependencia severa) y se incluyen a las personas con una discapacidad igual o superior al 33 %, de lo que se deduce la clara intención de fomentar la contratación de este instrumento de cobertura privada.
- El deudor dispondrá del importe del préstamo o crédito mediante disposiciones periódicas o únicas.
- La deuda sólo será exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario, o si así se estipula en el contrato, cuando fallezca el último de los beneficiarios.
- La concesión de la prestación sólo podrá efectuarla entidades de crédito y entidades aseguradoras autorizadas para operar en España, y de acuerdo con los límites, requisitos o condiciones que imponga la normativa sectorial a dicha entidad aseguradoras.
- La hipoteca inversa podrá instrumentarse sobre la vivienda habitual (apartado 1 de la disposición adicional primera) o bien sobre cualquier otro bien inmueble distinto de la vivienda habitual del solicitante (apartado 10 de la disposición adicional primera), si bien, en este último caso, no se aplicaría la normativa prevista en la propia disposición adicional primera. Esta posibilidad plantea importantes problemas en la cobertura de la dependencia (Cano Galán, 2008: 457-458).

Como fórmula incentivadora de este mecanismo de cobertura privada de la dependencia, la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, igualmente prevé un conjunto de exenciones y reducciones a las escrituras públicas y honorarios notariales y registrales por constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación de la hipoteca inversa.

Los requisitos exigidos para que pueda considerarse una hipoteca inversa plantean numerosos problemas para que este instrumento privado pueda ser

utilizado por el propio interesado o solicitante para la cobertura de la contingencia de dependencia. En sentido estricto, no puede considerarse que la hipoteca inversa sea un instrumento de cobertura, al carecer de medios de prevención o previsión. Además, su utilización no se limita a situaciones de dependencia, sino que se extiende a todas aquellas personas mayores de 65 años o con discapacidad que deseen hacer líquido su patrimonio inmobiliario.

A pesar de la regulación de esta figura privada, lo cierto es que su comercialización no ha experimentado un crecimiento significativo en el mercado español. Las razones pueden residir en que las propias entidades habilitadas para ofrecer hipotecas inversas no creen en el producto (máximo ante el actual contexto económico de deterioro del mercado inmobiliario), los numerosos litigios que pueden ocasionarse con los herederos frena la oferta, el resultante de aplicar tipos de interés elevado y porcentajes de reducción sobre el valor de tasación de la vivienda para calcular el capital máximo concedido, es un producto que ofrece una renta muy escasa y poco atractiva, existen importantes reticencias culturales sobre la liquidación del patrimonio hereditario, entre otras.

5. La continua presencia de los cuidadores familiares

La dependencia es, por definición, una situación en la que una persona, por su falta de autonomía física, mental intelectual o sensorial, precisa la atención de otra persona para realizar actividades básicas de la vida diaria (art. 2 de la Ley de Dependencia). Es decir, existen al menos dos sujetos implicados en la relación: el que necesita la ayuda de otra persona y el que proporciona los cuidados requeridos. Para determinar la oferta de estos cuidados que precisan las personas dependientes, es necesario analizar la forma en la que socialmente se ha ido pactando el reparto de obligaciones y responsabilidades entre los tres vértices implicados, el Estado, la familia y el mercado, teniendo en cuenta que, por su interrelación, el cambio en la implicación de uno de ellos influye en la presencia de los restantes.

A pesar de que los artículos 49 y 50 de la Constitución prevén que los poderes públicos deberán articular un sistema de servicios sociales para el bienestar de los ciudadanos, la realidad es que el cuidado de las personas en situación de dependencia ha sido asumido tradicionalmente por los familiares o por las propias personas que se encontrasen en dicha situación (Cano Galán, 2008: 446).

Durante muchas décadas, la responsabilidad de los cuidados de la dependencia tan sólo se adscribía al espacio de lo llamado privado-doméstico. Eran las familias, y especialmente las mujeres de edad media o avanzada quienes han venido soportando la atención y cuidado de sus familiares próximos en edad avanzada o que presentan alguna o

algunas minusvalías que les impiden valerse por sí mismos y les aboca al mundo de la dependencia. Y ese apoyo informal, necesario y no pagado, se ha venido haciendo con escasa o nula ayuda de las instituciones públicas (Estado) ni de las privadas (mercado) [Gutiérrez Resa, 2007: 87]. Ello se debe a la arraigada cultura familiar propia de un modelo mediterráneo de cuidados como el nuestro. En efecto, el peso tan relevante que tiene en nuestro país el apoyo de las familias trae como consecuencia que el Estado no asuma su responsabilidad de provisión de servicios para la atención de las personas dependientes. Dentro de este núcleo familiar de provisión de cuidados, son las mujeres, en su mayoría, hijas del dependiente, las que representan el pilar fundamental de la ayuda, las cuidadoras por excelencia, un auténtico centro de servicios para la familia, auténtico vehículo de la solidaridad familiar.

Este perfil social del cuidador se ha venido fraguando sobre la histórica división del trabajo dentro de la familia, donde la mujer producía servicios no remunerados en el hogar dirigidos a atender a sus familiares, sin reconocimiento social y carentes de cualquier protección social, mientras que los varones aportaban los ingresos obtenidos en el mercado laboral. Pero debe tenerse en cuenta que esta distribución de roles tiene graves consecuencias para la mujer en dos aspectos especialmente, lo que en su conjunto hace que este modelo tradicional de cuidados se resienta:

- En su protección social, en tanto que mientras que los varones dependientes dispondrán de más recursos institucionales, mejores pensiones, más patrimonio y más personas dispuestas a cuidarlos (como consecuencia de la mayor esperanza de vida de las mujeres y de su predisposición a los cuidados), las mujeres dispondrán de pocos recursos institucionales, por su ausencia del mercado de trabajo a lo largo de su vida, tendrán pensiones más reducidas y no dispondrán del mismo número de cuidadores predispuestos a cederles el tiempo necesario de cuidados (Durán Heras, 2006: 63).
- En sus condiciones de vida personal, por las graves repercusiones que tiene esta prevalencia de la mujer trabajadora en la atención a las personas dependientes en los diferentes ámbitos de su vida: en primer lugar, el tiempo dedicado a los cuidados del familiar dependiente (más de 40 horas a la semana, cifra que en ocasiones se duplica o triplica) y el hecho de asumir casi en exclusiva dichos cuidados les obliga a reducir su tiempo de ocio y descanso; en segundo lugar, supone un elevado coste para las familias; en tercer lugar, como consecuencia de la carga excesiva que representa física y emocionalmente los cuidados, padecen múltiples patologías, especialmente agotamiento, trastornos del sueño, dolores de espalda, ansiedad y, frecuentemente, depresión (perciben que su expectativa de vida se reduce a seguir ejerciendo de cuidador,

sienten miedo al futuro y tienen dificultades económicas); en cuarto lugar, repercute negativamente en su vida laboral o profesional, ya que suele ser la mujer la que deje el trabajo o reduzca su jornada laboral, y en aquellos casos en los que el dependiente requiera de unos cuidados continuos, no podrá acceder al mercado laboral, renunciando a las oportunidades que éste le ofrezca. En efecto, el cuidado tiene amplias repercusiones en el desarrollo de la vida normal de los cuidadores, relacionándose con problemas de diversa índole que se ven reflejados especialmente en el cuidador principal, de ahí que se les llegue a denominar “víctimas o pacientes ocultos” (Roa Venega y Fernández Prados, 2013, 266). Por todo ello, se puede afirmar que el peso otorgado por el sistema social a las mujeres es desproporcionado e injusto, al mantener a un colectivo muy amplio de población en unas condiciones de vida mínimamente dignas (Montero Soler, 2010: 73).

Sin embargo, este sistema de apoyo informal sobre el que se ha venido asentando la atención a la dependencia en nuestro país ha empezado a quebrar. Las mujeres han venido actuando de variable de ajuste entre las demandas del mercado y las necesidades de las personas dependientes, garantizando una amplia elasticidad interna en el sistema durante muchos años, pero dicha elasticidad ha demostrado no ser infinita. Los continuos cambios demográficos y sociales están desbordando la capacidad de esta fórmula informal de cuidados, motivo por el cual se reclama una reorganización social en la protección de esta contingencia que ayude tanto a la persona dependiente como a su cuidador.

En los últimos años, los cambios sociodemográficos han venido acompañados de cambios socioculturales, originándose lo que se conoce en el ámbito europeo como la crisis de los cuidados de larga duración, lo que ha supuesto una reducción de los cuidadores potenciales, del tiempo disponible para el cuidado de los ancianos y discapacitados y, en consecuencia, la inoperancia de los mecanismos tradicionales de cuidado. Estos cambios significativos en el apoyo informal han provocado una gradual y paralela ocupación de trabajadoras extranjeras (Bazo, 2012: 76-81), que por vía formal o informal del servicio doméstico, han ido asumiendo en exclusiva estas tareas de cuidado.

Rebus sic stantibus, el sistema jurídico ha de aportar una respuesta jurídica específica que atienda y promueva la autonomía personal de las personas dependientes y que proteja socialmente al cuidador familiar, dotándolo de un régimen jurídico que le confiera cierta seguridad jurídica (Fernández Orrico, 2008: 82). Con la aprobación de la Ley de Dependencia, los poderes públicos asumen la responsabilidad en la atención y cuidados de las necesidades de las personas dependientes, pero sin que esto signifique la expulsión de la actuación del

sector privado en este ámbito protector —como ya se comprobó en el apartado anterior— y, en menor medida, también de los cuidadores familiares que, como se comprueba, continúan desempeñando a día de hoy una labor imperante en la atención de las personas en situación de dependencia.

En definitiva, a través del sistema normativo español de protección de la dependencia se pretende proyectar un cambio en la cultura feminista de cuidados de las personas dependientes, a través de lo que se ha venido llamando socialización del riesgo, que pretende romper con los tradicionales roles de género y entrar en conexión con el derecho fundamental de igualdad y no discriminación *ex* artículo 14 de la Constitución.

6. Conclusiones finales

Durante décadas, las personas en situación de dependencia han sido atendidas en el núcleo familiar y, de forma subsidiaria, a través de diferentes mecanismos en el marco de las políticas de protección social (sistema de Seguridad Social, sistema sanitario, servicios sociales y asistencia social), proporcionándoles ayudas económicas, de servicios y cuidados personales, aunque con un carácter limitado e inespecífico.

Sin embargo, en los últimos años se han producido sustanciales transformaciones en las sociedades europeas —envejecimiento progresivo de la población, aumento de las enfermedades crónicas y de los índices de siniestralidad vial y laboral, cambios en las estructuras tradicionales de las familias— que requieren la atención de los poderes públicos para avanzar en el campo de protección social y así atender una situación de necesidad, la dependencia, que no siendo nueva, adquiriere una especial relevancia ante su generalización actual y pronóstico futuro.

Desde la perspectiva de los sistemas de protección social, nos encontramos ante una situación de necesidad en tanto que afecta a un volumen muy elevado de la población, acontece en algún momento de la vida de las personas y una vez que se materializa provoca consecuencias negativas al sujeto que la padece hasta el punto de necesitar la ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria. *Rebus sic stantibus*, los poderes públicos deben dar una respuesta específica, global e integrada a esta situación, para cumplir así con una exigencia constitucional, al tratarse de la protección de situaciones de necesidad (art. 41 de la Constitución) y, en particular, de la tutela especial de personas mayores (art. 50 de la Constitución) y discapacitadas (art. 49 de la Constitución).

Ante este contexto, corresponde al Estado social proporcionar a sus ciudadanos una mínima seguridad frente a las situaciones de necesidad

en la que puedan encontrarse, facilitándoles los medios precisos para eliminar los obstáculos que les dificultan o impiden alcanzar los objetivos humanos de realización plena de la autonomía y la independencia del individuo, favoreciendo la igualdad entre todos los ciudadanos (art. 14 de la Constitución).

Sin embargo, aunque inicialmente se optara por la configuración de un sistema de protección público, universal y específico para dar cobertura a las personas en situación de dependencia, en el que se configura a la dependencia como un Derecho social de prestación, desde 2010 se está produciendo un cambio de orientación, favoreciéndose los mecanismos privados de protección, al mismo tiempo que se debilita la acción protectora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y se impide su desarrollo.

Todo ello es fruto de la nueva política económica de orientación pro-mercado que subyace a causa

de la crisis económico-financiera actual y se viene caracterizando por la contención del gasto público, al tiempo que se favorece una mayor responsabilidad individual, lo que lleva aparejado un mayor peso del sector privado.

Ante este escenario, el Estado debe fortalecer las políticas sociales, —garantizando un nivel mínimo de seguridad vital a todos los ciudadanos—, sólo así se respetaría nuestro consolidado sistema de protección social, integrado por el sistema de Seguridad Social, Sistema Nacional de Salud y el de servicios sociales, que siempre actuarán como soportes para la atención de las personas en situación de dependencia de acuerdo con los fundamentos constitucionales que garantizarán su protección global (artículos 41, 43, 49 y 50). Se trata del soporte constitucional que, junto con el papel fundamental y tradicional ejercido por los cuidadores en la protección de este colectivo y la actuación complementaria de la iniciativa privada, se mantendrá pese a los recortes emprendidos en la materia que nos ocupa.

Bibliografía

- ALEMÁN BRACHO, C.; y ALONSO SECO, J. M. (2011): “Los sistemas de servicios sociales en las leyes autonómicas de servicios sociales”, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, nº 152, págs. 973-1.002.
- ALONSO SECO, J. M.; y ALEMÁN BRACHO, C.; (2010): “Integración de la dependencia en los sistemas públicos de protección social”, en ALEMÁN BRACHO, C; ALONSO SECO, J. M.; y FERNÁNDEZ SANTIAGO, P. (coords.), *Dependencia y servicios sociales*, Cizur Menor, Aranzadi, págs. 111-152.
- ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, M. (2004): “Seguro de dependencia: ¿qué interés tiene el sector privado asegurador?”, en GONZÁLEZ ORTEGA, S; y QUINTERO LIMA, M. G. (coords.), *Protección social de las personas dependientes*, Madrid, La Ley, págs. 153-166.
- AZNAR LÓPEZ, M. (2001): “Notas sobre la protección de la dependencia en la Seguridad Social española. Aspectos retrospectivos y prospectivos”, *Foro de Seguridad Social*, nº 5, págs. 49-69.
- BARCELÓN COBEDO, S.; y QUINTERO LIMA, M. G. (2006): “Las situaciones de dependencia personal como nueva contingencia protegida por el sistema de protección social”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 60, págs. 13-33.
- BAZO, M. T. (2012): *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia*, Nau Llibres, Valencia.
- BELTRÁN AGUIRRE, J. L. (2008): “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario”, *Derecho y Salud*, vol. 16, nº extra 2, págs. 3-27.
- BLASCO LAHOZ, J. J. (2013): “La protección de la dependencia: un seguro social en construcción”, *Aranzadi Social*, nº 5, págs. 1.087-1.110.
- CASADO PÉREZ, D. (2006): “Expectativas de las personas mayores respecto a la Ley de Dependencia”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 60, págs. 149-165.
- CRUZ VILLALÓN, J. (2007): “La protección social de la dependencia”, *Temas Laborales*, nº 89, págs. 9-26.
- DURÁN BERNARDINO, M. (2014): “La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y la protección social de los cuidadores no profesionales tras la entrada en vigor del RD-Ley 20/2012, de 13 de julio”, *Documentación Laboral*, nº 102, págs. 190-194.
- (2013): “La distribución constitucional y legal de competencias en el modelo de protección social a la dependencia”, *Aranzadi Social*, nº 8, págs. 206-235.
- DUQUE SANTAMARÍA, L.; y URRUTIA SANTOS, A. (2006-2007): “Instrumentos privados de cobertura de las situaciones de dependencia”, *Documentación Administrativa*, nº 276-277, pág. 443-468.
- DURÁN HERAS, M. A. (2006): “Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años”, *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 60, págs. 57-73.
- ESPAÑA (2014): “Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 226, 17-9-14.
- (2013): “Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 289, 3-12-13.
- (2013): “Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 289, 3-12-13.
- (2013): “Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 309, 26-12-13.

- (2013): “Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 116, 15-5-13.
 - (2013): “Ley 1/2013, de 14 de mayo, de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 116, 15-5-13.
 - (2012): “Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 98, 24-4-12.
 - (2007): “Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 294, 8-12-07.
 - (2006): “Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 222, 16-9-06.
 - (2003): “Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 289, 3-12-03.
 - (2003): “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 128, 29-5-03.
 - (2003): “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 128, 29-5-03.
 - (1995): “Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 35, 10-2-95.
 - (1995): “Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 75, 29-3-95.
 - (1994): “Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 154, de 29 de junio de 1994.
 - (1991): “Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, por el que se desarrolla, en materia de pensiones no contributivas, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 69, 21-3-91.
 - (1991): “Real Decreto 356/1991, de 15 de marzo, por el que se desarrolla, en materia de prestaciones por hijo a cargo, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 69, 21-3-91.
 - (1990): “Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social Prestaciones no contributivas”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 306, 22-12-90.
 - (1986): “Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, 29-4-86.
 - (1984): “Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 49, 27-2-84.
 - (1982): “Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 103, 30-4-82.
 - (1974): “Orden por la que se aprueba el Estatuto de Personal del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, 29-4-74.
 - (1971): “Orden por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 53, 3-3-71.
 - (1971): “Orden por la que se dictan normas reglamentando los Convenios para la recaudación e ingreso de percepciones sobre productos regulados por Decreto 345/1971, de 25 de febrero”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 269, 10-11-1971.
 - (1970): “Orden por la que se establece el Servicio Social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 70, de 23-3-70.
- FERNÁNDEZ ORRICO, F. J. (2008): “Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y Seguridad Social de cuidadores no profesionales”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 74, págs. 79-104.
- GONZÁLEZ DE FRUTOS, P. (2006): “Hacia dónde va el Seguro español”, *Información Comercial Española*, nº 833, págs. 7-26.
- GONZÁLEZ DE PATTO, R. M. (2011): *La garantía jurisdiccional de las prestaciones de dependencia en el marco de la reforma del proceso social*, Albacete, Bomarzo.
- GONZÁLEZ ORTEGA, S. (2013): “Los datos generales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia y su significado”, en GONZÁLEZ ORTEGA, S. (dir.), *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*, Madrid, CES, pág. 29-56.
- (2004): “La protección social de las situaciones de dependencia”, *Relaciones Laborales*, nº 20, págs. 17-18.
- GUTIÉRREZ RESA, A. (2007): “Mayores y familia ante el futuro de los servicios sociales”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 70, págs. 81-105.
- HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, D. (2006): “El seguro privado dentro de la protección social de la dependencia: perspectivas y riesgos asociados” [tesis doctoral].
- IMSERSO (2011): *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- IMSERO (2003): *II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2003-2007)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (2003): *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (2009): *III Plan de Acción para las Personas con Discapacidad (2009-2012)*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- LA CASA GARCÍA, R.: “Prólogo”, en MARTÍNEZ-GIJÓN MACHUCA, P. (2012): *El seguro privado de dependencia*, Madrid, Marcial Pons, pág. 10.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.; y MOSTERÍN, A. (2008): “El gasto sanitario en el contexto del gasto social”, *Gaceta Sanitaria*, nº 22, supl. 1, págs. 43-52.
- MALDONADO MOLINA, J. A. (2011): “Las prestaciones por dependencia en el sistema español de protección social”, en SÁNCHEZ-RODAS NAVARRO, C. (dir.), *Las prestaciones españolas por dependencia y el Derecho de la Unión*, Murcia, Laborum, págs. 71-127.
- (2003): *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, colección Laboral, Valencia, Tirant lo Blanch, págs. 49-56.
- MARTÍN PINDADO, L. (2007): “La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia: las personas mayores”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 70, págs. 71-79.
- MARTÍNEZ-GIJÓN MACHUCA, P. (2012): *El seguro privado de dependencia*, Madrid, Marcial Pons.
- MOLERO MARAÑÓN, M. L. (2004): “Otras pensiones por vejez”, en BARRIOS BAUDOR, G. L. (coord.); y SEMPERE NAVARRO, A. V. (dir.), *Pensiones por jubilación o vejez*, Cizur Menor, Aranzadi, págs. 759-775.
- MONEREO PÉREZ, J. L.; y FERNÁNDEZ BERNAT, J. A. (2008): “La protección social complementaria ‘externa’: el espacio privado en la protección de la dependencia”, en MONEREO PÉREZ, J. L. (dir.), *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social. La Ley 40/2007, de 4 de diciembre de medidas en materia de Seguridad Social*, Granada, Comares, pág. 737-760.
- MONEREO PÉREZ, J. L. et al. (2010): *Manual de Derecho de la dependencia*, Madrid, Tecnos.
- MONEREO PÉREZ, J. L. et al., (2007): *La protección jurídica de las situaciones de dependencia. Estudio sistemático de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de protección de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Granada, Comares.
- PÉREZ ORTIZ, L. (2012): “Envejecimiento de la población y gastos sanitarios: más allá del determinismo demográfico”, en BAZO, M. T. (coord.), *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*, Nau Llibres, págs. 145-166.
- PÉREZ YÁNEZ, R. M. (2007): “La protección social de la discapacidad generadora de dependencia”, en VV.AA., *Situaciones de dependencia: situación actual y nuevas perspectivas*, Thomson-Civitas.
- ROA VENEGA, J. M.; y FERNÁNDEZ PRADOS, C. (2014): “Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: aspectos psico-sociológicos”, en VV.AA., GARCÍA GARNICA, M. C., cit., pág. 266.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2007): “La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales”, *Política y Sociedad*, vol. 44, nº 2, págs. 69-85.
- (2004): “Referencias europeas de la protección social a la dependencia”, en CASADO PÉREZ, D. (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Madrid, CCS, págs. 111-134.
- (1999): *La protección social de la dependencia*, Madrid, Imsero.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006): *El modelo de atención a la dependencia y los sistemas de protección social en España (SNS, servicios sociales y Seguridad Social)*, serie Documentos de Trabajo, nº 87/2006, Fundación Alternativas.
- SANCHO CASTIELLO, M.; y DE LA PEZUELA PINTÓ, M. (2002): *Datos básicos sobre servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2001. Evolución de los indicadores de servicios, 1999-2001*, Observatorio de Mayores, Imsero.
- SEMPERE NAVARRO, A. V. (2008): “Presupuestos, antecedentes y gestación de la Ley”, en SEMPERE NAVARRO, A. V. (dir.); y CHARRO BAENA, P. (coord.), *Comentario sistemático a la Ley de la Dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y Normas Autonómicas*, Cizur Menor, Thomson Aranzadi.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2005): *Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización*.
- SUÁREZ CORUJO, B. (2006): “Dependencia y Estado autonómico: el encaje competencial del proyecto de Ley de Protección de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, *Relaciones Laborales*, nº 2, págs. 933-953.
- TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA, SALA SEGUNDA (2011): “Sentencia de 30 de junio de 2011”, TJCE\2011\205.
- VEIGA COPO A. B. (2008): *El seguro de dependencia*, Comares, Granada.
- VIDA SORIA, J.; y GONZALO GONZÁLEZ, B. (2006-2007): “Sobre el futuro de las políticas de protección social: la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia”, *Documentación Administrativa*, nº 276-277, págs. 113-124.
- VIDA SORIA, J. et al., (2014): *Manual de Seguridad Social*, Madrid, Tecnos.
- ZABARTE, M. E. (2006): “La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 65, págs. 49-55.

El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012): el margen de la autonomía política

Nicolás Barbieri

Universitat Autònoma de Barcelona
<nicolas.barbier@uab.cat>

Raquel Gallego

Universitat Autònoma de Barcelona

Ongizate arloko politikak aldatzeko saioak legitimitate eta koordinaziorako erronka bilakatzen dira, eta bereziki garrantzitsu izaten dira deszentralizatutako Estatuen baitan. Maila anitzeko gobernu egoeretan tentsioak agertzen dira politika publikoetako emaitzak kapitalizatzean, eta zaildu egiten dute administrazioen arteko lankidetzak. Arazoaren konplexutasun hori larritu egiten da krisialdi eta politiken murrizketa gertaturiko garaietan. Horren adibide gisara, kasu adierazgarria da Norberaren Autonomia Sustatzeko eta Mendetasunaren Arretarako Legearen onarpen eta hedakuntza. Legea ezartzeko premiako gertatzen ziren Gobernu zentralaren, erkidego eta tokiko gobernuen koordinaziorako mekanismo konplexuak bideratzea. Prozesu horretan, autonomia-erkidegoek aukera desberdinak hartu zituzten bai erakundeek aldaketarako bai politika publikoen aldaketarako, eta krisialdia hastean (2008) larriagotu egin ziren alde horiek. Artikulu honetan aztergai hartzen da areagotzen den aldaketa instituzionalaren Hacker egilearen tipologia (2004), horren haritik interpretatu eta azaltzeko bi kasu desberdinetan —Euskadi eta Madrilgo Erkidegoa— jada ongizaterako politiken eskumenak banaturiko top-down logikari jarraikiz garatu izandako ezarpenetarako bi ibilbide.

GAKO-HITZAK:

Ongizate Estatua, mendetasunaren inguruko politikak, deszentralizazioa, politika publikoa, aldaketa instituzionala, autonomia-erkidegoak.

Los intentos de cambio en las políticas de bienestar implican desafíos de legitimidad y coordinación que son especialmente relevantes en Estados descentralizados. Escenarios de gobierno multinivel revelan tensiones por capitalizar resultados de las políticas públicas y dificultan la cooperación interadministrativa. Esta complejidad aumenta en tiempos de crisis y recortes en las políticas. La aprobación y despliegue de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ofrece un caso relevante como ejemplo. La implementación de la Ley requería mecanismos complejos de coordinación entre los Gobiernos central, autonómicos y locales. En este proceso, las comunidades autónomas tomaron diferentes opciones tanto de cambio institucional como de política pública, y el inicio de la crisis (2008) ahondó esas diferencias. Este artículo utiliza la tipología de Hacker (2004) de cambio institucional incremental para interpretar y explicar cómo y por qué dos casos —País Vasco y Comunidad de Madrid— desarrollan opciones de implementación distintas para integrar una política definida con una lógica *top-down* por el Gobierno central con la política de bienestar autonómica ya desplegada.

PALABRAS CLAVE:

Estado de bienestar, políticas de dependencia, descentralización, política pública, cambio institucional, comunidades autónomas.

1. Introducción

Los intentos de cambio en las políticas de bienestar implican desafíos de rendición de cuentas, legitimidad y coordinación que son especialmente relevantes en Estados descentralizados. Escenarios de gobierno multinivel revelan tensiones por capitalizar desarrollos y resultados de las políticas públicas y dificultan la cooperación interadministrativa. Esta complejidad aumenta en tiempos de crisis y los subsiguientes recortes en las políticas de bienestar. ¿Se abordan estos desafíos de forma distinta en ciclos económicos ascendentes o descendentes? ¿El cambio en las políticas públicas lleva a cambios institucionales distintos a nivel regional en los Estados descentralizados? ¿Cómo podemos explicar esas diferencias?

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) por el Gobierno español a finales de 2006, y su subsiguiente despliegue por los Gobiernos autonómicos, ofrece un caso relevante como ejemplo. La LAPAD se aprobó en un momento de ciclo económico ascendente y vino a reforzar el Estado de bienestar español, acercándolo a los estándares de sus homólogos europeos.

La LAPAD supone el reconocimiento de un nuevo derecho subjetivo y universal. Sin embargo, el despliegue de la Ley ha estado marcado también por significativos recortes en relación con la financiación y condiciones originales: en el calendario previsto (retrasando la incorporación al sistema de las personas dependientes “moderadas”), en la financiación que la Administración General del Estado (AGE) otorga a las comunidades autónomas (reduciendo sustancialmente la aportación), en las cuantías monetarias que reciben las personas con prestaciones reconocidas (disminuyendo el monto), en las características de la atención que reciben las personas dependientes (suprimiendo la compatibilidad entre servicios y disminuyendo las intensidades horarias) y en los derechos laborales de las personas cuidadoras (suprimiendo las cotizaciones a la Seguridad Social).

Desde el inicio del proceso de negociación, la LAPAD recibió críticas por parte de partidos políticos de ámbito autonómico nacionalista y por parte de algunas (CC.AA.). El argumento era que la LAPAD regulaba un área de política pública que jurídicamente era de competencia exclusiva de los Gobiernos autonómicos. Sin embargo, como la LAPAD implicaba recursos adicionales para los Gobiernos autonómicos, que iban a ser responsables de su implementación, el equilibrio de poderes favoreció su aprobación.

La implementación de la LAPAD requería mecanismos complejos de coordinación multinivel entre los Gobiernos central, autonómicos y locales, tanto para la financiación como para la provisión de servicios y transferencias económicas a los ciudadanos.

Además, en este proceso, las CC.AA. tomaron diferentes opciones tanto de cambio institucional como de políticas públicas en sus territorios, y el inicio de la crisis a finales de 2008 ahondó esas diferencias.

¿Cómo se lleva a cabo el cambio institucional y de políticas públicas en un escenario de gobierno multinivel? ¿Cómo afecta el recorte en las políticas de bienestar bajo la crisis a los procesos de implementación? Este artículo utiliza la tipología de Hacker (2004) de cambio institucional incremental para interpretar y explicar cómo y por qué dos casos —País Vasco y la Comunidad de Madrid (CAM)— desarrollan opciones de implementación distintas para integrar una política definida con una lógica *top-down* por el Gobierno central con la política de bienestar autonómica ya desplegada. Se trata de un objeto todavía poco abordado desde la aproximación de Hacker: el gobierno multinivel de las políticas de bienestar en Estados descentralizados. De esta manera, se combina el análisis del cambio institucional con los estudios de federalismo. La hipótesis es que una política formulada por el Gobierno central puede ser el origen no sólo de opciones de políticas regionales o subestatales diferentes, sino sobre todo procesos de cambio institucional significativamente distintos. Así, el artículo muestra cómo y por qué un cambio de política pública en el Gobierno central lleva a procesos de cambio institucionales diferentes en unidades territoriales subcentrales.

Como hemos avanzado, este artículo se basa en una comparación de dos casos de estudio: la implementación de la LAPAD en el País Vasco y la CAM entre 2007 y 2012. La selección de los casos está basada en el equilibrio entre similitudes y contrastes que pueden observarse, tanto en el punto de partida del sector de políticas de servicios sociales como en el despliegue de la LAPAD. Por un lado, el País Vasco y la CAM son dos de los territorios de mayor desarrollo económico en el Estado español. A su vez, si bien ambas cuentan con trayectoria de autogobierno en el ámbito de las políticas de bienestar, sus sistemas de servicios sociales (público y privado) presentan diferencias significativas¹. También existen contrastes notables en lo que se refiere al contexto político-institucional de cada territorio, tanto en la configuración de sus aspectos estables (como el sistema de financiación) como en aquellos dinámicos (relaciones intergubernamentales, ciclos económicos, etc.).

Por último, en estos casos han existido similitudes y diferencias en el despliegue de la LAPAD. Como analizaremos en detalle en este artículo, la extensión de la Ley es mayor en el País Vasco, sobre todo en los tres primeros años de su vigencia, aunque las

¹ Abordamos en detalle esta cuestión en el apartado siguiente. Por otra parte, para una visión general de la trayectoria de las políticas sociales autonómicas de servicios sociales previas a la LAPAD se puede consultar Gallego *et al.* (2005) o Gallego y Subirats (2011).

diferencias con la CAM tienden a reducirse con el paso del tiempo. La intensidad es similar en lo que se refiere al peso del gasto asumido por ambos Gobiernos autonómicos en relación con los recursos destinados por la Administración General del Estado (AGE). Sin embargo, el gasto per cápita (aquel exclusivamente asociado al despliegue de la LAPAD) es mayor en el País Vasco. Finalmente, en relación con el tipo de atención ofrecida a través de la LAPAD, mientras que la CAM concentra el despliegue de la Ley en los servicios (con un desarrollo muy bajo de las prestaciones económicas), en el País Vasco el peso de los servicios es similar al de las prestaciones.

Por último, la metodología de la investigación que sustenta este artículo está basada en la comparación de dos estudios de caso. La información analizada proviene de entrevistas semiestructuradas a 15 informantes clave², que han estado directamente implicados en los procesos analizados o cuentan con conocimiento relevante. Además, se han analizado documentos oficiales y otros datos empíricos relacionados con los factores clave en nuestras hipótesis (extensión, intensidad y tipo de cobertura ofrecido en el despliegue de la LAPAD, resultados electorales, modelo de financiación, etc.).

2. La aproximación analítica: cambio institucional en el marco de la gobernanza multinivel

Este artículo se basa en una perspectiva analítica que pretende mejorar la comprensión del cambio incremental, tanto político como institucional. Las tres ramas del nuevo institucionalismo (histórico, sociológico y racional) se fundamentan en supuestos que, a pesar de ser diferentes, refuerzan la idea de estabilidad y no acaban de dar respuesta a la explicación cambio. El cambio no es explicado como un proceso incremental y endógeno, sino como un choque abrupto causado por factores externos.

Ahora bien, contribuciones más recientes aportan herramientas teóricas útiles que pueden ayudar a identificar factores relevantes en la caracterización del cambio institucional incremental. Hacker (2004) y Streeck y Thelen (2005) han elaborado unas tipologías del cambio institucional que, a pesar de algunas variaciones, se basan en la identificación de barreras internas y externas al cambio. En concreto, Hacker (2004) señala la naturaleza de los obstáculos que pueden limitar el cambio: barreras a la conversión interna de la política pública (*internal policy conversion*) y barreras al cambio de la política pública por la autoridad externa (*authoritative policy change*). Las primeras se encuentran dentro de la propia organización, mientras que las últimas se

refieren a actores externos. Si tenemos en cuenta que cada tipo de limitación puede ser alta o baja, su combinación provoca cuatro posibles escenarios: deriva (*drift*), conversión (*conversion*), estratificación (*layering*) y revisión (*revision*).

Somos conscientes que, a pesar de ser útil para las finalidades analíticas, este tipo de contribuciones ayudan a establecer una clasificación de ejemplos empíricos del cambio institucional. Tal y como Radaelli *et al.* (2012) destacan, debemos cuidarnos de asignar un valor causal a las propias tipologías.

A su vez, nuestra aproximación analítica integra los avances en la comprensión del cambio institucional con las aportaciones formuladas por los estudios de federalismo y gobernanza multinivel. La literatura sobre federalismo y descentralización ha estudiado la gobernanza multinivel desde una perspectiva de Gobierno central. Entendemos que estudiar las unidades de gobierno subcentrales, como en este caso las comunidades autónomas y el despliegue de la LAPAD, enriquece el análisis de los procesos de toma de decisión en Estados descentralizados. Así, la explicación de esas decisiones analiza cómo los actores políticos, económicos y sociales utilizan las oportunidades que ofrece el marco territorial multinivel. Prestamos especial atención a cómo los actores intentan activamente rediseñar este marco institucional, lo que hace que el impacto de las instituciones sobre las estrategias de los actores sea variable, como también lo es el impacto de los factores dinámicos, (mayorías políticas, crisis económica, etc.).

3. El punto de partida: características del sector de políticas y contexto dinámico

Este apartado analiza los elementos claves para entender desde qué posición se inició el despliegue de la LAPAD tanto en el País Vasco como en la CAM. Se trata de factores que, como analizamos posteriormente, han influido en las decisiones de los Gobiernos autonómicos. En primer lugar, se analizan las características del sector de servicios sociales, y en concreto de la atención a los colectivos vinculados con la dependencia (personas mayores y con discapacidad). En segundo lugar, se presentan los antecedentes de las relaciones intergubernamentales, incluyendo los partidos políticos a cargo de los Gobiernos. Por último, se sintetiza el punto de partida en lo que se refiere a las condiciones socioeconómicas de la población.

3.1. Características del sector de políticas

Si bien existen referencias en el análisis de las trayectorias de los servicios sociales en el País Vasco y la CAM³, poco se ha profundizado en una

² Con perfiles diferentes y complementarios, incluyendo altos cargos gubernamentales, personal directivo técnico, representantes sindicales, profesionales y expertos del ámbito de servicios sociales.

³ Véase, por ejemplo, Couceiro (2011).

comparación entre ambos casos que señale las diferencias en dichas trayectorias y, en particular, en los antecedentes en la atención a los colectivos vinculados con la dependencia (personas mayores y con discapacidad).

La Tabla 1 permite confirmar, en lo que a gasto público se refiere, diferencias en el desarrollo de los servicios sociales, con una mayor inversión en el caso del País Vasco. Sin embargo, también informa sobre el significativo peso relativo de las políticas de este sector en la CAM, considerando el conjunto de la acción de gobierno⁴.

Tabla 1. Algunos datos sobre los servicios sociales. Comunidad de Madrid y País Vasco

	Intensidad del gasto de los servicios sociales (euros/hab., 2003)	Porcentaje presupuesto servicios sociales sobre total CC.AA. (2006)
CA Madrid	116,81	10,82
País Vasco	273,88	7,22
España	119,31	9,57

Hab.: habitante.

Fuente: Elaboración propia a partir de Couceiro (2011).

Ahora bien, más allá del gasto público, el análisis documental y la información obtenida en las entrevistas permite profundizar en aspectos cualitativos. Uno de ellos es la protección en materia de derechos o legislación en el sector de los servicios sociales. Por un lado, en el momento de aprobación de la LAPAD (diciembre de 2006), la CAM tenía en vigencia desde 2003 una Ley de Servicios Sociales que, si bien no reconocía derechos subjetivos, había impulsado la oferta de servicios en materia de dependencia⁵. En el caso del País Vasco, se contaba con una extensa tradición legislativa en el ámbito y, en el momento de aprobarse la LAPAD, se debatía sobre la idoneidad de una nueva ley de servicios sociales⁶.

Un segundo aspecto que, en términos generales, es útil para comprender el punto de partida en el sector, es el balance entre el desarrollo de servicios sociales comunitarios o primarios y aquellos especializados. Comparados con el resto de CC.AA., tanto los servicios sociales del País Vasco como los de la CAM habían mantenido cierto equilibrio entre atención primaria y especialización. La Tabla 2 refleja en parte este análisis y profundiza en el detalle sobre los antecedentes en la atención a un colectivo vinculado con la dependencia (personas mayores).

En definitiva, los datos reflejan la trayectoria de la atención a la dependencia (previa a la LAPAD) en ambos territorios. En el caso de la CAM, un elemento remarcable es el desarrollo significativo de los servicios residenciales. Se trata de un proceso marcado por diversos factores. Por un lado, la transferencia, durante la década de 1990, de residencias de titularidad estatal, en particular del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). Por otro, el impulso del Gobierno de la CAM al servicio residencial en los años previos a la LAPAD, tanto a través de la gestión directa como de la construcción de nuevas residencias en colaboración (y posterior concertación) con el sector privado, cuya patronal se constituye como actor significativo en este sector de políticas.

Por su parte, determinados servicios de proximidad tienen un desarrollo significativo por entonces. Éste es el caso del servicio de asistencia domiciliaria, desplegado tanto con presupuesto propio de los ayuntamientos como a través de la concertación con el Gobierno autonómico. Sin embargo, diferentes personas entrevistadas coinciden en la existencia de dificultades en la plasmación de convenios y la transferencia de recursos a los ayuntamientos⁷.

Finalmente, en lo que se refiere a las personas con discapacidad, la Ley de Servicios Sociales de 2003 establece criterios de gratuidad para la atención a este colectivo, cuyas entidades constituyen también un actor significativo en la CAM.

Tabla 2. Indicadores de oferta de servicios para personas mayores. Comunidad de Madrid y País Vasco, 2006

	Ayuda domicilio			Teleasistencia	Centros de día	Plazas residencias
	Cobertura*	Euros/hora	Horas/mes/usuario	Cobertura*	Cobertura*	Cobertura*
CA Madrid	6,29	12,93	17,79	9,22	1,10	5,07
País Vasco	5,39	17,40	19,30	3,26	0,74	4,45
España	4,09	12,12	16,28	3,50	0,64	4,12

* En relación con la población de 65 y más años.

Fuente: Elaboración propia a partir de Couceiro (2011).

⁴ Cabe tener en cuenta no sólo las particularidades del sistema de financiación del País Vasco (explicadas en el siguiente apartado), sino también el mayor nivel de competencias asumidas por el Gobierno autonómico en este territorio.

⁵ Ley 11/2003, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

⁶ Aprobada finalmente en 2008: Ley del Parlamento Vasco 12/2008, de Servicios Sociales.

⁷ Se trata de un aspecto de vital importancia, ya que la financiación de parte de los servicios que se desarrollan en el ámbito local no siempre queda recogida de forma sistemática en las estadísticas autonómicas.

El desarrollo de los servicios sociales en el País Vasco ha venido marcado por el significativo nivel de inversión y una estructura de gobierno multinivel, con diferencias de contenido y forma de políticas entre sus demarcaciones territoriales. Los años previos a la LAPAD son al mismo tiempo de crecimiento de la economía como del presupuesto autonómico (incluido el de servicios sociales). Este crecimiento ha venido acompañado de una acumulación de agentes con dificultades de coordinación entre sí (Fantova, 2006). En un escenario de gobierno multinivel, los actores con mayor competencias y recursos económicos en el ámbito de los servicios sociales son las diputaciones forales, seguidas del Gobierno autonómico y los ayuntamientos. Se configura así un sistema que, en el momento de aprobarse la LAPAD, presenta antecedentes significativos en la gestión de la atención a la dependencia, pero con diferencias entre las tres provincias del territorio.

En el territorio de Álava predomina la gestión pública y directa de servicios residenciales y de centros de día, principalmente de titularidad de la diputación, aunque con un papel significativo del Ayuntamiento de Vitoria, donde se concentra la mayoría de la población alavesa. Por su parte, en Gipuzkoa la gestión de servicios especializados es asumida por la diputación, pero también en buena parte por los ayuntamientos (con residencias de titularidad propia y convenios con la diputación) y el tercer sector (a través de conciertos). Finalmente, en Bizkaia predominan la gestión concertada, también en gran medida (aunque no exclusivamente) con el tercer sector.

3.2. Sistema político

Uno de los aspectos clave del contexto dinámico es la configuración del sistema político en cada territorio. En el caso de la CAM, el sistema político se ha caracterizado hasta 2015 por el bipartidismo. El mismo partido político (Partido Popular) ha gobernado con mayoría absoluta desde 1995 y hasta 2015. Este contexto ha implicado que las decisiones de políticas públicas como las de servicios sociales hayan estado respaldadas más bien por mayorías de gobierno y menos por negociación o acuerdos parlamentarios. Este factor también dirige la atención al análisis de las preferencias ideológicas, más cuando a partir de la legislatura iniciada en 2003 se produce un cambio significativo en la presidencia de la CAM, que también tiene repercusiones sobre el sector de servicios sociales⁸. En definitiva, en lo que poder de veto se refiere, el Gobierno de la CAM ha contado con la posibilidad de ejercer un alto grado de autonomía política en la construcción de su sistema de servicios sociales.

⁸ Diversas personas entrevistadas indican que la ley de servicios sociales de 2003 es resultado de cierta identificación del Gobierno de la CAM con sus políticas de servicios sociales. A partir de 2004 (y hasta 2012) la nueva presidenta de la CAM será Esperanza Aguirre, identificada con la promoción de ideas de carácter liberal o neoliberal.

Por otro lado, el caso del País Vasco es sensiblemente diferente al de la CAM. La primera Ley vasca de Servicios Sociales (1982), primera norma de este ámbito en el conjunto del Estado (Fantova, 2006), es uno de los indicadores del significativo grado de autonomía política de los agentes vascos en la construcción de su sistema de servicios sociales. Este proceso se vio reforzado por las características singulares de su sistema de financiación, basado en el régimen foral así como en el procedimiento del denominado cupo (contribución a la financiación de las cargas generales del Estado no asumidas por el Gobierno Vasco)⁹.

Por su parte, las características del sistema político del País Vasco implican que su parlamento resulte un significativo espacio de veto. Si bien el Partido Nacionalista Vasco (PNV) ha estado históricamente al frente del Gobierno desde las primeras elecciones autonómicas (1979), en diversas ocasiones ha necesitado establecer pactos con el Partido Socialista de Euskadi (PSE) o las representaciones políticas de la izquierda nacionalista. Las personas entrevistadas coinciden en la existencia de cierto consenso entre partidos políticos para el desarrollo de políticas de servicios sociales. Una explicación de esta tendencia está en las posiciones de dichos partidos: la orientación democristiana y tradicionalista del PNV, la centralidad del PSE y la izquierda nacionalista, un cierto carácter foralista del Partido Popular (PP) y, en su conjunto, el coste electoral que pueden tener en la sociedad vasca las opciones (neo)liberales en las políticas de servicios sociales¹⁰.

Por su parte, la necesidad de establecer pactos no sólo está condicionada por la orientación de los partidos políticos, sino por el sistema de gobierno territorial del País Vasco y la fragmentación de la representación política. Las combinaciones de distinto signo en los diferentes niveles de gobierno ha implicado que en los espacios de toma de decisiones del sistema público de servicios sociales se encuentren representantes de cuatro, cinco o seis fuerzas políticas diferentes. Se establece así un consenso en cuanto a la estructura de un modelo mixto de servicios sociales: centralidad de las administraciones públicas, soporte (y fomento) de la capacidad de las familias, sinergias con el tercer sector y regulación y participación de la iniciativa privada (Fantova, 2006).

⁹ A su vez, cabe destacar que la disposición de recursos económicos también está relacionada con el desarrollo sostenido de la economía del País Vasco.

¹⁰ Para las personas entrevistadas, el consenso en torno a las políticas de servicios sociales se explica también por factores variados como: el desarrollo económico y el nivel de renta (de los más altos del Estado), los niveles relativamente bajos de inmigración, las relaciones de tipo familiar-comunitaria, el desarrollo de organizaciones sociales de base humanista cristianas, el papel del sector cooperativista o el vínculo entre cohesión social y construcción nacional.

3.3. Condiciones socioeconómicas

Un segundo aspecto clave del contexto dinámico tiene que ver con las características socioeconómicas. Si analizamos políticas de atención a la dependencia, resultan significativas cuestiones como el envejecimiento de la población, su grado de urbanización, o indicadores económicos. ¿Cuál es el punto de partida (previo a la LAPAD) de ambos casos en relación con estos elementos de contexto dinámico?

Por un lado, la Tabla 3 presenta indicadores sobre envejecimiento de la población del conjunto de la CC.AA., que apuntan diferencias entre ambos territorios. Al menos en lo que se refiere a la relación entre envejecimiento y dependencia, era de esperar entonces una extensión parcialmente mayor en el despliegue de la LAPAD en el País Vasco.

Tabla 3. Indicadores de envejecimiento de la población y urbanización. Comunidad de Madrid y País Vasco (%)

	Envejecimiento de la población (2005)		Urbanización
	≥ 65 años	≥ 75 años	≥ 65 años que viven en municipios ≥ 10.000 habitantes
CA Madrid	14,2	6,6	95,0
País Vasco	18,2	8,5	81,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero (2006).

Por otro lado, la Tabla 3 también hace referencia a aspectos de urbanización, en particular de las personas mayores de 65 años. La diferencia en este caso es un tanto más significativa, y sería de esperar que el desarrollo de la LAPAD en el País Vasco resultara más complejo en lo que refiere sobre todo a los servicios especializados.

Por último, en relación con el punto de partida de las condiciones económicas, la Tabla 4 enseña la tasa de paro total y de los trabajadores de 55 y más años en ambos territorios y en conjunto del Estado.

Tabla 4. Tasa de desempleo. Comunidad de Madrid y País Vasco, 2006 (%)

	Total	≥ 55 años
CA Madrid	10,2	3,2
País Vasco	7,6	2,2
España	9,1	5,9

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero (2006).

Como podremos analizar en los apartados siguientes, la situación económica (y en particular la crisis a partir de 2008) es un aspecto central en el despliegue de la LAPAD. Resulta evidente entonces que la situación de partida en este sentido presenta diferencias entre las dos CC.AA., siendo la tasa de

paro (total y en mayores de 55) un indicador clave para comprender decisiones de política pública y de las familias de las personas en situación de dependencia. Como desarrollamos en el análisis de cada caso de estudio en las próximas páginas, el contexto económico es un factor dinámico que tanto decisores políticos como personas beneficiarias interpretan y toman especialmente en cuenta en el momento de optar por una determinada opción.

4. La Ley de Dependencia: negociación y características centrales

¿Qué aspectos clave de la negociación de la LAPAD cabe destacar? ¿Cuáles son las características centrales de la ley aprobada? Se presentan a continuación elementos de la LAPAD que cabe tener en cuenta para un posterior análisis de su despliegue en la CAM y el País Vasco.

El proceso de elaboración de la LAPAD estuvo marcado por la necesidad y dificultad de equilibrar el acceso a un derecho universal subjetivo con el desarrollo de la diversidad de sistemas públicos de servicios sociales de las CC.AA. La LAPAD estaba llamada a modernizar el sistema, no a crearlo. Debía funcionar como legislación básica que enmarcara la intervención de las diferentes esferas de gobierno (Castro, 2010). Esto implicaba la intervención del Gobierno español sobre un ámbito de competencia autonómica, diverso y con diferentes trayectorias de políticas de servicios sociales en mayor o menor medida consolidadas. Se apelaba a la acción de los Gobiernos autonómicos.

En el inicio de las negociaciones para la elaboración de la LAPAD, las alternativas contempladas, incluido el *Libro blanco de la dependencia* (Imsero, 2004), priorizaban el modelo de dependencia característico de los regímenes “conservadores” como Austria y Alemania. Este modelo se basaba en un seguro integrado en el sistema de Seguridad Social (facilitando la igualdad en el acceso), competencia exclusiva de la administración central (Castro, 2010; León, 2011). Esta alternativa estaba respaldada por los sindicatos, el tercer sector (de peso significativo en los servicios sociales) y partidos políticos con menor representación, como Izquierda Unida y Esquerra Republicana. Por su parte, esta opción tenía la oposición empresarial (al elevarse las cotizaciones) y de determinados partidos políticos como la federación nacionalista catalana *Convergència i Unió* (en este caso debido a la cuestión competencial). En este punto es importante resaltar que los Gobiernos de las CC.AA. tuvieron un papel muy limitado en la negociación y configuración de las características originales de la Ley. No existieron vías institucionales formalizadas que volvieran significativa la participación de los Gobiernos autonómicos¹¹. Las personas entrevistadas

¹¹ Tampoco en el caso de los Gobiernos locales.

para esta investigación constatan que la única vía de peso que utilizaron los Gobiernos autonómicos para influir en la configuración del sistema de atención a la dependencia fueron los partidos políticos con representación en el Congreso de los Diputados.

En definitiva, ante la compleja realidad territorial y las tensiones verticales (esferas de gobierno) y horizontales (actores sociopolíticos), el texto de la LAPAD se aproxima más bien al modelo de dependencia “socialdemócrata”. Nos interesa aquí apuntar tres aspectos presentes en la Ley que consideramos centrales para la comprensión de su posterior desarrollo: sistema de financiación, mecanismos de relaciones multinivel y cartera de prestaciones y servicios.

En primer lugar, cabe destacar que la LAPAD establece un sistema de financiación específico para el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), complementario del sistema de financiación general de las CC.AA. Esta fórmula, diferente a la que se utiliza para competencias como educación o sanidad, tenía el objetivo de impulsar un nuevo gasto por parte de las CC.AA. y Gobiernos locales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Así, el sistema de financiación se establece a partir de tres niveles:

1. Nivel mínimo: la AGE asume el gasto de un nivel mínimo de protección. Esta aportación se fija en relación con la situación de dependencia de la persona y no en relación con el tipo de cobertura (servicio o prestación económica, con costes diferentes) que termina recibiendo la persona beneficiaria.
2. Nivel acordado: la AGE establece con las CC.AA. un régimen de cooperación, a través del cual transfiere recursos presupuestarios en función de determinadas variables¹². Las CC.AA. asumen el compromiso de aportar una cantidad igual a la aportada por la AGE en concepto de estos dos primeros niveles. Pero además la Ley contemplaba un tercer nivel.
3. Nivel adicional: de forma voluntaria, las CC.AA. pueden mejorar el importe de las prestaciones previstas por la LAPAD o añadir otras no incluidas.

A estos tres niveles se suma un porcentaje de copago por parte de los usuarios, que la memoria económica de la Ley estimaba en el 33 %.

En segundo lugar, en cuanto a los mecanismos de relaciones multinivel, la LAPAD da lugar y requiere de la cooperación entre Gobiernos (vertical) y entre éstos y el resto de los actores de los servicios sociales (cooperación horizontal). Pero al mismo tiempo necesita de la integración de políticas sociales sectoriales (servicios sociales, sanidad,

empleo, mayores, infancia)¹³. Los instrumentos que la Ley dispone para ello son el Consejo Territorial del SAAD, los planes conjuntos y los convenios de colaboración bilaterales. En definitiva, como indica el *Informe del Gobierno para la evaluación de la LAPAD* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), el diseño del SAAD se aproxima al carácter mixto de los nuevos sistemas de dependencia europeos. Si el Estado regula y garantiza el sistema, las comunidades autónomas tienen competencias para la planificación y la gestión. Gobiernos locales, sector mercantil, tercer sector y familia también tienen un papel significativo.

Finalmente, en lo que se refiere a las opciones sustantivas presentes en la LAPAD, se establecen una serie de servicios (prevención, teleasistencia, centros de día, atención residencial) y prestaciones económicas (de servicio, de asistencia personal, para cuidados en entorno familiar) para las personas dependientes. Sin entrar en una valoración detallada, cabe indicar que los servicios tienen una finalidad más conciliadora que la prestación económica. La propia LAPAD define las prestaciones económicas como de carácter excepcional, pero al mismo tiempo se prioriza la permanencia de la persona dependiente en su entorno. Ahora bien, cada comunidad autónoma es responsable de evaluar las solicitudes y asignar los servicios y prestaciones que considere, definiendo además las compatibilidades entre ellas¹⁴.

5. El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid: extensión, intensidad y tipo de cobertura

El primero de los aspectos a abordar para entender el desarrollo de la LAPAD en los dos territorios analizados es la extensión que la LAPAD ha tenido en cada uno de ellos. La Tabla 5 presenta los datos en dos aspectos concretos de la extensión: porcentaje de personas beneficiarias de cada comunidad autónoma en relación con el conjunto del Estado y porcentaje de personas beneficiarias en cada comunidad autónoma sobre el total de su población. Para facilitar el análisis diacrónico, se presentan los datos de dos momentos temporales diferentes: 1 de enero de 2010 (permitiendo una mirada a los tres primeros años de desarrollo de la Ley) y 31 de diciembre de 2012.

¹³ Este aspecto es significativo, aún más cuando la coordinación entre el sector de la sanidad y el de servicios sociales ha dependido en buena medida de la voluntad del profesional.

¹⁴ Cabe recordar que en 2012 se suprimen las compatibilidades entre servicios.

¹² Financiación suprimida por el Gobierno del Estado en 2012.

Tabla 5. Extensión de la cobertura de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Comunidad de Madrid y País Vasco, 2009 y 2012

	Personas beneficiarias (% sobre total Estado)		Personas beneficiarias (% sobre población comunidad)	
	2009	2012	2009	2012
CA Madrid	5,4	10,6	0,4	1,2
País Vasco	6,9	5,1	1,5	1,8
España	100,0	100,0	1,0	1,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero (2010b, 2012b).

Sin redundar en lo que los propios datos indican, el despliegue de la LAPAD ha resultado diferente en las CC.AA. analizadas, si bien con el paso del tiempo las diferencias tienden a reducirse. En cualquier caso, el País Vasco impulsa y asume un volumen de gestión por encima de la media del despliegue de la LAPAD, sobre todo en los primeros años. Por el contrario, la CAM se ubica entre las CC.AA. que más tarda en desplegar la Ley¹⁵.

El segundo de los aspectos a analizar es la intensidad de despliegue de la LAPAD, es decir, los recursos económicos invertidos y su distribución. Nuevamente, cabe destacar la falta de uniformidad en los datos ofrecidos por las propias administraciones públicas¹⁶. La Tabla 6 presenta datos relativos a la inversión por habitante, por persona dependiente y la distribución del peso del gasto entre las diferentes administraciones públicas.

Tabla 6. Intensidad de la cobertura de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Comunidad de Madrid y País Vasco, ejercicio 2011

	€/hab. (AGE)		€/hab. (CC.AA.)		€/hab. (AA. PP.)	€/personas dependientes (AA.PP.)
	Total	%	Total	%	Total	En miles
CA Madrid	28,08	24	89,72	76	117,80	9,14
País Vasco	44,57	26	130,22	74	174,79	7,68
España	43,31	35	81,07	65	124,38	7,40

Hab.: habitante. AGE: Administración General del Estado. AA.PP.: Administraciones Públicas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2011 y 2013).

Para el caso de la CAM, cabe señalar la característica principal de la intensidad del despliegue de la LAPAD:

¹⁵ Cabe tener en cuenta que diversos informes (tanto de expertos como del Tribunal de Cuentas) han llamado la atención sobre las dificultades para certificar la información que facilitaban las CC.AA. al Imsero.

¹⁶ Si bien el Imsero elabora un conjunto de estadísticas generales sobre el SAAD, determinada información sobre las diferentes CC.AA. (por ejemplo, sobre su aportación financiera) no se encuentra disponible.

sensiblemente baja en lo que respecta al conjunto de la población (influenciada por la limitada extensión de la Ley), pero más significativa en lo que a gasto por persona beneficiaria se refiere. Este análisis también se confirma con los datos que presenta el informe del Tribunal de Cuentas (2013).

En el caso del País Vasco, el gasto per cápita asociado a la Ley está muy por encima de la media del Estado, aunque el gasto por persona beneficiaria es sólo ligeramente mayor que dicha media. En el análisis de estos datos cabe tener en cuenta la mayor extensión de la LAPAD en este territorio como el tipo de cobertura ofrecida a las personas dependientes (elemento que se analiza en las siguientes páginas).

Finalmente, en ambos casos, la intensidad es similar en lo que se refiere al peso del gasto asumido por las CC.AA. en relación con los recursos destinados por la AGE. Nuevamente este dato debe ser analizado teniendo en cuenta la mayor extensión e intensidad de la Ley en el País Vasco. En cualquier caso, ni el reparto esperado de la financiación de la LAPAD entre AGE y CC.AA. (estipulado originalmente a partes iguales para los niveles mínimo y acordado), ni el nivel de copago previsto (33 %) se han cumplido¹⁷.

Analizadas la extensión e intensidad del despliegue de la LAPAD, cabe abordar el tercer aspecto clave en las opciones de políticas tomadas por las CC.AA. En el ejercicio de sus competencias para la planificación y gestión de la LAPAD, las CC.AA. valoran las solicitudes de reconocimiento de derechos y, posteriormente, diseñan e implementan el programa individual de atención y prestaciones (PIA). Se asignan así servicios a los que tendrán acceso los beneficiarios o las prestaciones económicas que recibirán. La Tabla 7 permite comparar las decisiones que se han tomado en este sentido en nuestros casos de estudio.

Los datos indican en este caso diferentes aproximaciones en la atención a la dependencia. En el País Vasco, con una extensión significativa de la LAPAD, los servicios y las prestaciones económicas tienen un peso similar. Es destacable tanto el desarrollo del servicio de residencias como, por otro lado, el de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (PECEF). Por su parte, la CAM, con una extensión de la LAPAD claramente menor que la que se produce en el País Vasco,

¹⁷ Estos datos pueden ser analizados también a la luz del cálculo realizado en el *Informe del Gobierno para la evaluación de la LAPAD* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). El informe analiza lo que denomina “gasto nuevo neto”, es decir, el gasto que, según la AGE, se ha generado a partir de la implantación de la LAPAD (más allá de aspectos que ya contaban con un sistema de financiación preexistente) y una vez deducido el copago. Se consideran los niveles de financiación mínimo y acordado, pero no el adicional. Los datos para el ejercicio 2010 indican que la AGE aportaría el 54 % del total de la financiación, y las CC.AA., el 46 %. Aquí también existen diferencias notables entre las CC.AA.: en el País Vasco la administración autonómica aportaría el 64 %, mientras que en Madrid el 26 %. Este informe (y su metodología) ha sido criticado por los responsables políticos de la CAM y debatido (con posiciones diversas) por expertos en el ámbito.

Tabla 7. Servicios y prestaciones de las personas beneficiarias. Comunidad de Madrid, País Vasco y conjunto de España, diciembre de 2012 (%)

	Servicios					Prestaciones económicas		
	Prevención	Teleasistencia	Ayuda domicilio	Centros día/noche	Residencias	PEVS	PECEF	PEAP
CA Madrid	5,3	14,5	23,1	12,2	19,3	5,0	20,6	0,1
País Vasco	0,0	6,7	9,7	10,8	18,4	2,7	49,3	2,4
España	2,0	13,6	12,7	6,5	13	6,0	45,0	0,1

PEVS: prestación económica vinculada al servicio. PECEF: prestación económica para el cuidado en el entorno familiar. PEAP: prestación económica de asistencia personal.

Fuente: Elaboración propia a partir de Imsero (2012b).

presenta una cobertura con una doble orientación: un desarrollo muy bajo de las PECEF y una tendencia a concentrar la atención en los servicios. En particular, cabe señalar el caso de los servicios de ayuda a domicilio y las residencias (incluyendo prestaciones económicas vinculadas a servicios)¹⁸.

6. Cambio de políticas y cambio institucional

¿Cómo se procesa entonces por parte de los Gobiernos autonómicos los cambios que impulsa la LAPAD? ¿Cómo y por qué los Gobiernos toman las decisiones que hemos analizado previamente? ¿Cómo un cambio de política como la implantación de la LAPAD puede suponer también un cambio institucional en el sector de los servicios sociales?

Nuestra hipótesis principal es que el despliegue de la LAPAD condiciona procesos de cambio de políticas e institucional diferentes en el País Vasco y la CAM. En el primero la LAPAD se desarrolla de forma significativa, pero con un impacto menor sobre las políticas previas en el ámbito de la dependencia, e incluso en el conjunto del sector de servicios sociales. El cambio de políticas públicas, por lo tanto, es menor y, si acaso, con elementos de tipo *layering* y otros de tipo *conversion*. Es decir, se crean nuevas prestaciones económicas y se adaptan internamente algunos servicios y prestaciones existentes. Por su parte, en el caso de la CAM, el desarrollo de la LAPAD es menor, y su impacto sobre las políticas previas en el ámbito de la dependencia también. Ahora bien, en este caso podemos identificar dos tipos de cambio de políticas públicas. En un primer período de tiempo, el limitado despliegue de la Ley indica un cambio de tipo *drift*, donde la política previa de atención a la dependencia experimenta modificaciones (una cierta erosión del sistema) ante el cambio de circunstancias. En un segundo período, con el avance en el despliegue de la Ley, se desarrollan nuevas prestaciones, pero el balance final indica un desarrollo de la LAPAD centrado en los servicios ya existentes y sin cambios significativos.

6.1. La Comunidad de Madrid: entre un proceso de drift y la continuidad de las políticas

Como hemos analizado, la CAM se ubica entre las CC.AA. que más tarda en desplegar la LAPAD y todavía a finales de 2012 se ubicaba sensiblemente por debajo de la media estatal. Este proceso ha podido condicionar también la baja intensidad en el desarrollo de la Ley, al menos en lo que se refiere a gasto per cápita (sobre el conjunto de la población). Ahora bien, la intensidad es mayor si nos referimos a gasto por persona beneficiaria, un hecho que no sólo tiene que ver con la limitada extensión de la ley, sino con la orientación en la cobertura: un desarrollo muy bajo de las PECEF y una tendencia a concentrar la atención en los servicios existentes con anterioridad.

Así, en un primer período de vigencia de la LAPAD (hasta 2010), las características en el desarrollo de la LAPAD indican un proceso de cambio de políticas de tipo *drift*. Ante la modificación de determinadas circunstancias (particularmente, la aprobación de la LAPAD y su desarrollo en la CAM con importantes dificultades), las políticas de la CAM en el ámbito de la atención a la dependencia experimentan una erosión significativa. ¿Cómo se evidencia este proceso?

Por un lado, en lo que a adaptación y despliegue normativo de la LAPAD se refiere, el Gobierno de la CAM tiene dificultades para la integración del nuevo sistema de atención a la dependencia en su estructura de servicios sociales. La CAM contaba desde 2003 con una Ley de Servicios Sociales, que se mantiene vigente en el período que analizamos (2007-2012). Pero si bien la Ley había impulsado la oferta de servicios en materia de dependencia, no reconocía derechos subjetivos. Por su parte, durante los dos primeros años de vigencia de la LAPAD, el acceso a servicios o prestaciones vinculados con la atención a la dependencia mantiene una doble vía: la antigua (vinculada a los servicios sociales ya configurados en la CAM) y la nueva (vinculada a la LAPAD). Finalmente, mientras en algunas CC.AA. el proceso de tramitación y recepción de solicitudes se inicia con la entrada en vigor de la LAPAD (enero de 2007), en la Comunidad de Madrid (entre otras) el despliegue no se inicia hasta el desarrollo de un baremo de valoración en abril de ese año. La percepción de los responsables del Gobierno de la

¹⁸ Para complementar este análisis, resulta de utilidad la clasificación de los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares, desarrollado por Martínez-Bujan (2014).

CAM no sólo plantea las dificultades de adaptación al nuevo marco, sino una visión crítica con elementos de forma de la LAPAD¹⁹.

Por otro lado, el presupuesto de la CAM en las políticas de servicios sociales (en su conjunto) crece un 4,5 % entre 2008 y 2012²⁰. Se trata de un crecimiento relativo si se tiene en cuenta que este es el período de despliegue de la LAPAD. Además, cabe mencionar que la CAM continúa por debajo de la media estatal en el presupuesto per cápita en el ámbito de los servicios sociales. Por su parte, entre 2006 y 2012 el porcentaje del presupuesto dedicado a los servicios sociales sobre el total del presupuesto de la CAM cae del 10,82 % al 8,26 %²¹. Ahora bien, este análisis no puede dejar de lado que este período es también de crisis económica y retracción fiscal.

También en lo que se refiere a la evolución de los presupuestos de la CAM, un conjunto de personas entrevistadas coincide en señalar que el presupuesto dedicado a la atención a la dependencia se mantiene sin modificaciones significativas en el período de despliegue de la LAPAD. Es decir, el desarrollo de la LAPAD en la CAM no supone modificación significativa de los recursos invertidos en el ámbito de la dependencia en ese territorio.

Por último, en lo que se refiere a los indicadores generales de oferta de servicios sociales para personas mayores, la CAM no presenta avances significativos en el período de despliegue de la LAPAD, excepto en la teleasistencia y, en menor medida, los centros de día²². Incluso en algún caso se produce un descenso relativo²³. Sin embargo, cabe apuntar que en todos ellos la CAM se mantiene por encima de la media estatal.

En definitiva, a estos indicadores es necesario sumar que en los primeros tres años de vigencia, la extensión de LAPAD en la CAM es sensiblemente menor que en el resto del Estado, por lo que tampoco se desarrolla una cobertura de personas dependientes a través de las PECEF. Aunque esta situación se ve parcialmente modificada a partir de 2010, la LAPAD se despliega en la CAM a través de la

cobertura de servicios existentes con anterioridad²⁴. En este sentido, si en un primer período podemos hablar de un proceso de tipo *drift*, en una segunda etapa el caso de la CAM no encaja con precisión en ninguna de las categorías desarrolladas por Hacker (2004) y estaríamos frente a un proceso de dilución de la nueva política en las estructuras institucionales previas.

¿Cómo podemos explicar entonces el conjunto de este proceso? ¿Qué elementos resultan claves para comprender la toma de decisiones de los responsables políticos de la CAM?

6.1.1. Las características del sector de políticas públicas (y su percepción)

El proceso inicial de *drift* y posterior dilución de la LAPAD en la estructura institucional existente debe situarse en el marco de la presencia de actores políticos con poder de veto. Esto viene marcado por las características del sector de servicios sociales, cuyo desarrollo significativo hemos analizado previamente. Pero también por la percepción de los responsables políticos sobre el encaje entre la LAPAD y dicho sector. Es decir, por un lado, el hecho de que la CAM desplegara la LAPAD mayormente a través de servicios está vinculado con la disposición previa de una red propia²⁵.

Pero esto no puede ser analizado sin tener en cuenta la baja extensión de la LAPAD y el muy menor desarrollo de las PECEF en dicho territorio, sobre todo en los primeros tres años de vigencia de la Ley. En este sentido, los responsables políticos de la CAM están en desacuerdo con los mecanismos que la LAPAD contempla para la valoración de la dependencia. Según su percepción, éstos no permitían el reconocimiento de los servicios de atención a las personas dependientes que se venía desarrollando en dicha comunidad autónoma²⁶.

Uno de los acontecimientos más significativos en este sentido es el procedimiento que realiza el Gobierno de la CAM para equiparar baremos de valoración de la dependencia e ingresar (de oficio) personas dependientes al nuevo sistema. A través

¹⁹ “Cuando surge ley aparecen los conflictos: ¿Qué hacemos con el baremo anterior? ¿Y con la gente que ya ha entrado en lista de espera? ¿Valoramos a todo el mundo otra vez y se pierden derechos? Esto trajo muchísimos problemas” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM). “Quiénes teníamos servicios sociales potentes, seguimos prestando servicios profesionales. A mí la ley no me ha aportado nada. Otros han optado por el cheque y la prestación económica. Lo que hicimos fue priorizar a las personas que ya teníamos atendidas, no puedes sacarlas de su plaza para hacer la valoración y volver a meterlas” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM).

²⁰ Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2014).

²¹ Elaboración propia a partir de Imsero (2007) y Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2014).

²² La cobertura del servicio de ayuda a domicilio pasa de 6,29 a 7,31. La de teleasistencia de 9,22 a 16,06 (mismo período). La de centros de día de 1,1 a 1,5. Las residencias de 5,07 a 5,13. Todo ello entre 2006 (Imsero, 2007) y 2011 (Imsero, 2012).

²³ La intensidad horaria del servicio de ayuda a domicilio pasa de 17,79 horas mensuales en 2006 (Imsero, 2007) a 16,98 en 2011 (Imsero, 2012).

²⁴ “No se han creado servicios nuevos, había que mantenerlos. Tampoco se crean residencias. La red de servicios sigue siendo la misma” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM). “Se crean ocho residencias públicas, no por la LAPAD, sino que estaban planificadas desde antes, con la Ley de Servicios Sociales de la CAM. También se conciertan nuevas plazas de residencias” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM).

²⁵ Los responsables políticos de la CAM reconocen que se contemplan determinados requisitos para que las personas dependientes pudieran optar a una PECEF (como por ejemplo contar con una casa adaptada). Además, se concibe que la responsabilidad prioritaria de la administración pública es el cuidado de los grandes dependientes, quedando el familiar a cargo de la atención a los miembros de su hogar en dificultades (Imsero, 2010).

²⁶ “¿Cómo es que no podemos reclasificar automáticamente nuestras plazas de residencia en plazas de dependencia? Las personas que ya estaban atendidas en residencias no tenían ningún estímulos para pedir la Ley de Dependencia” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM).

de una orden de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2176, de 2007), se establece la equivalencia entre el baremo de valoración de la CAM y el de la LAPAD. Se asume también la presunción de que la persona que recibía un servicio de atención a la dependencia de la CAM tenía la voluntad de ser evaluado para la LAPAD. Este procedimiento, que tuvo efectos en la extensión y financiación de la Ley, pero sobre todo en el tipo de cobertura ofrecida por la CAM, estuvo marcado por las discrepancias entre Gobierno autonómico y Gobierno central²⁷. En definitiva, este episodio indica que la influencia de las características previas del sector de políticas públicas debe ser contemplada en relación con otros factores, que analizamos en detalle a continuación.

6.1.2. Las relaciones intergubernamentales

Uno de los aspectos claves en el análisis que se plantea este artículo es la coincidencia o no de los partidos políticos en el Gobierno central y el autonómico. En este caso, hasta 2011, mientras el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) encabeza el Gobierno español, el PP se ubica al frente de la CAM. Hemos apuntado que el sistema político de la CAM ha implicado que las decisiones de políticas públicas como las de servicios sociales hayan estado respaldadas más bien por mayorías de gobierno y menos por negociación o acuerdos parlamentarios. Por su parte, la LAPAD es presentada por el Gobierno del PSOE como una aportación (en buena medida del propio partido) en la construcción del cuarto pilar del Estado de bienestar. Así, y a pesar de que el PP apoyó la LAPAD en la votación del Parlamento Español, la evidencia recogida indica que las relaciones intergubernamentales fueron un elemento clave para explicar el desarrollo de la Ley en la CAM. Incluso esta dinámica también realza la importancia del análisis de las diferencias en las preferencias ideológicas de los actores políticos. Ahora bien, esto no implica que todas las CC.AA. gobernadas por el PP tuvieran un despliegue similar de la LAPAD. Por eso resulta necesario analizar en detalle las dinámicas intergubernamentales en el caso específico de la CAM.

Los responsables políticos del Gobierno de la CAM interpretaron el proceso de negociación de la LAPAD y su posterior plasmación como institucionalmente

desleales. En sus argumentos se combina la crítica a lo que entienden como proselitismo en la difusión de la Ley (asociada al PSOE) y al aparente poco reconocimiento de las particularidades del sistema de servicios sociales propio²⁸. Por su parte, los responsables políticos del Gobierno central (así como también miembros de partidos de la oposición y de sindicatos) entienden que la baja extensión de la LAPAD en la CAM se debió a una lógica de oposición instrumental de ese Gobierno autonómico contra el PSOE, que no se produce en otras CC.AA. En cualquier caso, cabe decir que las relaciones intergubernamentales explican (al menos en parte) los problemas técnicos asociados al despliegue de la LAPAD en la CAM, así como las opciones políticas asumidas²⁹.

Precisamente uno de los aspectos que ilustra la tensión en las relaciones intergubernamentales es el de la comunicación de la información relativa al desarrollo de la LAPAD. A partir de 2008, el Imerso ofreció públicamente una serie de datos estadísticos sobre el despliegue (extensión) de la LAPAD en todas las CC.AA. En estos datos aparecía reflejada la limitada extensión de la LAPAD en la CAM (entre otras), lo que dio lugar a un debate público de notable repercusión y con interpretaciones contrapuestas³⁰. Esta cuestión tuvo, según la mayoría de personas entrevistadas, consecuencias en determinadas decisiones del Gobierno de la CAM. En buena medida, y como analizaremos en las siguientes páginas, porque los datos estadísticos también estaban ligados a la financiación que recibían las CC.AA por parte de la AGE.

Finalmente, cabe decir que, más allá de las diferencias en el color de los partidos políticos al frente de los Gobiernos, los inconvenientes en el despliegue de la LAPAD en la CAM se asocian desarrollo de una Ley estatal en un ámbito de

²⁸ “La dependencia no es un invento del 2007. El Gobierno del PP habló de ello en 2002. El PSOE sin poner dinero acuña la idea de que la dependencia es su invento. La ley obliga a las CC.AA. a constituir dos redes de prestación: la tradicional de servicios sociales y la nueva que ellos pretenden que sea la de la dependencia” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM). “La forma de iniciar la ley (con un acuerdo entre sindicatos y patronal) fue desleal” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM).

²⁹ “El mensaje de los dirigentes políticos de la CAM de que la dependencia ya estaba atendida provocó, desde el punto de vista de la gestión, muchos problemas. Hizo que no se dotara de todos los medios necesarios en el principio [año 2007]. Posteriormente sí, pero se partía de atraso de año y medio. [...] Se recurrió el reglamento del Consejo Territorial del SAAD. Se utilizó esta vía de recursos judiciales que no iban a ningún sitio como arma política, porque no se les había tenido en cuenta. [...] A lo mejor estaba atendida una parte de la dependencia, pero había más. Cuando se dieron cuenta y se detuvo ese mensaje, también hubo voluntad de dotar de medios a la gestión” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM).

³⁰ “En las estadísticas aparecíamos como que la CAM tenía menos dependientes reconocidos. No es así, porque la CAM continuaba reconociendo sus servicios, como en los últimos 20 años. Ellos daban sus datos de dependencia, no reconocían los de la CAM. [...] La CAM no podía seguir figurando de esa manera. La ley hay que cumplirla, no somos una comunidad autónoma rebelde de por sí y de manera permanente. Podía dar la sensación (así fue al principio) de que Madrid atendía menos a las personas dependientes (el Gobierno socialista hacía ver eso), cuando era lo contrario” (alto cargo del Gobierno de la CAM).

²⁷ “Se hizo por motivos de financiación. Por esas personas yo no estoy cobrando, y también son dependientes. Así se podían incorporar al sistema de la LAPAD y recibir financiación por ellas. Fueron aproximadamente unas 12 mil personas, que ya estaban en la red de la CAM. Tampoco creo que sea tan ilegítimo. Si tú creas un sistema por el cual el Estado comienza a aportar dinero, ¿por qué no me voy a beneficiar de ese sistema de financiación (adicional) por unas personas que cumplen todos los requisitos de la ley, que son personas dependientes? No tenían incentivo para solicitar, no lo iban a hacer por sí mismas. El procedimiento no se ocultó, pero tampoco lo recurrió el Estado, creo que lo estaban haciendo muchas CC.AA.” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM). “En su momento se les comunicó que no podían hacer la equiparación. El Ministerio tuvo cintura con muchas CC.AA. con el objetivo de que avanzaran en el despliegue de la ley, que no la boicotearan. La estrategia era que aquellas CC.AA. que querían tirar del carro lo hicieran y las que no querían avanzar se vieran obligadas a hacerlo” (ex alto cargo del Gobierno central).

competencias descentralizadas. Por un lado, las dificultades para impulsar un eficaz y cohesionado desarrollo territorial de la LAPAD se han asociado a la insuficiente cooperación interadministrativa y a un modelo de participación en el Consejo Territorial del SAAD de carácter más informativo que proactivo. Por otro, determinadas críticas se centran en la relación entre AGE y CC.AA. en el efectivo reparto de la gestión: “Algunas de las críticas que ya desde el debate parlamentario se vienen haciendo a la AGE en relación con la LAPAD es que es muy fácil publicitar y rentabilizar políticamente estos servicios cuando la gestión la tienen que hacer otros, que, además, corren con la mayor parte de los gastos” (Granados, 2009³¹). Como puede observarse, en este caso también resulta clave la percepción que los responsables tienen sobre la cuestión competencial y la financiación de la LAPAD, ambos aspectos que analizamos a continuación.

6.1.3. La cuestión competencial y la financiación de la Ley de Dependencia

Otro de los factores clave para explicar la toma de decisiones en relación con el despliegue de la LAPAD es la percepción e interpretación sobre la cuestión competencial, y en particular en lo que refiere a la financiación de la Ley. La evidencia generada en esta investigación, así como la documentación disponible, indican que la cuestión de las competencias autonómicas (en este caso las de políticas de servicios sociales, en manos de las CC.AA.) no constituye un factor explicativo central de las decisiones de los responsables políticos de la CAM. Sí que existen referencias a lo que en determinados casos se califica, por parte de representantes de la CAM, como “efecto centralizador y el menoscabo de sus competencias exclusivas que las comunidades autónomas están padeciendo” (Granados, 2009). Pero este argumento queda en un segundo plano ante aspectos como las relaciones intergubernamentales y el sistema de financiación de la LAPAD. Las críticas al sistema de financiación (y sobre todo a la cantidad aportada por la AGE) se presentan, por parte de los responsables políticos de la CAM, como justificación en el retraso en la implementación de la LAPAD³². La legitimidad de la intervención de la AGE queda ligada, en este tipo de argumentación, a la inversión económica.

Por su parte, los responsables políticos del Gobierno central entienden que la crítica al sistema de financiación por parte de las CC.AA. busca amparar las decisiones singulares que cada Gobierno autonómico tomó en el desarrollo de la LAPAD. Se

argumenta que el sistema de financiación de la Ley buscaba el equilibrio entre homogeneidad y diferencias en la implementación por parte de las CC.AA.

En cualquier caso, resulta evidente que el sistema de financiación de la LAPAD estaba ligado a la información sobre el desarrollo de la LAPAD en las CC.AA. Este vínculo adquirió un carácter que superó el ámbito técnico y se transformó en un factor clave a la hora de explicar las decisiones políticas sustantivas tanto de la AGE como de las CC.AA. Para el Gobierno central, el sistema de financiación se percibió como una oportunidad para acceder a información rigurosa sobre los servicios sociales de las CC.AA. Para el Gobierno de la CAM, el sistema de información de la LAPAD no tenía en cuenta la trayectoria previa de los servicios sociales y fue interpretado como instrumento de control por parte de la AGE, con amplias repercusiones políticas.

6.1.4. Las relaciones con los Gobiernos locales

Otro de los factores relevantes que se identifican en el análisis del desarrollo de la LAPAD en las CC.AA. es el de las relaciones entre Gobierno autonómico y entes locales. Tanto la extensión limitada de la Ley en la CAM, el proceso de *drift* en los primeros años de vigencia, como el posterior despliegue mayoritariamente a través de servicios existentes se explican también por este factor. La participación de los entes locales en la implementación de la LAPAD en la CAM es significativamente limitada. La opción inicial del Gobierno autonómico fue la de centralizar el proceso de tramitación, incluido el procedimiento de valoración y elaboración del programa individual de atención y prestaciones. Esta decisión, que estaba dentro de los marcos competenciales de las CC.AA. para el despliegue de la LAPAD, constituyó, junto con otros factores previamente mencionados, un contexto desfavorable para la extensión de la Ley³³. En este caso, según la mayoría de personas entrevistadas, la decisión de centralizar la gestión de la LAPAD no estuvo tan relacionada con el color político de los partidos que gobernaban los ayuntamientos como con dificultades de relación y desconfianza entre esferas de gobierno (previas al despliegue de la LAPAD).

Finalmente, tras los primeros años donde se mantuvo el modelo de gestión centralizada, el Gobierno de la CAM decide introducir determinados cambios en la relación con los ayuntamientos. En este sentido, un informe de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2013) analiza el desarrollo de la Ley en las CC.AA. y en particular su integración en la red local de servicios

³¹ Elena Granados Vaquero fue Subdirectora General de Coordinación de la Atención a la Dependencia de la CAM.

³² “Como no hay financiación, la CAM no recibe un plus de dinero para atender a la gente que no fuera la que ya tenía atendida. Si quiere colaborar conmigo, cofinancie. Hasta que no vimos claro cómo era el desarrollo de la dependencia en temas de financiación, la CAM siguió atendiendo a sus ciudadanos dependientes” (alto cargo del Gobierno de la CAM).

³³ “Otras CC.AA. descentralizaron las primeras fases de tramitación a los servicios sociales municipales. Madrid optó por centralizar. Eso, y además en una organización sin medios, provocó cuellos de botella en la gestión. Además provocó el descontento de los servicios municipales y sus trabajadoras sociales” (ex alto cargo del Gobierno de la CAM).

sociales. El informe analiza el caso de la CAM como de integración parcial. Es decir, se considera que sólo en parte las corporaciones locales han sido partícipes del desarrollo de la LAPAD y que el soporte económico recibido como refuerzo ha resultado insuficiente.

6.2. El País Vasco: impacto limitado de la Ley de Dependencia y cambios de tipo layering y conversión

Como hemos analizado, en el País Vasco la LAPAD tiene un desarrollo significativo, con una extensión por encima de la media, sobre todo en los primeros años de vigencia de la Ley. En lo que refiere a la intensidad del despliegue, el gasto per cápita asociado a la Ley está muy por encima de los datos promedios del conjunto de CC.AA. Sin embargo, el gasto por persona beneficiaria es sólo ligeramente mayor que dicha media. En el análisis de estos datos cabe tener en cuenta el tipo de cobertura ofrecida a las personas dependientes, con un equilibrio entre servicios (sobre todo centros de día y residencias) y prestaciones económicas (mayormente PECEF). Este desarrollo de la LAPAD tiene en el País Vasco un impacto menor sobre las políticas previas en el ámbito de la dependencia, e incluso en el conjunto del sector de servicios sociales.

En lo que se refiere al desarrollo normativo del País Vasco en el ámbito de los servicios sociales (y particularmente la dependencia), cabe señalar la aprobación de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales a finales de 2008. La ley autonómica integra la LAPAD en la red vasca de servicios sociales (Ararteko, 2011). Además, las personas entrevistadas apuntan que la ley vasca excede a la LAPAD, ya que garantiza derechos subjetivos no sólo en el ámbito de la dependencia³⁴. Si bien coinciden en que la LAPAD no condiciona directamente la ley autonómica, se reconoce, en algún caso, un efecto catalizador³⁵. Ahora bien, al menos en el período de análisis de esta investigación, la ley vasca de servicios sociales tiene un desarrollo limitado y poco concreto. Incluso un informe de la institución del Ararteko, Defensoría del Pueblo Vasco (2011) concluye que el retraso en el desarrollo de dicha Ley no ha favorecido la superación de diferencias territoriales ni la estructuración de prestaciones y servicios. Ese mismo informe afirma que la LAPAD tampoco ha contribuido a impulsar significativamente la trayectoria de las políticas de servicios sociales del País Vasco. En definitiva, estamos frente a un impacto

menor de la LAPAD, que puede ser entendido en el marco de un proceso de cambio de políticas del tipo *conversión*. Pero incluso en este caso cabe introducir un matiz, ya que si bien existe adaptación de la política existente ante la aprobación de la LAPAD, estamos, sobre todo, frente a la inclusión de LAPAD en una política ya en desarrollo (por ejemplo, como se explica en las próximas páginas, en el ámbito de las prestaciones económicas).

Este análisis se evidencia también en lo que se refiere a desarrollo del presupuesto de servicios sociales del País Vasco, que en su conjunto no experimenta cambios significativos. Si bien el presupuesto total en servicios sociales se ha reducido un 2,9 % entre 2009 y 2012, el gasto per cápita se incrementa un 3 % en ese mismo período (ante la reducción del número de habitantes). También aumenta el peso relativo del presupuesto de servicios sociales en relación con el total del gasto, que pasa de 6,77 % en 2009 a 7,24 % en 2012 (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2013). En cualquier caso, en este análisis es necesario tener en cuenta una serie de factores. El presupuesto en servicios sociales per cápita del País Vasco supera muy ampliamente la media estatal. Un hecho que está condicionado (aunque no exclusivamente) por su sistema de financiación particular y por la gestión descentralizada de los servicios sociales con el papel preponderante de las diputaciones forales.

Por último, en lo que se refiere a los indicadores generales de oferta de servicios sociales para personas mayores, El País Vasco no presenta avances significativos en el período de despliegue de la LAPAD. Cabe apuntar que, en la cobertura ofrecida por los centros de día y servicios residenciales, los índices se mantienen por encima de la media estatal. La poca influencia de la LAPAD en este sentido es reconocida en las entrevistas realizadas³⁶.

Lógicamente estos datos deben ser analizados en el marco de una extensión significativa de la LAPAD en el País Vasco, incluso por encima de la media estatal. Y también en relación con la cobertura ofrecida, marcada por el equilibrio entre servicios y prestaciones económicas. Esto implica, de hecho, un desarrollo significativo de las PECEF, que constituyen casi el 50 % del total de la cobertura ofrecida a través de la LAPAD. Esta cuestión en concreto puede ser analizada como un proceso de cambio de políticas de tipo *layering*, es decir, de creación de una nueva política sin la eliminación ni modificación de la anterior. Se consolidan los servicios que venían desarrollándose previamente a la existencia de la LAPAD y a ello se adiciona la cobertura a través de las PECEF³⁷.

³⁴ “La idea es que la LAPAD se integre en la ley de servicios sociales de Euskadi. Esta es nuestra ley, por la que peleamos. [...] Se reconoce el derecho subjetivo no sólo a la dependencia y la discapacidad, sino también a otros colectivos. La LAPAD la aceptamos, pero no influye en la ley de servicios sociales” (alto cargo del Gobierno del País Vasco).

³⁵ “Antes de la LAPAD en el sector de servicios sociales se pensaba que había que hacer decretos clave para avanzar con la anterior ley de servicios sociales. Con la LAPAD, y la declaración de derecho subjetivo, el sector avanza en que una parte de lo que hace (la otra no) puede ser incluida como derecho subjetivo” (ex alto cargo del Gobierno del País Vasco).

³⁶ “Desplegar la LAPAD en Euskadi no implica crear nuevos servicios. El plan de infraestructuras de Bizkaia ya estaba hecho” (alto cargo de una diputación foral).

³⁷ “Se ha mantenido la oferta de servicios en Euskadi sin menos-cabo de que se abriese la puerta de atrás de las prestaciones económicas que pudieran suplir servicios. Ha preocupado que estuviera equilibrado” (ex alto cargo del Gobierno del País Vasco).

En algunos de los territorios del País Vasco, el desarrollo significativo de las PECEF supone una novedad, es decir, se identifica un impacto de la LAPAD. Pero en otros territorios, como en Álava, donde ya existían prestaciones económicas a personas cuidadoras, más que un proceso de creación de una nueva política, la LAPAD supone un cambio de tipo *revisión*. Incluso de adaptación mutua entre la política existente y la LAPAD, ya que las cuantías ofrecidas por la Diputación Foral son más altas de lo que prevé inicialmente la LAPAD³⁸. En cualquier caso, las personas entrevistadas coinciden en que el impacto de la LAPAD en el País Vasco no distorsiona la manera en que se atendía y se atiende a la dependencia en ese territorio, ni en el ámbito institucional ni en el de los cuidados familiares³⁹.

¿Qué factores resultan entonces clave para explicar la toma de decisiones de los responsables políticos en el País Vasco (tanto del Gobierno autonómico como de las diputaciones forales)? ¿Cómo podemos comprender el impacto de la LAPAD en términos de cambio de políticas y cambio institucional?

6.2.1. Las características del sector de políticas públicas

La característica del despliegue de la LAPAD en el País Vasco y su impacto menor sobre las políticas previas en el ámbito de la dependencia deben situarse en el marco de la presencia de actores políticos con poder de veto. Esto viene marcado, en primer lugar, por las características del sector de servicios sociales, cuyo desarrollo significativo hemos analizado previamente.

Además del desarrollo previo de los servicios especializados como los centros de día y las residencias, cabe insistir en el avance presupuestario experimentado los años previos a la LAPAD. A ello se sumó el desarrollo formativo se había producido en las esferas directivas en el sector. Este proceso se complementó con la existencia de un cierto consenso sobre el interés de desplegar la LAPAD⁴⁰.

Por su parte, el desarrollo significativo de las PECEF en el País Vasco también está relacionado (aunque sólo en parte) con las características del

sector de políticas. A pesar de la existencia de una red significativa de servicios, ésta ha podido resultar insuficiente para que el profesional pudiera ofertar un servicio especializado a las familias y las personas dependientes. Cabe tener en cuenta aspectos socioeconómicos, como el menor grado de urbanización de las personas mayores (analizado previamente), lo que implica mayor complejidad en la oferta de servicios que faciliten a la persona dependiente permanecer en su entorno. Si bien las personas entrevistadas coinciden en que el desarrollo de las PECEF implica el reconocimiento de una realidad existente (la de las familias que ya venían ofreciendo el cuidado), también se han producido casos, como indica el informe de la institución del Ararteko (2011), donde esta prestación ha podido suponer el abandono de la persona en situación de dependencia del servicio que venía recibiendo. Finalmente, es necesario considerar que las administraciones han podido tener incentivos para otorgar PECEF (coste menor y gestión más sencilla⁴¹) y que también la concepción de la política pública asigna una responsabilidad a las familias de las personas dependientes⁴².

Un último caso relevante en el análisis del tipo de cobertura ofrecida en el despliegue de la LAPAD en el País Vasco es el desarrollo significativo de la prestación económica de asistencia personal en Gipuzkoa. Esta prestación, destinada a cubrir los gastos derivados de la contratación de un asistente personal para facilitar la autonomía en las actividades cotidianas, prácticamente no se desarrolla en ninguna comunidad autónoma. La Diputación Foral de Gipuzkoa realiza una interpretación más amplia del artículo 19 de la LAPAD que el resto de territorios vascos y CC.AA., lo que le permite asignar la prestación a más personas dependientes. Esto explica el hecho de que a finales de 2010 se habían otorgado en Gipuzkoa 1.246 prestaciones de este tipo, mientras que en el resto de diputaciones prácticamente ninguna (Ararteko, 2011). Las personas entrevistadas coinciden en analizar este proceso como apuesta impulsada por el equipo técnico de la diputación (fruto de un trabajo profesional previo relacionado con el apoyo económico para la asistencia y facilitación de la autonomía personal) y asumida en las instancias de dirección política.

³⁸ “Como el planteamiento de la LAPAD está por debajo, a nosotros no nos condiciona. Existían prestaciones económicas como las AECUS, con cuantías superiores a lo que marca la LAPAD, porque si vienes otorgando unas cuantías determinadas, luego es difícil reducirlas a lo que pautaba, la LAPAD. [...] Es cierto que ahora hay muchas más prestaciones económicas de las que había antes de la LAPAD” (cargo técnico de una diputación foral).

³⁹ “La ley no cambia la realidad, cambia la forma de llamarle y reconocerlo como derecho. [...] Los datos sobre la cobertura de la LAPAD son una fotografía real de cómo se atiende a las personas dependientes en este país” (alto cargo de una diputación foral).

⁴⁰ “Existía voluntad por parte del sector para que la LAPAD se desplegara. Un interés conjunto. [...] Hubo coincidencia de personas, se mezclaron e implicaron diferentes partidos políticos. [...] Profesionales del trabajo social formados en la universidad que luego ocuparon cargos políticos y técnicos” (profesora e investigadora universitaria en el País Vasco).

⁴¹ “Se junta la voluntad de la gente por esta prestación y que políticamente resulta más cómodo: los recursos presupuestarios son limitados, la opción de la ayuda a domicilio (alternativa de cuidados) se había encarecido en el precio por hora, etc.” (alto cargo de una diputación foral).

⁴² “Existe la concepción de que los familiares también tienen responsabilidad en el cuidado, se apoya a esa familia para que pueda cuidar sin renunciar a su vida. Existe una política de promoción de la familia como provisor” (alto cargo de una diputación foral).

6.2.2. Las relaciones intergubernamentales y el sistema político

Otro de los aspectos claves en el análisis del despliegue de la LAPAD en el País Vasco es la coincidencia o no de los partidos políticos en el Gobierno central y autonómico, teniendo en cuenta también las diputaciones forales. Un aspecto que no puede ser estudiado al margen de las características del sistema político en dicho territorio.

En el momento de negociación y aprobación de la LAPAD (impulsada por el PSOE), el Gobierno del País Vasco estaba encabezado por el PNV, pero en coalición con Eusko Alkartasuna (EA, izquierda nacionalista) y Ezker Batua (EB, Izquierda Unida). Este último partido tenía asignada la consejería del ámbito de servicios sociales. Las personas entrevistadas coinciden en que este escenario, complementado con una relación de cierta colaboración entre PSOE y PNV en el ámbito estatal, tuvo influencia para el significativo desarrollo de la LAPAD en el País Vasco. Incluso la fragmentación política (en el Parlamento Vasco y en su sistema territorial de gobierno) jugó a favor de la aprobación de la Ley vasca de Servicios Sociales, impulsada por el Gobierno de coalición, pero apoyada por el PSE. Todo ello en un contexto que hemos analizado previamente, de un cierto consenso en cuanto a la necesidad y la estructura de un modelo mixto de servicios sociales en el País Vasco⁴³. Y como analizaremos en las próximas páginas, teniendo como antecedente el voto negativo del PNV a la LAPAD en el Parlamento español, en gran medida por considerar que se vulneraban las competencias exclusivas en materia de servicios sociales.

Por último, cabe recordar que tras las elecciones al Parlamento vasco de 2009, el PSE accede a encabezar el Gobierno por primera vez en treinta años, con el apoyo del PP en la investidura presidencial. Así, por un breve tiempo (hasta fines de 2011) Gobierno autonómico y Gobierno central coinciden en el color de partido político. En cualquier caso, el Gobierno Vasco mantiene un alto grado de autonomía en el desarrollo de la LAPAD. Esto se explica, entre otros factores, porque los organismos del SAAD que buscaban la cooperación interterritorial son percibidos como poco efectivos y condicionados por el debate partidista⁴⁴.

Ahora bien, este grado de autonomía en las opciones de políticas vinculadas a la LAPAD (y en términos generales, a los servicios sociales) debe ser entendido también en el marco de las características

singulares del sistema de financiación del País Vasco. Las personas entrevistadas coinciden en que esta singularidad facilita, sobre todo a las diputaciones forales, la capacidad de planificación de las políticas de servicios sociales, pero también condiciona un significativo grado de responsabilidad en la toma de decisiones. Este factor, entre otros, explica no sólo que la LAPAD haya condicionado escasamente la orientación del sistema de servicios sociales vasco, sino también la significativa intensidad en el despliegue de la Ley, tanto en el gasto per cápita como en el alto porcentaje asumido por las administraciones vascas⁴⁵.

6.2.3. La cuestión competencial y la financiación de la Ley de Dependencia

La LAPAD tiene implicaciones significativas sobre la cuestión de las competencias autonómicas, repercusiones que en buena medida están ligadas también al sistema de financiación de la Ley. La percepción en relación con estos elementos es también un factor clave para explicar la toma de decisiones en relación con el despliegue de la LAPAD en el País Vasco.

A pesar del voto negativo del PNV a la LAPAD en el Parlamento español (precisamente por cuestiones competenciales), las personas entrevistadas coinciden en que la Ley fue valorada como una oportunidad por parte del Gobierno y el conjunto de actores de peso en los servicios sociales. Si bien el Gobierno Vasco se planteó la posibilidad de elevar un recurso de inconstitucionalidad (entendiendo que la LAPAD implicaba invasión de competencias), finalmente no lo hizo. Además del consenso en relación con el modelo de servicios sociales vasco y la posibilidad que ofrecía la LAPAD, las personas entrevistadas señalan otro factor explicativo de esta decisión, vinculado con la manera en que el Gobierno central construyó la alternativa de política pública, en concreto, planteando la LAPAD como única alternativa posible en el proceso de construcción del Estado de Bienestar.

La cuestión competencial está relacionada particularmente con el sistema de financiación de la LAPAD. En el caso del País Vasco, este sistema se aplicó sólo parcialmente, es decir, a través del nivel mínimo, pero no del nivel acordado, que se descontó por la vía del cupo. Esto implicó que el Gobierno del País Vasco evitara los debates entre AGE y CC.AA. en relación con los criterios utilizados para aplicar la financiación por el nivel acordado. En cualquier

⁴³ “Existe una tradición histórica con respecto a la política social, asumida por gran parte de la sociedad, también por el tercer sector [...] En muchas CC.AA. ha habido bipartidismo permanente, antagonismo y enfrentamiento total, incluso con Gobierno central. En el País Vasco, no tanto” (ex alto cargo del Gobierno del País Vasco).

⁴⁴ “El funcionamiento del Consejo Interterritorial también explica las diferencias en el despliegue de la ley entre CC.AA. En el Consejo, se funciona a base de consigna partidista. Por eso, nosotros vamos desarrollando la LAPAD por nuestra cuenta” (ex alto cargo del Gobierno del País Vasco).

⁴⁵ “El sistema de financiación y la política de ingresos propia (saldando cuentas con el Estado a través del cupo) es fundamental para la intensidad de la LAPAD y para el peso mucho mayor de las administraciones vascas por sobre el Gobierno central. Te permite desarrollar política sin mirar cuánto te da Madrid” (ex alto cargo del Gobierno del País Vasco). “Hay que tener en cuenta también la renta media y el coste laboral de los servicios (SAD [servicio de asistencia domiciliaria], centros de día, residencias). También la ratio de profesional por persona dependiente es alta. Son estándares que nos autoimponemos” (alto cargo de una diputación foral).

caso, la percepción de la mayoría de personas entrevistadas es que el sistema de financiación de la LAPAD no condicionó la toma de decisiones sobre su despliegue en el País Vasco. Y que, considerando que la aportación financiera del Gobierno central sería menor, la LAPAD se desarrolló de manera extensiva e intensiva de forma autónoma. En este sentido se puede entender un doble proceso de adaptación de la LAPAD al sistema de servicios sociales vasco y de cumplimiento (por parte de los responsables de las administraciones vascas) de los criterios establecidos en la LAPAD para recibir la financiación a través del nivel mínimo⁴⁶.

6.2.4. Las relaciones con los Gobiernos locales y el papel específico de las diputaciones

Por último, pero no menos importante, otro de los factores relevantes que se identifican en el análisis del desarrollo de la LAPAD en las CC.AA. es el de las relaciones entre Gobierno autonómico y entes locales. Como hemos avanzado, el caso del País Vasco es singular en su distribución de competencias, ya que las diputaciones asumen un papel preponderante en la gestión de los servicios sociales. Esto es particularmente evidente en el ámbito de la dependencia. En definitiva, en el País Vasco la descentralización de la gestión de la LAPAD es, de facto, mayor que en otras CC.AA. Las diputaciones asumen tanto la valoración del grado de dependencia como la realización del programa individual de atención y prestaciones, además de gestionar (en gran parte) los servicios especializados de atención a la dependencia. Este escenario es otro factor explicativo de la extensión significativa de la LAPAD así como las decisiones respecto al tipo de cobertura desarrollada: el equilibrio entre servicios y prestaciones, con un desarrollo significativo de la atención a través de centros de día y residencias.

Este rol asumido por las diputaciones se valora por parte de los responsables políticos como facilitador de la proximidad en la atención a la dependencia así como de la eficiencia. En el informe citado de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2013), se analiza el caso del País Vasco como de integración efectiva del sistema de gestión de la LAPAD en la red local de servicios sociales. Se apunta que existe en este caso un refuerzo económico y de personal específico. Sin embargo, según la percepción de determinadas personas entrevistadas, este proceso no está exento de tensiones significativas en la relación con los

ayuntamientos, particularmente en el reparto de competencias así como en la financiación⁴⁷.

7. Conclusiones

En este artículo hemos analizado, en primer lugar, las diferencias en el despliegue de la LAPAD en los casos del País Vasco y la CAM. Hemos presentado los detalles sobre las diferentes opciones que las CC.AA. tomaron en lo que refiera a la extensión, intensidad y tipo de cobertura de la LAPAD en sus territorios.

Uno de los elementos clave a considerar en este análisis es el propio proceso de negociación de LAPAD, así como las características centrales de la Ley finalmente aprobada. Ambos aspectos son factores que marcan el despliegue de la LAPAD en los dos casos estudiados.

Otro de los elementos clave a tener en cuenta es el punto de partida desde el cual se inició el despliegue de la LAPAD en los territorios estudiados. Hemos identificado y argumentado la existencia de importantes diferencias (y determinadas similitudes) en tres aspectos, todos ellos con anterioridad a la LAPAD. Por un lado, en las características del sector de servicios sociales, y en concreto en la atención a los colectivos vinculados con la dependencia (personas mayores y con discapacidad). Por otro, en los antecedentes de las relaciones intergubernamentales, incluyendo los partidos políticos (y las ideologías) a cargo de los Gobiernos previamente a 2007. Y por último, en lo que se refiere a las condiciones socioeconómicas de la población en cada territorio. Se trata de factores que han influido en las decisiones de los Gobiernos autonómicos.

Pero entender el proceso de despliegue diferenciado de la LAPAD en estos territorios requiere de un análisis específico. Por eso en este artículo hemos abordamos de forma explícita las preguntas sobre el por qué y el cómo se ha desplegado de forma distinta la LAPAD, lo que en definitiva nos permite reflexionar sobre procesos de cambio de políticas públicas y cambio institucional en el Estado de Bienestar. A partir de una aproximación teórica que combina los estudios sobre el cambio institucional incremental y los estudios sobre federalismo, hemos demostrado cómo y por qué un cambio de política pública en un Gobierno central lleva no sólo a la divergencia de políticas públicas en unidades territoriales subcentrales, sino también a procesos de cambio institucional diferentes en dichos Gobiernos.

⁴⁶ “No he percibido tensiones entre Gobierno Vasco y central. Si se pone más dinero, nosotros encantados. Se espera poco de la administración central. La ley se financia desde aquí” (alto cargo del Gobierno del País Vasco). “Para nosotros, la LAPAD significa ‘hay que cumplir estos criterios para cobrar algo de Madrid’. Si con la LAPAD hubiese venido impulso financiero importante, sería otra historia. [...] No pudo tener efectos” (alto cargo de una diputación foral). “En el País Vasco, la LAPAD tuvo una extensión importante, porque el sistema de servicios sociales estaba muy avanzado; desde el punto de vista financiero, para ellos fue un buen negocio, les quedaba algo por hacer y recibieron dinero” (ex alto cargo del Gobierno central).

⁴⁷ “Entre diputaciones y ayuntamientos sí que ha habido más tensión en la distribución de competencias” (cargo técnico de una diputación foral). “Los Ayuntamientos han tenido miedo a tener que cargar en un futuro con el alto coste de servicios como el SAD [servicio de asistencia domiciliaria]. Tampoco ha habido tal vez diálogo con los Gobiernos de otras esferas para aclarar esto” (alto cargo del Gobierno del País Vasco). Por su parte, el informe de la Institución del Ararteko, Defensoría del Pueblo Vasco (2011), recoge la opinión de Eudel-Asoiación de Municipios Vascos, que subraya que el incremento de volumen de trabajo de los servicios municipales no ha venido acompañado de la dotación económica suficiente.

En concreto, el caso del País Vasco ilustra un impacto limitado de la LAPAD y determinados cambios de tipo *layering* y *conversión*. Por su parte, el proceso experimentado en la CAM puede calificarse como inicialmente de *drift* y luego la tendencia a la continuidad de las políticas. Pero más allá de explicar en detalle las dinámicas de cambio, este artículo ha identificado factores explicativos de dichos procesos. Sin asignar un valor causal a la propia tipología desarrollada por Hacker (2004), comprobamos que tanto la existencia de actores con poder veto como el margen de discreción con el que cuentan los responsables de la implementación de las políticas son dos factores clave para entender los procesos de cambio.

A su vez, este artículo ha identificado otros cuatro elementos significativos que ayudan a explicar por qué de las diferencias en el despliegue de la LAPAD en un contexto de crisis económica y recortes en las políticas de bienestar. Por un lado, las características del sector de políticas públicas (y la percepción por parte de los actores). Por otro, los elementos de contexto dinámico (las relaciones intergubernamentales y las mayorías políticas, así

como el peso específico de la crisis económica). Un tercer elemento clave es todo aquello que tiene que ver con la cuestión competencial y la financiación de la LAPAD. Por último, un factor de gran importancia es el papel que se le otorga (y el que asumen) los Gobiernos locales en el desarrollo de la Ley.

Estos cuatro elementos están relacionados con la manera en que los actores políticos, económicos y sociales utilizan las oportunidades que ofrece el marco institucional, en este caso marcado por la gobernanza territorial de tipo multinivel. La capacidad y el margen que tienen los actores para incidir sobre la configuración del marco institucional es diferente, por lo que también es variable el impacto de las reglas institucionales sobre los propios actores y sus decisiones.

En definitiva, el conjunto de estos factores, identificados a partir de la comparación de dos casos de estudio, son elementos de relevancia para el análisis de procesos de cambio de políticas públicas de bienestar y cambio institucional, muy especialmente en Estados de carácter descentralizado y gobiernos de tipo multinivel.

Bibliografía

- ARARTEKO (2011): *La aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en la CAPV*, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/3_2470_3.pdf].
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (2013): *XI Dictamen del Observatorio de la Dependencia*, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales [<http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>].
- (2010): *Informe de seguimiento del SAAD*, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales [<http://www.directoressociales.com/documentos/documentos-dependencia.html>].
- CASTRO, M. (2010): “Análisis y retos del Sistema del Autonomía y Atención a Dependencia en Andalucía en el marco de la gobernanza multinivel”, *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 23, págs. 163-188.
- COMUNIDAD DE MADRID (2003): “Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid”, *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, nº 88, 14-4-03, págs.6-22 [http://www.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/20030414_B/08800.PDF].
- COUCEIRO, J. (2011): “La dimensió substantiva en les polítiques autonòmiques de serveis socials”, en GALLEGO, R.; y SUBIRATS, J. (eds.), *Autonomies i desigualtats a Espanya: percepcions, evolució social i polítiques de benestar*, Barcelona, Institut d'Estudis Autonòmics.
- FANTOVA, F. (2006): “Algunos elementos para un análisis de las políticas sobre servicios sociales en el País Vasco”, *Zerbitzuan*, nº 40, págs. 7-20 [<http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Elementos%20para%20un%20análisis%20de%20las%20políticas%20sobre%20servicios%20sociales.pdf>].
- GALLEGO, R., GOMÀ, R. y SUBIRATS, J. (2005) “Spain: From state welfare to regional welfare”, en MCEWEN, N.; y MORENO, L. (eds.), *The Territorial Politics of Welfare*, Londres, Routledge.
- GRANADOS, E. (2010): “Política social y relaciones intergubernamentales: la política de atención a la dependencia”, en ARENILLA, M. (coord.): *La administración pública entre dos siglos*, Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública, págs. 907-926.
- HACKER, J. S. (2004): “Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States”, *American Political Science Review*, vol. 98, nº 2, págs. 243-260.
- IMSERO (2012a): *Informe 2012. Las personas mayores en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- (2012b): *Informes mensuales de gestión del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia* [http://www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/inf_gp/2012/index.htm].
- (2011): *Informes mensuales de gestión del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia* [http://www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/inf_gp/2011/index.htm].
- (2010a): *Informe 2010. Las personas mayores en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.

- (2010b): *Informes mensuales de gestión del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia* [http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/inf_gp/2010/index.htm].
- (2006): *Informe 2006. Las personas mayores en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (2004): *Libro blanco de la dependencia*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- LEÓN, M. (2011): “Ideas, políticas y realidad: análisis crítico de la Ley de Dependencia”, *Papeles de Economía Española*, nº 129, págs. 170-181.
- MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2014). “Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 145, págs. 99-126.
- MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (2014): *Presupuestos de las Comunidades Autónomas* [<http://serviciosweb.meh.es/apps/publicacionpresupuestos/aspx/inicio.aspx>]
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011): *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Madrid.
- PAÍS VASCO (2008): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-08, págs. 31.840-31.924 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>].
- PORTAL MAYORES (2012): *Estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia*, abril 2012 [<http://www.imserso-dependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>].
- (2010): *Estadísticas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia*, enero 2010 [<http://www.imserso-dependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>].
- RADAELLI, C.; DENTE, B.; DOSSI, S. (2012): “Recasting institutionalism: Institutional analysis and public policy”, *European Political Science*, nº 11, págs. 537-550.
- STREECK, W.; THELEN, K. (eds.) (2005): *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economy*, Oxford, Oxford University Press.

Nuevos interrogantes en el modelo de provisión de cuidados en Andalucía¹

Inmaculada Zambrano Álvarez

Universidad Pablo de Olavide de Sevilla
<izamalv@upo.es>

María Teresa Martín Palomo

Universidad Carlos III de Madrid

José María Muñoz Terrón

Universidad de Almería

Evangelina Olid González

Universidad de Sevilla

Artikulu honetan gogoeta egiten da Andaluzian buruturiko 'Zainketa-lanen geografiak. Enplegua sortzeko pribatizazioaren eraginak' azterlanaren inguruan. Bertan burutzen da mendetasun egoeran dauden pertsonen arretaren inguruko antolaketa sozialaren eta kudeaketa publikoaren inguruko analisi bat, eta beronen xedea da zainketak eskaintzeko egituraren mapa baten profila egitea, oinarri hartuz bertan inplikaturik dauden eragile desberdinen rolen azterketa. Halaber, ebaluatzen dira Norberaren Autonomia Sustatzeko eta Mendetasunaren Arretarako Legea ezarri zenetik nabarmenduriko aldaketak. Bertan azaltzen da krisialdi ekonomikoak eta politika zorroztaileak sakonean eragin diola legearen zutabe nagusienetakoa den izaera unibertsalerako bokazioari.

GAKO-HITZAK:

Zainketak, politika publikoak, generoa, krisialdia.

Este artículo presenta una reflexión del estudio realizado en Andalucía como parte del proyecto 'Geografías del trabajo de cuidados. Implicaciones de su privatización para la creación de empleo'. Se aborda un análisis de la organización social del cuidado y la gestión pública de la atención a las personas en situación de dependencia, con el fin de perfilar un mapa de la estructura de la provisión del cuidado, a partir del papel desempeñado por los diferentes actores implicados. Además, se evalúan los cambios experimentados a partir de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Se pone de manifiesto cómo la crisis económica y las políticas de austeridad remueven, profundamente, uno de los pilares de dicha ley: su vocación de universalidad.

PALABRAS CLAVE:

Cuidados, políticas públicas, género, crisis.

¹ Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (Proyecto 'Geografías del trabajo de cuidados. Implicaciones de su privatización para la creación de empleo', Plan Nacional de I+D+i, referencia CSO2012-32901). Una primera versión, presentada en el V Congreso de la Red Española de Política Social (REPS), "Desigualdad y democracia: políticas públicas e innovación social" (Barcelona, 5 y 6 de febrero de 2015), con el título "'Sólo lo más urgente': de lo universal a lo asistencial en el modelo de atención pública a la dependencia en Andalucía", está publicada en las actas de dicho congreso.

1. Introducción²

En este artículo se presenta una reflexión en torno a los resultados de un estudio realizado en Andalucía, como parte del proyecto ‘Geografías del trabajo de cuidados. Implicaciones de su privatización para la creación de empleo’³, que aborda una comparación entre las comunidades autónomas de Andalucía, Madrid, Galicia y Navarra, en cuanto a la organización social de los cuidados. La investigación profundiza en el vínculo entre los fenómenos demográficos, políticos, sociales y económicos más relevantes sobre los que han actuado las políticas públicas desde el comienzo del siglo XXI: el envejecimiento de la población, el cuidado de las personas en situación de dependencia, los procesos migratorios, y la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Se evalúan, además, los cambios experimentados en estos ámbitos a partir de la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (a la que en adelante se mencionará como “la LAPAD”, o “la Ley”).

Tomando como base el estudio cualitativo realizado en Andalucía, se argumenta que tanto el impacto de la crisis económica, desencadenada a partir de 2007, como la implantación de la LAPAD en el contexto de dicha crisis, han puesto en cuestión uno de los pilares que sustentaban la Ley en su origen, esto es, la noción de universalidad. En la comunidad autónoma andaluza se ponen de manifiesto con contundencia las tensiones entre los intentos de mantener el Estado de bienestar) y el impacto de las políticas de ajuste de los recursos económicos destinados a las políticas sociales: el sector de la provisión de cuidado se muestra, en este sentido, como un analizador estratégico de dichas dinámicas.

2. Estado de bienestar, mujeres y atención a las situaciones de “dependencia”

El bienestar de las personas se alcanza a partir de un complejo ensamblaje de recursos, económicos unos, por lo general conseguidos a través del mercado, vinculados otros con las prestaciones de los sistemas de protección social, y también, a través de lo que aportan las propias familias. Por ello, a la hora de analizar el bienestar social, no se puede disociar el Estado, que puede llegar a adquirir un gran protagonismo en la garantía de dicho bienestar, del mercado y las familias (Sojo, 2007: 157). Como tampoco se puede obviar que, en lo que toca a los recursos públicos, estos siempre son escasos y que la forma que adopta en cada momento y lugar la atención a las necesidades de cuidado de los diferentes miembros de la sociedad, así como la definición de estas necesidades mismas,

está condicionada por numerosas decisiones de carácter político que se toman a distinta escala (estatal, autonómica, local). Igualmente cabe recordar que las formas de conceptualizar qué se entiende por *cuidado* o por *dependencia* orientan dichas decisiones, por lo que bien puede afirmarse que son nociones que se construyen de forma interrelacionada (Artiaga, 2015).

Tradicionalmente, las familias han asumido el cuidado de sus miembros sobre la base de un reparto por el que han recaído en las mujeres los trabajos relacionados con la vida doméstica, mientras que los hombres han sido los principales responsables del ámbito público. En esta división del trabajo, la familia ocupaba el lugar central como proveedora de protección y seguridad, pero en las últimas décadas este esquema se ha alterado profundamente por la conjunción de determinados cambios sociales (incorporación masiva y constante de las mujeres al mercado laboral, redistribución de tareas y responsabilidades entre los miembros de la familia), demográficos (envejecimiento de la población, tasas de natalidad que no permiten el reemplazo generacional, incremento de la inmigración), políticos (cambios en las atribuciones del Estado, relevancia de las actuaciones a nivel local en el campo de lo social, mercantilización de servicios) y culturales (secularización, individualización, mayor autonomía para las mujeres), entre otros (Martín Palomo, 2008). Aquel modelo ya no es sostenible, lo que nos enfrenta al desafío de pensar cómo se va a cuidar en el futuro, cómo se va a organizar la provisión de cuidado, sobre todo, el de quienes tienen o previsiblemente tendrán, una inexcusable necesidad de él (las personas más pequeñas, y las más mayores, las más enfermas o las menos hábiles para cuidar de sí mismas). Hay formas diversas de dar cobertura a dichas necesidades, sea a través de la familia, de las instituciones públicas, del mercado, sea a través de la sociedad civil, cuatro planos sobre los que puede reposar la organización social del cuidado, en lo que se ha dado en llamar el “diamante del cuidado” (Razavi, 2007), una figura que presentaría cada una de las cuatro caras (familia, Estado, mercado y sociedad civil) con tamaños diferentes según cada sociedad y cuyos contornos pretendemos conocer en Andalucía. En varios trabajos anteriores se ha dado cuenta de los aportes de las familias en este sentido (Martín Palomo, 2010a, 2013, 2014; Langa *et al.*, 2009; Fernández Cordon y Tobío, 2007). En este artículo se profundiza en la perspectiva de otros actores sociales implicados en la provisión de cuidado: mercado, administración pública y organizaciones sociales.

Los desarrollos de políticas en torno al cuidado conforman algunos de los aspectos más interesantes en la política social en este momento y, además, el tratamiento del cuidado se revela como clave para comprender cómo el Estado de bienestar se ha desplegado hasta fechas recientes (Daly y Lewis, 2000), en las que más bien se inicia su repliegue, tal como se han transformado las prioridades políticas

² Agradecemos las preguntas y sugerencias de los participantes en el panel sobre dependencia del V Congreso de la Red Española de Política Social (REPS); y a sus coordinadoras, la invitación a presentar nuestro trabajo en ese espacio.

³ Plan Nacional de I+D+i (ref.: CSO2012-32901), 2013-2016.

en la última década para hacer frente a la crisis o para reducir el déficit. Una de las formulaciones con más éxito, y que más debates ha suscitado, es la de Gösta Esping-Andersen (1990), que diferencia tres modelos de Estado de bienestar: socialdemócrata, conservador corporativo y liberal de mercado. Cada uno de estos modelos desarrolla, a su vez, diferentes tipos de política sobre las familias. Esta propuesta ha recibido dos tipos de críticas: una, que hay países, como los mediterráneos, que no encajan en este esquema, y otra, que esta modelización obvia el trabajo no monetizado que realizan las mujeres en las familias y el efecto diferencial de las políticas sobre las mujeres y los hombres (Borchorst, 1994; Lewis, 1992). Este otro modelo, denominado familista, sería incorporado posteriormente por Esping-Andersen, reconociendo la importante aportación de las mujeres al mantenimiento de los respectivos Estados de bienestar.

En las últimas décadas, los debates se orientan hacia el análisis del cuidado de las personas en situación de dependencia, los hijos menores, pero, sobre todo, las personas de edad avanzada (Martín Palomo, 2014). Para estas, las proyecciones de población apuntan a que la demanda de cuidado se incrementará enormemente en los próximos años, a la par que, cada vez habrá menos mujeres disponibles en las familias para hacerse cargo (Tobío *et al.*, 2010). Jane Lewis reivindica que las carencias del Estado de bienestar en relación con las mujeres deben subsanarse de forma inmediata ampliando la dotación de servicios de atención a la vida diaria (Lewis, 1998). Medidas que, tal como señala Teresa Torns, son fundamentales para lograr la equidad de género, siempre que tengan un carácter universal y formen parte de los derechos de ciudadanía (Torns, 2005). Además, se debe encontrar la forma de generar derechos sociales para las mujeres cuidadoras de sus familiares (Saraceno, 2004; Martín Palomo, 2008). Todos estos aspectos en gran medida podrían haber tenido mayor protagonismo en el desarrollo de la LAPAD, con lo que dicha ley bien habría podido generar mecanismos de impulso de la igualdad de género. Pero, como se verá más adelante, esta promesa inicial se ha tornado en una suerte de amargo recuerdo de la declaración de intenciones.

A finales de los años noventa, se comienza a defender la utilización de un nuevo marco analítico para definir a los regímenes de bienestar que incluye las estrategias familiares en la provisión de cuidado, las relaciones existentes entre Estado y familias, y los elementos de subordinación y dependencia entre unos y otros. Efectivamente, los estudios comparativos de la política social empiezan a poner en su centro el cuidado; de hecho, esta es la actividad principal a la que se dirigen los servicios sociales actuales y de cuya cobertura depende en gran medida el avance en la autonomía de las mujeres y la calidad de vida de los más mayores (Martín Palomo, 2014). Tal como señala Martínez Buján (2014), tomando en cuenta algunos de estos elementos, las clasificaciones de los Estados en regímenes de bienestar han abierto la puerta al

desarrollo de las tipologías de los regímenes de cuidado (Williams y Gavanas, 2008). Entre estos, el modelo denominado del *social care* propone una visión multidimensional del cuidado, en el que se incluyen todas las actividades y relaciones involucradas en el sostenimiento de las necesidades físicas y emocionales de las personas menores y adultas que necesitan cuidado, así como los marcos normativos, económicos y sociales en los que se desarrollan (Daly y Lewis, 2000). El interés de este modelo reside en que implica dos niveles de análisis (un nivel macro, el de las políticas, y un nivel micro, el de las prácticas cotidianas), para preguntar cómo se reparte el cuidado entre Estado, familia, mercado y sociedad civil, y dentro de la familia entre géneros y entre generaciones (Letablier, 2007). En este sentido, las políticas públicas afrontan el desafío de dar una respuesta equitativa a estas situaciones diferenciales en que se encuentran las familias (Martín Palomo, 2009), o bien compensarlas en la medida de lo posible, fomentando la solidaridad entre las generaciones y la equidad de género (Nussbaum, 2002).

El modelo del *social care* permite pensar, pues, en una reordenación de las obligaciones y los derechos de cada actor: familias, instituciones y agencias privadas. Este modelo es sugerente en la medida en que amplía el campo social del cuidado: de la familia y el espacio definido como privado —doméstico— pasa a un entorno social mucho más vasto. Un esquema que implica revisar tanto las forzadas dicotomías de la modernidad, como la borrosa frontera entre lo público y lo privado, o la que se establece entre autonomía y dependencia, lo que implica también repensar los marcos teóricos sobre los que se construyen estas nociones (Martín Palomo, 2010b; Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2015).

En un amplio abanico de propuestas, se reclama que el Estado asuma ciertas responsabilidades que le corresponden e intervenga en beneficio de quienes tienen necesidades específicas, distribuyendo las cargas de tal modo que se promueva la justicia social, lo que conlleva una adecuada dotación de medios y programas para atender a las situaciones y agentes de especial vulnerabilidad (Kittay, 2002; McLaughlin, 2003). Es decir, responder a las necesidades de quienes requieren cuidado deviene una responsabilidad colectiva de la sociedad y una responsabilidad moral de las personas. Sobre esta base, se puede impulsar la corresponsabilidad, como solución de nivel micro, en las relaciones interpersonales de la vida cotidiana, y la socialización del cuidado, como solución de nivel macro, desde la esfera política (Saraceno, 2004; Tronto, 2005). No obstante, es necesario demostrar cómo funcionará el cuidado más allá de las relaciones personales, de las relaciones familiares, en la esfera pública, es decir, dar respuesta a la cuestión de hasta qué punto el cuidado es institucionalizable (Pattaroni, 2005).

Que sociedad y Estado compartan la atención a las necesidades humanas y los derechos más básicos de las personas, como la salud, la familia,

el bienestar y los servicios sociales necesarios, ha sido defendido por Naciones Unidas, la Unión Europea y un gran abanico de autores, desde una perspectiva de derechos fundamentales, según la cual la solidaridad está ligada a la justicia, no sólo en los derechos individuales, sino también en los deberes y obligaciones sociales ante las demandas de cuidado (Zambrano, 2004). Pero, como se verá más adelante, aún queda mucho camino por recorrer para que el cuidado sea considerado realmente un derecho social para toda la ciudadanía. No obstante, sólo en la medida en que se incluya como derecho propio y universal de las personas a cuidar y ser cuidadas, se logrará un importante avance, tanto en términos de reconocimiento de lo que hasta hoy está invisibilizado, como en términos de calidad de vida ciudadana, tal como sostiene Laura Pautassi (2007).

En Andalucía se están manteniendo las primeras reuniones para diseñar y poner en marcha un Plan para la Atención a la Dependencia en Andalucía⁴, por lo que se hace aún más urgente, si cabe, avanzar en el conocimiento de la forma que adopta el régimen de cuidado andaluz, en caso de que se pudiera identificar un tal régimen de cuidado, y el grado de uniformidad o heterogeneidad que presenta en los niveles provincial y local.

3. Objetivos y metodología

La investigación analiza para la comunidad autónoma andaluza el desarrollo de los siguientes procesos:

- Cómo se produce la articulación entre las principales agencias de provisión de bienestar y qué papel están jugando cada una para afrontar la crisis.
- Cómo está segmentado el sector privado de asistencia y cuidado de las personas, qué forma adquiere en la actualidad.
- Identificar y analizar las distintas modalidades de colaboración entre mercado y administraciones públicas, entre mercado y familia, así como la imbricación del binomio administraciones públicas-mercado con las familias y con el tejido social en la provisión de cuidado.

Para ello, se ha llevado a cabo una aproximación cualitativa mediante entrevistas abiertas realizadas a quince profesionales de la gestión local y autonómica del ámbito de la política social y de la implementación de la LAPAD, a profesionales del sector privado del cuidado, así como a miembros de sindicatos, asociaciones y otros colectivos de la sociedad civil. Si bien el estudio también incluye en su diseño otro tipo de perfiles (por ejemplo, trabajadores del cuidado remunerado en hogares y en centros), las entrevistas que se han analizado para este artículo se enmarcan en tres ejes: profesionales

de la gestión pública de la protección social⁵; gestores de centros de atención a personas mayores en situación de dependencia⁶; y representantes del movimiento asociativo y reivindicativo⁷.

4. “Sólo lo más urgente”: un derecho universal no asentado

Frente al gran impulso inicial que recibió la aplicación de la LAPAD en Andalucía, ha habido diferentes elementos que han frenado o modificado las bases de que partió. Así, dos procesos han intervenido en cómo se ha implantado dicha ley: por un lado, desde el principio se vislumbraron numerosas dificultades por la complejidad que introduce en su gestión el hecho de que estuvieran implicadas diversas administraciones, con trayectorias y culturas organizativas igualmente diferentes entre sí, lo que en un territorio tan extenso como el andaluz no deja de presentar problemas; por otro lado, el hecho de que la ley se aplica precisamente en un momento en que se desencadena una de las crisis económicas, sociales y políticas más virulentas que ha conocido España desde la Guerra Civil. Estas son dos fuertes cortapisas que, junto con las tensiones con la administración central del Estado, de color político diferente al Gobierno autonómico, y las políticas de austeridad impulsadas por la Unión Europea han frenado, reorientado, replanteado la aplicación de la Ley en la comunidad autónoma andaluza.

4.1. Un proceso burocratizado

La implantación del Sistema de Atención a la Dependencia en Andalucía (en adelante, SADA) ha ralentizado —en opinión de algunas personas entrevistadas— el acceso efectivo a las prestaciones, así como el reconocimiento del derecho a ciertos servicios como derechos subjetivos, lo que tenía un importante peso teórico en la declaración de motivos de la Ley (Trabajadora Social Ayuntamiento, E3, por ejemplo). En general, este proceso con unos pasos

⁵ Gerencia de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de la Junta de Andalucía (en adelante, Gerencia de la ASSD, E4); Gerencia de la Teleasistencia de la Junta de Andalucía (en adelante, Gerencia de la Teleasistencia, E6); Trabajadora Social de la Oficina de Atención a la Dependencia (en adelante, Trabajadora Social OAD, E10); Trabajadora Social Dependencia, Sevilla (en adelante, Trabajadora Social Dependencia, E2); Trabajadora Social Ayuntamiento de Sevilla (en adelante, Trabajadora Social Ayuntamiento, E3); Trabajadora Social Centro de Salud de Granada (en adelante, Trabajadora Social CS, E11).

⁶ Director Residencia Privada de un municipio de Granada (en adelante, Director Residencia Privada, E15); Trabajadora Social Residencia Privada de un municipio de Granada (en adelante, Trabajadora Social Residencia Privada, E7); Jefe de Servicio de Empresa Ayuda a Domicilio, Sevilla (en adelante, Gestor Empresa Ayuda a Domicilio, E8); Coordinadora de Servicios Sociales de Empresa Ayuda a Domicilio de Sevilla (en adelante, Coordinadora Empresa Servicio de Ayuda a Domicilio, E9); Directora Residencia Pública de Jaén (en adelante, Directora Residencia Pública, E12); Director de Centro de Día Privado de Almería (en adelante, Director Centro de Día Privado, E14).

⁷ Abogada de la Oficina Derechos Sociales de Sevilla (en adelante, Abogada ODS, E1); Delegada Sindical de CC.OO. de Sevilla (en adelante, Delegada Sindical, E13); Miembro de la Asociación Empleadas de Hogar. Sevilla (en adelante, Asociación Empleadas Hogar, E5).

⁴ Durante 2014, dos miembros del equipo investigador han participado en algunas de estas reuniones.

muy rígidamente marcados tiende a ser considerado como un lastre que arrastra la aplicación de la LAPAD, en todas las entrevistas realizadas. No obstante, en la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia (en adelante, ASSD), la empresa pública creada a fines de 2011 que se encarga de la gestión de una parte importante de las políticas en materia de servicios sociales, se insiste en que el objetivo de estos cambios no es otro que el de agilizar todo el procedimiento y la contratación de servicios. Es significativo que la propia denominación de esta Agencia de forma metonímica sintetice en una palabra, “dependencia”, lo que en la ley tiene un significado mucho más amplio. Tal como apuntan Mario Toboso *et al.* (2010), en su aplicación la LAPAD perdió la promoción de la autonomía personal y en ello Andalucía no presenta ninguna originalidad.

4.1.1. Una gestión disputada y lenta

Desde la implantación de la Ley, uno de los principales problemas ha sido el largo tiempo que transcurre desde que una persona inicia los trámites para solicitar atención a su necesidad específica de cuidado, lo que entre usuarios y personal técnico implicado en dicho procedimiento suele denominarse “solicitar la dependencia” (Trabajadora Social Dependencia, E2; Trabajadora Social Ayuntamiento, E3; Trabajadora Social OAD, E3; Trabajadora Social OAD, E10; Trabajadora Social CS, E11), hasta que se llega a un Plan Individualizado de Atención (en adelante, PIA). Esta forma de denominar la demanda a las instituciones públicas, de respuesta a ciertas necesidades concretas de cuidado, es elocuente respecto de uno de los elementos que introduce la Ley: antes de poder obtener el reconocimiento del derecho a un recurso o una ayuda, la persona tiene que ser calificada con un determinado grado de dependencia que se establece en función de unos estándares fijos y, en principio, homogéneos para toda la población. Es sólo esta clasificación, la “concesión de la dependencia”, la que abre la puerta de acceso a los servicios y recursos públicos de atención a las necesidades de cuidado. Cargada de una nueva semántica, que los profesionales de los diferentes ámbitos involucrados tienen que conocer para poder participar en ese proceso clasificador, y asumen de forma acrítica, lo que da cuenta de hasta qué punto se ha “naturalizado” su uso en el breve tiempo que lleva implantada la LAPAD. En la resolución de reconocimiento de la dependencia, que lleva a cabo la Junta de Andalucía, se asigna a la persona un determinado grado y nivel de dependencia, al que le corresponde la posibilidad de acceder a una cierta “cartera” de recursos, en función de la cual los trabajadores sociales, de mutuo acuerdo con la persona que solicita la ayuda y sus familiares, elaboran un PIA, en el que deciden qué tipo de servicio se le adjudica o su frecuencia, es decir, la modalidad de cuidado concreta que la persona va a recibir.

El subsiguiente enlentecimiento del proceso se atribuye en algunas entrevistas, al empeño de “la

Junta de Andalucía”, por querer estar presente en el procedimiento y liderarlo, cuando ya existían estructuras y profesionales cualificados en la red de servicios sociales comunitarios, fuertemente enraizados a nivel local, que bien podrían haberse encargado de ello con una adecuada reorganización de recursos y funciones. Y, tal vez, también con nuevas etiquetas y algunas disputas.

Era la oportunidad perfecta para, por fin, desarrollar los servicios sociales comunitarios que llevan tratando con los dependientes desde hace años, que desde los años ochenta no se han tocado. Además, estaba el servicio de ayuda a domicilio que ya estaba creado, lo que pasa es que, a nivel político, era muy jugoso para la Junta estar en el proceso. Se podrían haber fortalecido los servicios sociales comunitarios. La gestión de residencias, ¿quién conoce mejor las residencias que hay en su zona, los centros de día, los recursos que las trabajadoras sociales de base? Lo único que tendrían que haber hecho es acabar de desarrollar ese sistema. Lo que han hecho, al final, ha sido todo lo contrario. [...] Que ya tiene una trabajadora social de referencia, a lo mejor, que sea esa persona la que le haga el acompañamiento en todo el procedimiento, ¿no? Y que haya una resolución. Te hacen un informe y te dan un recurso. Eso se hubiera hecho en mucho menos tiempo. A la gente le cuesta entender eso de pasar de un procedimiento a otro, de la Junta, al Ayuntamiento. (Trabajadora Social OAD, E10)

En cambio, otras personas entrevistadas que ocupan puestos de alto nivel en la gestión de la LAPAD en la Junta de Andalucía, afirman que para la implantación del SADA se han basado en las redes y estructuras existentes creadas por los servicios sociales comunitarios, que desde los años ochenta tenían un considerable desarrollo y mantenían una gran implicación en la vida local, en el barrio o el distrito, en la mancomunidad. Por ello, con la intención de reforzar y homogenizar el sistema de provisión de cuidado, señalan las mismas fuentes, se ha destinado una importante partida presupuestaria para la aplicación de la Ley:

Para que eso se lleve a cabo [la aplicación de la LAPAD], financiamos a las corporaciones locales con un programa específico que se llama Refuerzo de los Servicios Sociales Comunitarios para la Atención a la Dependencia, en el que se invierten más de diez millones de euros al año. (Gerencia de la ASSD, E4)

Se pretendió poner en marcha, pues, un gran engranaje administrativo para gestionar estos procedimientos individuales de solicitud de atención, de clasificación, así como los ritmos de respuesta adecuados por parte de los entes públicos. La organización de un sistema global de atención a las necesidades de cuidado de la población andaluza, perseguía simplificar la gestión burocrática con respecto a la anterior proliferación de diferentes

conciertos con diversas entidades y empresas privadas. No obstante, apenas hubo tiempo de poner en marcha la ASSD, una estructura pensada y enmarcada en el conjunto de los recursos y categorías que originalmente se contemplaban en la Ley, ya que debido a las políticas de austeridad desde fines del 2012, y hasta bien entrado 2014, tan sólo se han resuelto expedientes de extrema urgencia, es decir, los de aquellas personas que viven en situaciones insostenibles, tal como se afirma desde diferentes perspectivas (Gerencia de la ASSD, E4):

Básicamente, desde finales de 2012 hasta mediados de 2014 se han resuelto, únicamente, expedientes que se llaman de urgencia, es decir, situaciones ya completamente extremas. (Trabajadora Social OAD, E10)

4.1.2. Una competencia (ineludible) de lo público

En cualquier caso, el sistema se ha ido implantando y generando fórmulas en las que están implicados de diferentes modos y, en ocasiones, con condiciones laborales y salariales diferentes, profesionales contratados por las administraciones locales, autonómica y organismos creados *ad hoc* para la aplicación de la LAPAD. Tal como sostienen las personas implicadas en dicho proceso y que han colaborado en esta investigación, también ha sido complicado para los profesionales de las diversas administraciones y empresas privadas conocer y entender el procedimiento para relacionarse con las diferentes instituciones y gestores implicados en su aplicación. Y, aunque, por un lado se reconoce el problema que genera a las personas usuarias, y también a los trabajadores implicados, el identificar y conocer cómo operan estos nuevos mecanismos burocráticos, por otro lado, se argumenta que era necesaria cierta supervisión y unificación de procedimientos en la administración tanto en los procesos de valoración, como en el seguimiento, la inspección y evaluación, “porque tiene que ser una competencia indelegable de lo público” (gerencia de la ASSD, E4). Además, la Ley presenta no pocos retos para dar forma al derecho subjetivo que se contempla y se publicita como uno de los aportes más avanzados de dicha legislación:

Los servicios sociales siempre, en este país, [han contado con] un modelo de atención no basado en derechos subjetivos, sino en políticas relacionadas con prestación de servicios, pero sin generar un derecho subjetivo de ciudadanía. El cuarto pilar del bienestar social, que son los servicios sociales, nunca han sido reconocidos como derecho subjetivo. (Gerencia de la ASSD, E4)

Por tanto, la LAPAD plantea el reto de respetar este derecho subjetivo a la par que los políticos se afanan por encontrar criterios y fórmulas homogeneizadoras y democráticas más allá de las necesidades concretas culturalmente arraigadas y corporalmente situadas de cada persona. El derecho subjetivo (lo concreto) se

subsume así en las prestaciones democratizadas (lo abstracto), y se convierte en un servicio de cuidado estandarizado, donde la particularidad, la opinión o el gusto personal de quien tiene la necesidad quedan en segundo plano. En la gramática del cuidado, del buen cuidado, de la que habla Jean Tronto (1993), por la que se resuelve el sistema de prestación de cuidado en Andalucía, gana lo universal, como generalidad abstracta, en su fundamentación y pierde la responsividad, como atención a lo particular y como la capacidad de la persona que recibe el cuidado de dar una respuesta, una valoración con consecuencias de la forma de cuidado que recibe (Tronto, 1993; Muñoz Terrón, 2010). Otros trabajos (Pattaroni, 2005) abordan también precisamente esta tensión entre los requerimientos para dar respuesta a las necesidades, que se enmarcaría en lo personal, subjetivo y carnal, y su relación con las instituciones, que tienden a homogenizar la prestación de cuidado. Lo que bien podría salvarse buscando nuevos criterios que dialoguen con «el otro concreto», tal como plantea Seyla Benhabib, es decir, partir de considerar a cada uno de los seres humanos como un individuo situado, encarnado, contextualizado, con una historia, una constitución afectivo-emocional concreta, con sus intereses y sus afectos (Benhabib, 1992: 42-49). Tomando en cuenta las puertas que abría la Ley, al considerar el derecho al cuidado como un derecho subjetivo, bien podría haberse introducido este criterio en lugar de priorizar otros más técnicos y homogeneizadores, como los baremos para clasificar a las personas en función de determinados ítems y colocarles (o no) la etiqueta de “dependiente”, u otros procesos similares de resemanización y reclasificación de las personas. Algún tipo de equilibrio entre justicia y cuidado; universalidad y contexto; principios universales y prácticas locales, habría de ser posible para conseguir mejores definiciones de lo bueno y lo justo, en las que tengan lugar la dependencia y la vulnerabilidad, sin perder el universalismo como horizonte normativo (Nussbaum, 2007).

De algún modo, también para racionalizar el sistema se pierde lo local y lo comunitario aun a riesgo de burocratizar el proceso. Por tanto, los sistemas de clasificación parecen jugar un papel mucho más importante que el principio de reconocimiento del derecho subjetivo: las baremaciones y los test para clasificar las actividades de la vida diaria que la persona baremada puede realizar por sí misma, sin ayuda, o bien a qué nivel de dependencia se ha llegado. Estos baremos, que la crisis económica ha demostrado que pueden llegar a tener una gran variabilidad, lo que deja claramente visible su artificio, y las clasificaciones efectuadas a partir de ellos, permiten que la persona, en función de la etiqueta que reciba, pueda acceder o no a determinados servicios de los que contempla la Ley. Sin embargo, otros aspectos que antes eran considerados por las trabajadoras sociales de su entorno más inmediato, que se basaban en aspectos más holísticos y cualitativos de la vida de la persona, como las interacciones con su red familiar y de amistad o su forma de entender la vida, son ahora obviados muy a

menudo. Y ello hace que la persona que es también ese cuerpo baremado, experimente una merma en su identidad y en su capacidad de agencia (Cerri, 2015).

No obstante, la pretensión de la ASSD en Andalucía es agilizar todo el procedimiento para la provisión de servicios en función de la aplicación de ciertos baremos estandarizados y la contratación de servicios, respetando el derecho subjetivo.

Los servicios sociales siempre, en este país, [han contado con] un modelo de atención no basado en derechos subjetivos, sino en políticas relacionadas con prestación de servicios, pero sin generar un derecho subjetivo de ciudadanía. El cuarto pilar del bienestar social, que son los servicios sociales, nunca han sido reconocidos como derecho subjetivo. (Gerencia de la ASSD, E4)

Pese a la importante inversión que por parte de la Junta de Andalucía se pueda haber realizado en crear servicios públicos directamente gestionados por esta administración, ha sido necesario recurrir a los conciertos, en tanto que, con los servicios públicos con que contaba la administración autonómica andaluza, era imposible poner en marcha el nuevo sistema de provisión de cuidado a implantar con el desarrollo de la LAPAD.

[I]mposible poner en marcha el sistema de dependencia sin contar con la iniciativa privada y la concertación. (Gerencia de la ASSD, E4)

En otro aspecto más, la aplicación de la Ley no parte de cero en este sentido, puesto que ya existía un sistema de concertación ampliamente desarrollado, si bien su volumen no era tan fuerte como el que se genera con la implantación de dicha ley.

Pero más allá de su dimensión cuantitativa, cabe preguntarse si realmente tiene ventajas para la organización de los servicios esta externalización, como ha ocurrido, por ejemplo, con la gestión de la ayuda a domicilio. Esta es competencia de las corporaciones locales y, sin embargo, ello no se ha traducido en el mantenimiento de un servicio que, según los profesionales entrevistados, funcionaba razonablemente bien dentro de los márgenes institucionales, y que con su externalización por la vía de la subcontratación pública probablemente ha ganado tanto en flexibilidad, como también lo ha hecho en precariedad.

Pero, ¿por qué un servicio como la teleasistencia no se ha externalizado en Andalucía? Según los responsables de gestión de la Agencia y de dicho servicio, porque es económicamente eficiente (gerencia de la teleasistencia, E6), siendo eficaz y con una cobertura universal (gerencia de la ASSD, E4). Entonces, si ha sido posible mantener un sistema de atención universal, de calidad, muy bien valorado por los “usuarios” y eficiente en términos económicos, que se ha convertido en un referente en Europa, ¿por qué no se ha aplicado este mismo modelo de la

teleasistencia en relación con el servicio de ayuda a domicilio? Como señalan en la empresa adjudicataria de un concurso para la prestación del servicio de ayuda a domicilio en varios municipios de Andalucía, este modelo externalizado permite ofrecer una atención flexible para adaptar jornadas y ritmos, horarios preferidos por los que demandan este recurso y, además, abaratar costes. Esta flexibilidad es considerada como muy positiva tanto en relación con las personas que reciben dichas prestaciones, como en relación con la propia administración, no así para las condiciones laborales de los profesionales que desempeñan este trabajo.

Las responsables del ayuntamiento directamente están en la realidad y son conscientes de los problemas de la gestión de ayuda a domicilio... Usuarios que, en general, se quejan, porque todo el mundo quiere recibir la ayuda, por ejemplo, a las diez de la mañana, personas que no quieren que el cuidador sea inmigrante, que se quejan porque no les ha limpiado la casa. [...] Este último problema es muy grande, no se entiende bien el servicio de ayuda a domicilio. (Coordinadora Empresa Servicio de Ayuda a Domicilio, E9)

Sin embargo, entre la administración autonómica y la local existen tensiones en relación con este servicio de Ayuda a Domicilio. De hecho, desde esta última perspectiva se señala a la Junta de Andalucía como responsable del paulatino desmantelamiento del servicio municipal de ayuda a domicilio existente antes de que se implantara la LAPAD, que era prestado directamente por los ayuntamientos sin tener que mediar ningún tipo de concierto, en concreto se denuncia la precarización laboral que conlleva la subcontratación de este servicio, mientras que hay empresas que obtienen beneficio de ello.

Todavía quedaban ayuntamientos, antes de la Ley, donde las trabajadoras eran personal del Ayuntamiento, eran trabajadoras con sus derechos. Empezó el tema de la Ley de Dependencia y de la precarización, de subcontratar todo el tiempo; no salía más barato, pero alguien se llevaba una parte, que eran estas empresas. Entonces, los Ayuntamientos se quejaban de que había empresas que le hacían ofertas de precio hora más barato. (Trabajadora Social OAD, E10).

4.2. Impacto de las políticas de austeridad en el sistema de provisión de cuidado

Los recortes, fruto de una serie de decisiones políticas para hacer frente a la crisis, conllevan numerosos obstáculos en la aplicación efectiva de la Ley a juicio de todos los entrevistados. Se apunta que éste ha sido el principal problema afrontado en esta región para su implementación:

Andalucía ha estado durante dieciocho meses, desde mayo del 2012 hasta noviembre del 2013,

en una situación de *stand by...* Desde el año 2012, de financiar un 50 % el Estado, 150 % [las] comunidades autónomas, venimos financiando cada vez un mayor porcentaje. Y, en este año 2014, estamos en una financiación del 78 % por parte de la comunidad autónoma, frente al 22 % por parte del Gobierno de España. Eso, evidentemente, supone un quebranto en las arcas, y ésa es nuestra principal dificultad gestora, porque los servicios se siguen manteniendo. (Gerencia de la ASSD, E4).

En última instancia, se acusa al Gobierno de España, y especialmente al Decreto 20/2012⁸, de ser responsable de buena parte de los males que aquejan a la implantación de la LAPAD en Andalucía, pues tanto el contenido normativo, que obliga a establecer restricciones en la frecuencia, simultaneidad e intensidad en ciertas prestaciones, como las reducciones presupuestarias en sí, llevan a la aplicación de la Ley en esta región a una encrucijada de la que, según afirman, sólo la voluntad política la puede sacar. Así, las comunidades autónomas se encuentran enormemente condicionadas por dichas restricciones presupuestarias y encorsetadas por los nuevos decretos que se dictan para desarrollar las políticas de austeridad en el sector, y por tanto, cuentan con un margen que se ha estrechado demasiado, como para poder mantener un modelo autonómico propio de gestión del sistema de provisión de cuidado. De hecho, en la ASSD se considera estar realizando un sobreesfuerzo presupuestario que no se sabe cuánto tiempo se podrá mantener, tal como se apunta en el *verbatim* citado *supra*. Se da cuenta así de la existencia de numerosas tensiones entre el gobierno autonómico y el gobierno central para poder aplicar el tipo de organización social del cuidado que pretenden. Del mismo modo, aflora la existencia de diferentes culturas y formas organizativas locales que llevan a poner en cuestión la posibilidad de hablar de un régimen de cuidado andaluz, en tanto que las diferencias entre unos rincones y otros de Andalucía son considerables. Lo que nos conduce a hablar de la inexistencia de *un* modelo para toda la región, por mucho empeño que se haya puesto en ello con la creación de la ASSD. Además, los esfuerzos realizados para homogenizar el sistema lo han hecho a costa de minar el derecho subjetivo y, en cierto modo, debido a los mecanismos que instauró, las estructuras y formas de trabajo social locales en relación con la provisión de cuidado que ya existían y que no funcionaban mal antes de que se implantara la LAPAD, si bien su perspectiva de partida era asistencial y no universal. Las expectativas que inicialmente suscitó el saber que cuantiosos recursos serían dedicados a estas cuestiones en Andalucía, se fueron diluyendo a medida que la crisis iba impactando sobre los diversos mecanismos de su ensamblaje, dejando una estela de limitaciones y de precarización tras de sí.

⁸ Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

El contexto de crisis, además, ha condicionado todo el proceso de su puesta en marcha, ya que no ha permitido dotar a dicha agencia de recursos económicos suficientes para poder “convencer” a las agrupaciones locales y los diversos ayuntamientos de su extenso territorio. Las disputas y las negociaciones sobre cómo se entiende el cuidado, así como la forma misma de atender a quienes más lo necesitan han tenido lugar en un contexto de miedo y contención, para no perder lo que ya se había consolidado.

4.2.1. Profesionalización del trabajo de cuidado: ¿una asignatura pendiente?

Desde el punto de vista de la creación de empleo, la Ley ha generado puestos de trabajo por la necesidad de una mayor contratación de profesionales “cualificados” para gestionar los servicios y las demandas que ha habido, tanto en las propias administraciones, como a través de las empresas y organizaciones implicadas en el sistema de cuidado andaluz. Como señala un gestor de la ASSD, se trata de un sector muy dinámico:

Por cada millón que se invierte en servicios sociales en general, y en particular en el tema de la dependencia, se generan más de 27 empleos directos y no deslocalizables, que ningún sector productivo de este país es capaz de generarlo, ni incluso la construcción en sus mejores tiempos. Se han creado muchísimos puestos de trabajo al amparo de la Ley, en Andalucía, tenemos más de 45.000 personas trabajando. (Gerencia de la ASSD, E4)

No obstante, al analizar la implantación de la LAPAD en Andalucía en estos últimos años, todos los entrevistados la relacionan directamente con los ajustes. Por ejemplo, una delegada sindical de CC.OO. destaca cómo a partir de 2012 se produce una reducción presupuestaria bastante considerable que se plasma en: menos trabajadores, menos horas, menos meses. En ello coinciden tanto trabajadores de Unidades de Estancias Diurnas como de Residencias: no se cubren bajas, no se reconocen trienios, se congelan salarios, e incluso para poder mantener abiertos algunos centros concertados han tenido que adaptarse prestando nuevos servicios, por ejemplo, incrementando jornadas laborales, intensificando el trabajo, o asumiendo, sin ampliar los equipos, nuevas responsabilidades y competencias que permitan fidelizar a los otros “usuarios”, que empiezan a ser vistos ahora como “clientes” Sirva como ejemplo, aparentemente anecdótico, de ello, el del Director de Centro de Día privado (E14) que acostumbra a visitar a sus “usuarios” cuando están ingresados en el hospital. Hasta fines de 2012, la prórroga de los trabajadores contratados para la gestión de la atención a las personas con necesidades de cuidado en su vida cotidiana en las administraciones públicas andaluzas se hacía automáticamente cada 31 de

diciembre, duraba doce meses y eran las mismas personas las que integraban los equipos, lo que daba continuidad al servicio en el plano interno y también en la coordinación con otras instituciones y empresas implicadas en el sistema de provisión de cuidado en Andalucía, en “la dependencia”. Ahora no es así.

A día de hoy [diciembre 2014], en el Ayuntamiento de X [capital de provincia de Andalucía] no hay trabajadores de refuerzo de la dependencia, lo hacen las compañeras de plantilla de los centros de servicios sociales. (Delegada Sindical, E13).

Hasta que se produce una nueva contratación pasan meses sin cubrirse las bajas laborales o sin que se incorporen nuevos profesionales. Al no existir un procedimiento de sustitución automática se recurre a las bolsas de trabajo tanto para trabajadores sociales como para otro personal implicado en la gestión de la Ley, cuando hay que cubrir algún puesto. Ello significa que los profesionales externos a la administración, así como los denominados “usuarios”, pierden los referentes, sus contactos para hacer las gestiones, para coordinar tanto los casos “atascados” por el parón en la aplicación de la Ley como los más “urgentes”. Muchos admiten encontrarse perdidos, porque ni siquiera los números de teléfono con los que se comunicaban con los gestores locales están ahora operativos; ello les obliga a hacer numerosas llamadas hasta dar con el/ la profesional que lleva el caso en cuestión, o bien acercarse en persona a las delegaciones provinciales para ver con quién y cómo coordinarse, cuando durante años contaban con interlocutores con los que mantenían un trato cercano, estaban al tanto de la evolución de los expedientes y tenían el mecanismo de coordinación más engrasado (Trabajadora Social Residencia Privada, E7).

Las condiciones de trabajo de los cuidadores privados constituyen una cuestión importante que no ha resuelto la LAPAD. Generalmente, cuando el trabajo de cuidado se realiza de forma privada se sigue llevando a cabo en un contexto de precariedad, pocas veces se ofrece contrato. En los hogares, por ejemplo, en numerosas ocasiones no se reconocen los derechos de los trabajadores como sería deseable. Se prometen contratos que nunca llegan y el salario es bajo, cuando además del cuidado se exige la realización de otras tareas como la limpieza doméstica (como se denuncia en las entrevistas: Oficina Desarrollo Social, E1; Asociación Empleadas Hogar, E5; y, Trabajadora Social OAD, E10). Lo mismo ocurre en las agencias de colocación, empresas intermediarias entre la familia y el cuidador, que a menudo no respetan la Ley de Empleadas de Hogar de 2011⁹, cuando están en la obligación de hacerlo. En estos casos, a las duras exigencias laborales se añade además el estrés de ir de un domicilio a otro, con apenas tiempo para los desplazamientos, o

trabajar más horas de las que se contemplan en los contratos en función de las necesidades que sobre la marcha van surgiendo en la familia empleadora (Asociación Empleadas Hogar, E5).

La existencia de legislación ha supuesto que se visibilice la necesidad de tener presente las leyes que apoyan a las trabajadoras de cuidado y se conciencien poco a poco de sus derechos, como pretende la Asociación Sevillana de Empleadas de Hogar creada en 2012 (Oficina Desarrollo Social, E1). Para los cuidadores privados el ser contratados por una empresa solvente de servicio de cuidado, como la que gestiona el servicio de ayuda a domicilio en Sevilla, supone una mejor opción que el trabajo realizado en hogares, porque reconoce sus derechos en cuanto a salario, vacaciones, cotizaciones a la Seguridad Social o al sistema de pensiones. Estas empresas tienen que regirse por convenios provinciales de colaboración para la gestión de la ayuda a domicilio que exige un reconocimiento de derechos laborales.

A mayor antigüedad, el precio de la hora mejora (10/hora); por un trabajo de 33 horas a la semana, se puede cobrar 900 euros, que es lo mismo que se puede cobrar como trabajadora interna, sin reconocimiento en algunos casos de sus derechos. (Asociación Empleadas Hogar, E5)

Sin embargo, para quienes trabajan cuidando sin un contrato indefinido, como ocurre en las empresas de colocación, el trabajo de ir de casa en casa tiene una repercusión negativa sobre los usuarios, que se quejan de que les cambien de persona que cuida cada cierto tiempo, porque a la anterior se le ha acabado el contrato. [...] Para las personas que atienden todos los días las demandas de la dependencia, la contratación de cuidadores por las empresas ha supuesto también una rebaja en la cuantía de la retribución por hora trabajada en la ayuda a domicilio; todavía quedaban ayuntamientos antes de la ley donde las trabajadoras eran personal del Ayuntamiento, eran trabajadoras con sus derechos. Empezó el tema de la Ley de Dependencia y de la precarización, de subcontratar todo el tiempo; no salía más barato, pero alguien se llevaba una parte, que eran estas empresas. Entonces, los Ayuntamientos se quejaban de que había empresas que le hacían ofertas de precio hora más barato. (Trabajadora Social OAD, E10)

También la LAPAD ha supuesto mejora en la formación de las personas que trabajan en el sector del cuidado ante la necesidad de profesionalizar el servicio, algo que era igualmente reclamado por los cuidadores remunerados: los trabajadores públicos contratados por el servicio de teleasistencia, que tienen que realizar unas horas determinadas de formación; o los trabajadores de las empresas que gestionan el servicio de ayuda a domicilio, que tienen reguladas unas horas de formación. Se han ido generando recursos nuevos también, al igual que en

⁹ Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social (Integración del Régimen Especial de Empleados de Hogar en el Régimen General).

su momento se hizo el mapa de recursos sanitarios, ahora se está trabajando para que con la nueva Ley de Servicios Sociales que está en proceso de tramitación, se genere un mapa de servicios sociales que permita en un futuro, organizar mejor el sistema de atención a la dependencia a nivel local.

Un mapa que va a responder a tres objetivos: va a dar respuesta a una guía de recursos, para que cualquier ciudadano de Andalucía pueda entrar y saber qué recursos hay en cualquier municipio; un objetivo de planificación, que te permita redistribuir el conjunto de los recursos y de los servicios en el territorio andaluz de manera homogénea; y el tercer objetivo, que sirva para la gestión, es decir, para que los profesionales que trabajan en materia de servicios sociales puedan gestionar mejor los propios recursos. (Gerencia de la ASSD, E4)

4.2.2. Efectos sobre las prestaciones recibidas

La ayuda a domicilio ha visto reducido tanto el número de horas como la intensidad de la ayuda, con la aplicación de los decretos de fines de 2013¹⁰, lo que es claramente insuficiente para personas que tienen grandes necesidades de atención en su vida cotidiana, clasificadas como con “gran dependencia” o “dependencia severa”. Por tanto, las condiciones en las que se cuida han empeorado tanto para el o la trabajador/a que presta dicho cuidado, como para la persona que lo recibe o que lo demanda, así como para los cuidadores familiares que actúan como una red de salvación cuando lo público no llega.

La ayuda a domicilio, con lo que han bajado las horas, se queda prácticamente en una hora y media al día. Antes, era 90 horas al mes; ahora, se ha reducido a 40-70 horas al mes. Eso no es nada para pacientes con mucha supervisión —con párkinson, con alzhéimer, con deterioro cognitivo—, eso no es nada, una hora. (Trabajadora Social CS, E11)

Los recortes también han afectado a quienes viven en centros residenciales, en dos sentidos. Por un lado, las plazas concertadas que causan baja no se han cubierto entre 2012 y 2014, a la par que los conciertos con la Junta de Andalucía obligaban a mantenerlas disponibles, por lo que algunas residencias han llegado a cerrar por insolvencia. Ello ha obligado, por un lado, a trasladar a personas mayores residentes desde el centro donde vivían a otro, con los problemas de adaptación que conllevan

este tipo de cambios; por otro lado, los tiempos de espera han sido muy largos para las personas que necesitaban una plaza, y cuando finalmente han logrado acceder a una, en el mejor de los casos su estado general, así como el de sus cuidadores, se había deteriorado bastante, en el peor, la persona había fallecido. De hecho, se da la paradoja de que las plazas residenciales que se han ocupado en estos dos últimos años (2013-2014) son para dar respuesta a situaciones extremas, cuando la persona mayor se encontraba en un estado que se calificaba como de urgencia social o médica (por ejemplo, enfermos de alzhéimer muy avanzados), y las que se está dando salida desde que han empezado a revisarse los casos “atascados”, son también personas a las que se ha asignado un alto grado de dependencia. Por tanto, los centros residenciales están cambiando su fisonomía, atendiendo cada vez más a una población necesitada de más y más cuidados, más dependiente de estas atenciones, pero con los mismos, e incluso menos, recursos, y se está incrementando la edad media de las personas ingresadas así como el nivel de necesidades de atención que presentan. Las consecuencias últimas que estos procesos puedan tener para la calidad del cuidado que reciben estos mayores están por analizar.

En los centros residenciales, los problemas derivan, en parte, de que no se ocupa la totalidad de plazas concertadas, pero también de que las bajas en las plazas de residentes ya no se producen por decesos o por traslados a otros centros, sino porque los familiares están sacando a sus mayores de las residencias y llevándolos a sus hogares:

Antes, las plazas que teníamos concertadas con la Junta no podíamos ocuparlas con plazas privadas; a partir de ahora, como no nos pagan la reserva, pues podemos utilizarlas. Yo, por ejemplo, tengo veinte en concierto, pues yo ahora mismo la Junta me tiene ocupadas dieciocho, pues las dos restantes de la Junta las tengo yo ocupadas con plazas privadas mías. Eso antes no podía ser. Lo que pasa [es] que lo tienes que comunicar. O sea, que recortes, hay, porque antes siempre te cubrían el cien por cien; ahora, no. [...] La gente normalmente sale del sistema, porque se muere, vamos. Entonces, hay ciertos recortes [...] Dos plazas menos son 3.000 euros al mes, que al año son 36.000 o 40.000, con lo cual son recortes. Y esto en una residencia chica; tú imagínate a nivel de la comunidad autónoma andaluza, pues son millones y millones de euros. (Directora Residencia Pública, E12)

El desempleo ha dado lugar a que muchas familias saquen a sus mayores de las residencias. Imagínate una persona que tiene una pensión de 500 euros; quita los gastos de casa (teléfono, luz, agua, etc.), y de lo que le queda tienen que pagar un 40 % —y no es caro—. Muchas familias no quieren que vayan, porque no tienen posibilidades de ir, no les llega. (Trabajadora Social CS, E11)

¹⁰ El 27 de diciembre de 2013, se aprueban dos decretos relacionados con la atención a la dependencia: el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; y 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, 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.

Si, como se ha apuntado más arriba, con el Decreto de 20/2012 se restringe la calidad de la atención a las necesidades de cuidado en muchos sentidos, los decretos de diciembre de 2013 la limitan aún más. Así, se suprime la compatibilidad entre los distintos servicios, modelo que era clave en el SADA, que permitía a los mayores residir en sus hogares o con sus familiares con el apoyo de diversos servicios que, operando simultáneamente, descargaban a las familias, a la par que proporcionaban una adecuada atención al mayor, por ejemplo, mediante la combinación de la teleasistencia, la ayuda a domicilio y el centro de día.

Antes de esta fecha, se financiaba por parte del Gobierno de España el 50 % de cada uno de los servicios que tenía el servicio o prestación; [eso] quiere decir que el Gobierno de España ya no paga compatibilidad por los servicios. Si tú quieres tener servicios que sean compatibles y dar más de un servicio o más de una prestación, lo paga la comunidad autónoma, el servicio de teleasistencia, en Andalucía, lo pagamos a pulmón, porque ésa no se considera una prestación principal, es el único servicio de gestión pública directa de Europa, y somos un referente. (Gerencia de la ASSD, E4)

La sociedad andaluza se caracteriza por un fuerte arraigo de la cultura familista, hecho del que se hacen eco las estrategias políticas de las distintas administraciones. En Andalucía se da incluso un modelo familista extremo, basado en la provisión directa de una parte muy importante de los cuidados por parte de las familias, es decir, sustentado por las mujeres fundamentalmente a través de la solidaridad intergeneracional (Martín Palomo, 2010a; 2013). Pero se da la paradoja de que se puede estar reforzando dicho familismo debido a cómo se ha gestionado la atención a las situaciones de dependencia en un contexto de crisis, en tanto que los recortes en los recursos para los centros residenciales, inciden en la calidad del trabajo efectivamente prestado, a la par que los problemas económicos de las familias más afectadas por el desempleo de sus miembros y por la crisis económica pudieran estar llevando, tal como afirma uno de los entrevistados (Director de Residencia Privada, E15), a algunas familias a sacar a sus mayores de las residencias como una decisión que les permita salir adelante económicamente, aunque ello suponga una sobrecarga para muchas mujeres, así como pérdida de cierta calidad en la atención recibida, ya que el peso de la decisión no recae en la voluntad o la capacidad de cuidar mejor de la persona que lo necesita, sino que actuarían empujados por la precariedad del conjunto de la economía familiar.

4.3. Un derecho, en vías de tornarse universal, en juego

La dificultad para atender adecuadamente a las necesidades de toda la población que tenga necesidades de cuidado en su vida cotidiana para

las que precise ayuda de otras personas con mayor o menor intensidad y continuidad, es un problema reconocido. Para poder darles respuesta se requieren recursos económicos suficientes e implicar a diversas administraciones y actores sociales. La LAPAD ha supuesto, sin duda, una inversión importante para la atención a las personas consideradas dependientes, ahí parecen coincidir todos los entrevistados. Pero, ¿se ha gestionado adecuadamente?, ¿es suficiente?

4.3.1. ¿Hubo despilfarro?

En varias entrevistas mantenidas con los gestores privados se afirma que se produjo cierto exceso a la hora de conceder servicios o prestaciones a personas que, vistas con criterios de hoy, cuando los recursos son mucho más escasos que entonces, no lo necesitarían tanto (Gerencia de la ASSD, E4; Trabajadora Social OAD, E10; Director Centro de Día Privado, E14). Aquella supuesta “alegría” a la hora de conceder ayudas económicas, servicios o plazas de residencia pública o concertada (“como si fuera un hotelito”, en palabras del Director de Residencia Privada, E15), sería la que ahora fuerza a replantear el modelo.

Al principio, se ofrecieron los servicios de manera indiscriminada, en cierta parte; se les dio servicio a personas que, por sus características, a lo mejor no tenían que tener tanto tiempo de servicio. (Coordinadora Empresa Servicio Ayuda a Domicilio, E9)

Un (presunto) “despilfarro” que en buena medida habría originado aquel modo de gestión no sea sostenible actualmente (v. gr. Director Residencia Privada, E15); cuando, con criterios más austeros, de eficiencia económica, se exige ajustar presupuestos y prestaciones. Haber hecho un uso inadecuado de los siempre limitados recursos públicos pudiera tener como consecuencia, ahora, que el sistema que se pretendía universal ya no sea sostenible y que se tenga que dar prioridad a lo más urgente, esto es, que el conjunto de la atención se asistencialice. De este modo, se atendería sólo a las personas cuya situación es clasificada como más dependiente, es decir, los más mayores de entre los mayores, o aquellas personas que se encuentran en peor estado de salud, o quienes tienen más reducidas sus capacidades. Así pues, aunque se alberguen esperanzas de que se amplíe la cobertura, no parece probable que se incorporen al sistema próximamente otros grupos de “dependientes”, es decir aquellos casos etiquetados con un grupo o nivel de dependencia menor que el que recibe atención en la actualidad. Tampoco parece prioritario en este contexto, una vez reactivado el mecanismo que estaba paralizado, atender a las personas a las que se han asignado grados de dependencia menos avanzados. Antes bien, los conceptos, así como los grados de dependencia con que se regulan los diferentes servicios o recursos a los que la adscripción a uno u otro grado dan

derecho, parecen haberse endurecido bastante en los últimos tiempos, es decir, se han vuelto más estrictos y exigentes¹¹. Ello significa, pues, no sólo que pierde centralidad la perspectiva universal en la atención a las necesidades de cuidado de las personas andaluzas, sino también que los aspectos preventivos y la pretensión de fomentar o, al menos, apoyar la autonomía de las personas el mayor tiempo posible han quedado guardados en algún rincón. Ahora se pretende, únicamente, dar respuesta a toda la denominada “gran dependencia”, se está dando paso, por tanto, a un modelo más paliativo, medicalizado y asistencial, en el que el derecho subjetivo ha quedado diluido ante la urgencia de dar respuesta a determinadas necesidades.

4.3.2. Catálogo oficial frente a catálogo restringido

Todos los servicios del catálogo que se desarrolla a partir de la aplicación de la Ley no se ofrecen por igual. Ciertos recursos contemplados en él, como por ejemplo, la figura del asistente para la autonomía personal apenas se concedió en Andalucía (hoy día hay entre diez y trece asistentes personales en toda la comunidad autónoma). Y ello, al parecer, por dos motivos: por un lado, se trata de un servicio muy caro; por otro lado, al ser incompatible con otras prestaciones, como por ejemplo, la asistencia a un centro de día, muchas familias optaron por solicitar otros servicios del catálogo. Se apunta asimismo que este tipo de servicios son muy gravosos: “contratar a una persona que esté las veinticuatro horas al día pendiente de ti es muy caro” (Trabajadora Social OAD, E10).

La revisión del grado de dependencia en un tiempo razonable para que dé lugar al derecho correspondiente, tampoco se está posibilitando, en tanto que, tal como se apuntó más arriba, los expedientes están siendo reactivados tras un par de años de estar parados.

Primero se iban a atender los casos más graves, el grado III, el gran dependiente, después el grado II y después el grado I. El grado I lo han aplazado hasta julio de 2015, y veremos a ver si no lo vuelven a aplazar. Luego, además, tú tienes un sistema que está parado; las personas mayores dan bajones de una semana a la otra, y tienes una señora que ha solicitado una revisión del grado, porque está peor y tardan dos años en revisarla. ¿Qué ayuda real se les está dando a las personas con la Ley de Dependencia? (Trabajadora Social OAD, E10)

Hay que tener presente también que uno de los problemas a la hora de alcanzar el objetivo de universalidad es que para acceder a los servicios que

ofrece la LAPAD, hay que estar encuadrado dentro de alguno de los grados que se establecen en ella. Esto no soluciona el problema de las familias con miembros adultos que tienen una discapacidad sobrevenida por accidente de tráfico, por accidentes laborales (Zambrano, 2010), u otras situaciones que en la Ley no se han contemplado. Es decir, sin clasificación no hay derecho.

4.3.3. ¿Brecha de género en la atención a las necesidades de cuidado?

La Ley, que pretendía ser universal, al asistencializarse en su aplicación, deja en jaque a las personas que no son etiquetadas como absolutamente dependientes, pero que tienen necesidad de ayuda en su vida cotidiana en diferentes sentidos y que no cuentan con recursos para comprar estos servicios en el mercado. En las entrevistas, se plantea también que no se ha tratado por igual a las personas denominadas dependientes si se toma en cuenta el género. Las mujeres como usuarias o receptoras de los servicios a los que igualmente tienen derecho por ley, estarían siendo discriminadas en estos momentos de reajuste de las prestaciones. Este sería, pues, otro elemento que mina la vocación universal en la LAPAD, como afirma una de las entrevistadas.

Con las personas en situación de dependencia, tengo la sensación de que a los hombres se los cuida más, porque la Ley de Dependencia lo que mide es la capacidad que tú tienes de realizar las actividades de la vida diaria; entonces encuentras que le dan grados de dependencia superiores a hombres no por el hecho de que estén más torpes o tal, sino porque de todas formas ese señor no sabe cocinar, no sabe poner una lavadora, se ha quedado viudo. Es que es así, y luego señoras que están ahí, las pobres, que se mueven menos, pero “yo lo que puedo lo limpio...”, ellas dentro de su torpeza, de cómo estén, siempre intentan realizar esas tareas, ¿no? A los hombres, se les da muchas veces un grado superior de dependencia, porque son más dependientes en el hogar, que también es cierto, ¿no? Y al final me da la sensación de que todas estas señoras viudas, pobrecitas que están solas, tienen un déficit de cuidado con respecto a esos hombres. Ésa es una cosa que percibo. Los trabajadores sociales tampoco tienen todos esa visión de género. (Trabajadora Social OAD, E10).

Por tanto, se pone de relieve la arbitrariedad con que pueden terminar operando de hecho estos sistemas de clasificación, pues al no tener presente la situación social concreta y encarnada de las personas, tienden a obviar que las mujeres intentan mantenerse activas y no quieren recurrir al cuidado de otras personas como una forma de seguir “cuidando” de sus familiares y no sobrecargarles (Tobío y Martín Palomo, 2003; Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2015).

¹¹ Véase la Orden de 6 de noviembre de 2014 por la que se modifica el modelo de solicitud del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOJA, 14 de diciembre).

4.3.4. Diferenciaciones por hábitat en el acceso a las prestaciones

Las peculiaridades de los ámbitos rurales en relación con las culturas de cuidado también son destacadas en las entrevistas. Así, se transmite la preocupación de que en el medio rural pueda estarse dando un proceso por el que más personas estén siendo expulsadas de la cobertura del SADA, sea por la dificultad o limitaciones físicas a la hora de acceder a determinados servicios, sea porque en los medios rurales persiste una más fuerte aún, si cabe, cultura familista y opera una mayor presión social para que los mayores permanezcan residiendo en sus propios hogares o en los de sus hijos, es decir, el modelo de “envejecer en casa”.

Porque aquí, en Andalucía, el tema de que los cuidados recaen sobre las mujeres de la familia está mucho más asentado. Y decirle a una señora de un pueblo pequeño, como yo le tengo dicho, “Señora, es que lo que le van a proponer es la residencia”, y, claro, dice ella “¿Cómo voy a meter a mi padre en una residencia?”. Una señora, de hecho, me llegó a decir que se le echaría el pueblo encima. [...] También en el ámbito rural está el problema de los desplazamientos; por eso son importantes las prestaciones económicas a las familias en Andalucía, porque aquí hay mucha tradición de cuidar en casa. (Trabajadora Social OAD, E10)

4.3.5. ¿Como en casa, en ninguna parte? El fiasco de las prestaciones económicas

La LAPAD prevé, como medida de carácter excepcional, la prestación económica para cuidar de un pariente con el que se reside. En Andalucía, ésta se convirtió en una de las prestaciones más solicitadas y más concedidas. Con ella se otorga a quien cuida habitualmente de un familiar identificado como “dependiente”, el derecho a cotizar a la Seguridad Social y para el sistema de pensiones, además de otros beneficios sociales, todo ello con cargo a los presupuestos públicos. Con el ya citado Decreto de julio de 2012, se retira la cotización a la Seguridad Social de estas prestaciones económicas que se ofrecían a las familias, lo que ha generado mucho desconcierto y un impacto negativo en la ciudadanía, que ya empezaba a incorporar este recurso a su modelo familiar de cuidado. Muchas mujeres la han considerado de hecho como una suerte de “salario” por cuidar de un pariente en situación de dependencia, lo que de algún modo contribuía a dignificar su trabajo de cuidadora, al adquirir un reconocimiento formal, por un lado, y al aportar con él un (pequeño) ingreso a la economía familiar, por otro. Es decir, con esta ayuda pública, concedida en principio a la propia persona “dependiente” se lograba, además de garantizar su cuidado, el que más mujeres tuvieran un “empleo”, reforzando las economías familiares de los sectores más pobres. No se va a entrar a discutir aquí la

trampa que puede encerrar esta visión del cuidado en relación con la igualdad de género, tan sólo cabe hacer mención al ya clásico debate sobre el salario para el ama de casa y el potencial de desigualdad que una medida de este tipo encierra a la hora de perpetuar roles de género (Del Re, 1995; Dalla Costa, 1972, 2006).

Se han tirado cinco, tres, cuatro años cuidando, y ahora no tienen nada. (Gerencia de la ASSD, E4).

Ha habido mucha frustración, mucho cambio normativo, que de repente tienen este derecho, mañana no, pasado nos lo estamos pensando. Crea una incertidumbre impresionante en las personas, lo que recibimos es mucha ira, mucha frustración, mucha pena, resignación también. (Trabajadora Social OAD, E10).

En Andalucía, además, donde hay una cultura muy arraigada y difundida de cuidar en casa, parece que, según se señala, ha habido un uso inadecuado de dichas prestaciones económicas. La idea de ofertar de manera generalizada algo que la Ley contemplaba como posible excepción, tendría su origen en dos fenómenos: uno, que en Andalucía no existía una cartera de servicios para poder dar respuesta a un considerable volumen de población etiquetada como dependiente; otro, la pretensión de regularizar y asignar cierto valor al trabajo de cuidado, generalmente proporcionado de forma no monetizada por las mujeres en las familias:

Hay que darle un valor y hay que darle un precio, incluso. Yo me imagino mañana al presidente del Gobierno diciendo “el año que viene, el que se jubile no va a tener pensión”, el follón que se liaría, ¿no? Pues es un poco lo que ha pasado con las cuidadoras: “oye, que a partir de junio de 2012 no vais a tener pensiones, pues ahora las prestaciones económicas solamente se las vamos a dar a menores de edad o personas que viven en entornos aislados”. Desde lo que ha supuesto la LAPAD para las mujeres, ha sido “ofrecerte ser una reina” y no conseguirlo. (Trabajadora Social OAD, E10)

Sin embargo, la opción de remunerar a la cuidadora (o cuidador) familiar, aunque se mantiene en el catálogo de prestaciones que se ofrecen, ya no se contempla a la hora de otorgar las prestaciones (Trabajadora Social Dependencia, E2; Trabajadora Social Ayuntamiento, E3). Además, a raíz del Decreto 20/2012 deja de ser posible mantener aseguradas a las personas que reciben una prestación económica por cuidar de un familiar con el que conviven y, por tanto, ni cotizan a la Seguridad Social ni al Sistema de Pensiones.

El dinero no lo están dando desde hace tiempo. Aparece en el PIA; en el papel, muy bonito, todavía hacen referencia a la ayuda económica, pero está anulada, no existe, no se da. Hay muchas familias que están esperando por

problemas económicos, por el desempleo, las cuidadoras dicen “si yo lo estoy cuidando en vez de que venga una persona de fuera, que me den a mí el dinero”, pero ya hace que no lo dan. (Trabajadora Social Centro de Salud, E11)

Tal como se apunta en la ASSD, esta medida no era ni pretendía ser de apoyo a las familias en situación de exclusión o muy vulnerabilizadas por el impacto de la crisis, sino que se trataba de una ayuda para seguir cuidando al mayor considerado como dependiente, en unas condiciones algo más decentes de lo que muchos familiares ya venían haciendo. Pero el contexto de crisis profunda ha acentuado la perversión que ya se venía dando con este tipo de ayudas: entre la pensión del mayor cuidado, la ayuda económica recibida para cuidarlo, así como con el dinero que se ahorran al no llevar al mayor a un centro de día, puede sobrevivir una familia que tiene a varios de sus miembros desempleados. Llegan a darse situaciones, incluso, en las que la persona que solicitó ayuda en su día tiene ya un alto grado de deterioro físico o cognitivo, lo que convierte en muy duro el hacerse cargo de su cuidado día y noche durante todos los días de la semana; en estos casos, se apunta que la situación puede llegar a ser extrema para quienes cuidan de esta persona de forma habitual, además de que se priva a la persona mayor de ciertos estímulos que podrían ser muy positivos para reducir su pérdida de capacidades. En parte por ello, las residencias públicas perciben este tipo de ayuda a las familias como una competencia desigual. Además, señalan que, frente a los rígidos estándares que deben cumplir los centros residenciales o de día para concertar las plazas con la Junta de Andalucía, no se ha previsto en la Ley ningún mecanismo de control para supervisar cómo se está cuidando del mayor que vive sólo en su casa, lo que está dando lugar a ciertas situaciones de abandono, e incluso de maltrato:

Cuando la gente demandaba solamente lo del cuidador, hombre, una persona mayor y demente, solamente cuidada por una persona, o tienes que estar muy preparada o vamos... Es que el cuidador se viene abajo totalmente. Y entonces, ¿se ha evaluado en qué condiciones estaba esa persona mayor? ¿Sí o no? Yo creo que no. (Directora Residencia Pública, E12)

Se afirma que desde mediados de 2014 se están recuperando las prestaciones, pero se está resolviendo sólo lo más urgente y ello en un contexto de endurecimiento de las condiciones de vida de las familias en general, que ven reducidas otras prestaciones complementarias como, por ejemplo, la medicación gratuita que también pasa a gestionarse bajo un modelo de copago.

De momento, hasta que se abra la mano, a principios de año [2014] teníamos, solamente, a menores, que se han empezado alrededor de la primavera, porque el compromiso era resolver todos los expedientes de menores antes de

que acabara el año. Luego se abrió a personas que viven en un entorno aislado, es decir, que viven en medio del campo, sin un Ayuntamiento que les pueda prestar un servicio profesional. Y ahora se ha abierto también pues a personas que estén terminales y mayores de 90 años. Ése es el criterio, porque no cabe, económicamente, más personas. [...] La Ley de Dependencia llega hasta donde llega, pero no cubre las necesidades. Lo peor del trabajo lo siguen haciendo las mujeres gratis en su casa, y además a costa de no tener pensión el día de mañana, de no tener ingresos a día de hoy [...] Tenemos un empobrecimiento impresionante de la gente. (Trabajadora Social OAD, E10)

4.3.6. ¿Copago o repago?

En relación con el copago, si bien se afirma que con la LAPAD nadie se queda fuera por falta de ingresos, de la cobertura de servicios que prevé en tanto que se pretende universal, en la práctica no queda claro que sea así. No hay nada más desigual —se señala— que tratar de la misma manera a personas que están en desigualdad.

Es cierto que si tú tienes una pensión de 2.000 euros y estás en una residencia y tienes que poner el 75 %, lo pones, pero igual también tienes que responder a otros gastos familiares, y esto te supone mucho. Sí, se presentan quejas, de eso, de gente que dice “mira, si yo doy el 75 % de mi pensión yo no puedo ingresar, que dejo a mi hija separada con dos niños”. (Trabajadora Social OAD, E10)

La supuesta “alegría” con que, según se afirma, se pone en marcha la LAPAD en sus orígenes se torna en “rigor” a partir de finales de 2014. Con el desarrollo legislativo surgido al hilo de la puesta en marcha de políticas de austeridad, se pretende que las personas consideradas “dependientes” contribuyan no sólo con su pensión, sino también con su patrimonio para co-financiar los servicios y atenciones que reciban para dar respuesta a sus necesidades de cuidado. De hecho, en noviembre de 2014 se publica un nuevo modelo de solicitud más complejo, para tener en cuenta, no sólo la pensión de la persona que solicita cuidado, sino también otros ingresos y el patrimonio con el que cuente (cfr. *supra*, nota 10). En la ASSD se sostiene, sin embargo, que es el Gobierno central el que pretende introducir, además de la pensión, el patrimonio en el cómputo elaborado para el copago (“repago”, prefiere decir el entrevistado), y que el porcentaje de dicho copago sea mayor, por ejemplo el 90 % de los ingresos del mayor para co-pagar (o re-pagar) su plaza en la residencia. No obstante, en Andalucía se intenta evitar la puesta en marcha de este nuevo esquema de pago compartido por el usuario, pues se considera que se trata de un servicio al que la persona tiene derecho, en tanto que ya ha pagado sus impuestos a lo largo de toda su vida. En este sentido, el copago, con todos sus

inconvenientes, se habría implantado en Andalucía de manera diferente al resto del país tal como destaca uno de los entrevistados:

Es una de las comunidades que menor participación económica de las personas usuarias propone en relación al copago. Se llegó a un acuerdo en el Consejo Territorial que vinculaba al conjunto de comunidades autónomas para establecer un nuevo sistema de aportación económica de las personas en el coste de los servicios. Andalucía no lo ha llegado a implementar, porque supone, desde luego, un menoscabo importante para la economía de las personas, se paga menos que en otras comunidades autónomas, pero en Andalucía, por mucho que se subiera el copago, eso supondría pues tener un incremento de en torno a unos 40 o 50 millones de euros al año. De 1.200 millones de euros, 40 o 50 no suponen nada. Ése no es un tema que sea significativo en este momento en Andalucía. (Gerencia de la ASSD, E4)

5. Conclusiones

El progresivo aumento de personas mayores de 65 años, con el consiguiente incremento de población necesitada de cuidado, han hecho disparar las alarmas de los países de la Unión Europea que, en pleno debate sobre la reforma de los Estados de bienestar, han visto incorporarse a la agenda pública la cuestión de la organización social del cuidado de una creciente población dependiente. En el caso andaluz, los poderes públicos se han esforzado en promover la aplicación la LAPAD para dotar de recursos públicos, vía transferencias económicas y mediante la prestación de servicios (públicos y concertados), que permitan hacer frente a las necesidades de cuidado de las personas en situación de dependencia.

Este escenario se ve ahora desafiado por los ajustes realizados en el marco de la crisis económica que padece España con especial virulencia, y que sitúan

al sistema de provisión de cuidado que empezaba a construirse en una encrucijada en cuanto a sus posibilidades de desarrollo. En el proceso de implantación de esta ley en Andalucía, dos ejes se han puesto en tensión: el que va de lo universal a lo asistencial y el que va del derecho subjetivo a la gestión técnica. Derechos apenas asentados, que el impacto de la crisis está poniendo en cuestión. Parece haber un acuerdo en que se han gestionado de una forma poco eficiente los recursos disponibles, no ha habido un modelo equilibrado a nivel territorial y hay que replantear la aplicación de la Ley para crear un sistema de provisión de cuidado en Andalucía con criterios de más eficacia.

Está pendiente resolver cómo incorporar en una lógica de derechos la complejidad del cuidado, es decir, vinculado a un principio inherente a la igualdad de trato, de oportunidades y de trayectoria. Resulta pues indispensable analizar el cuidado como obligación de la sociedad en su conjunto con sus múltiples implicaciones y derivaciones que trae aparejada. Sólo en la medida en que se lo incluya como un derecho propio y universal (tanto para quienes deben ser cuidados como para quienes cuidan) se logrará un importante avance.

La crisis y los ajustes que se han realizado en su nombre han dejado en suspenso las expresiones de los propósitos más democráticos de la LAPAD, para hacer emerger con más claridad algunos de sus mecanismos de pervisión. Entre ellos, poner en cuestión el derecho subjetivo y la vocación de universalidad que incorporaba la Ley, por los que se apostó en su puesta en marcha en Andalucía. Si bien parece se está intentando reconducir esta deriva hacia lo asistencial y lo técnico —lo que, aseguran algunos entrevistados, bien puede deberse a que 2015 es un año electoral—, como “secuela” se avista una nueva definición, más restrictiva y medicalizada de *dependencia*, más cercana de la cura, en la que el derecho subjetivo queda minado, pues se olvidan además del respeto al derecho subjetivo, aquellos programas centrados en la prevención y en otro pilar fundamental de la Ley, el fomento de la autonomía personal.

Bibliografía

- ANDALUCÍA (2014): “Orden de 6 de noviembre de 2014, por la que se modifica el modelo de solicitud del Procedimiento para el Reconocimiento de la Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía”, *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, nº 223, 14-11-14 [<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2014/223/18>], consultado el 30-7-15].
- ARTIAGA LEIRAS, A. (2015): “Producción política de los cuidados y de la dependencia: políticas públicas y experiencias de organización social de los cuidados” [tesis doctoral], Universidad Complutense de Madrid [<http://eprints.ucm.es/32816/>], consultado el 30-7-15].
- BENHABIB, S. (1992): “Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral”, *Isegoría*, nº 6, págs. 37-63.
- (1990) [1986]: “El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista”, en BENHABIB, S.; y CORNELL, D. (coords.), *Teoría feminista y teoría crítica*, Valencia, Alfons el Magnánim, págs. 119-149.
- BORCHORST, A. (1994): “Welfare State Regimes, Women’s Interests and the EC”, en SAINSBURY, D. (coord.), *Gendering Welfare States*, Londres, Sage, págs. 6-44.
- CERRI, C. (2015): “Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica al cuidado de los mayores”, *Athenea Digital*, nº 15, vol. 2, págs. 111-140.
- DALLA COSTA, M. R. (2006): “La sostenibilidad de la reproducción: de las luchas por la renta a la salvaguardia de la vida”, en LABORATORIO FEMINISTA, *Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista. Producción, reproducción, deseo, consumo*, Madrid, Tierradenadie Ediciones, págs. 59-78.
- (1972): *Las mujeres y la subversión de la comunidad*, Madrid, Siglo XXI,
- DALY, M. (2004): “Changing conceptions of family and gender relations in European welfare states and the Third Way”, en LEWIS, J.; y SURENDER, R. (eds.), *Welfare State Change: Towards a Third Way?*, Oxford, Oxford University Press, págs. 135-154.
- (2002): “Care as a good for social policy”, *Journal of Social Policy*, nº 31, vol. 2, págs. 251-270.
- DALY, M.; y LEWIS, J. (2000): “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states”, *British Journal of Sociology*, nº 51, vol. 2, págs. 281-298.
- DEL RE, A. (1995): “Tiempo de trabajo asalariado y tiempo del trabajo de reproducción”, *Política y Sociedad*, nº 19, págs. 75-81.
- ESPAÑA (2013): “Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 313, 31-12-13, págs. 107.120-107.127 [<https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/31/pdfs/BOE-A-2013-13810.pdf>], consultado el 30-8-15].
- (2013): “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”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 313, 31-12-13, págs. 107.128-107.142 [http://www.boe.es/diario_boe/txt].

- php?id=BOE-A-2013-13811, consultado el 30-7-15].
- (2012): “Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la Competitividad”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 168, 14-7-12, págs. 50.428-50.518 [http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-9364], consultado el 30-7-15].
- (2011): “Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 184, 2-8-11, págs. 87.495-87.544 [http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-13242], consultado el 30-7-15].
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A.; y TOBÍO, C. (2007): *Andalucía. Dependencia y solidaridad en las redes familiares*, Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía.
- KITTAY, E. F. (2002): “When caring is just and justice is caring: Justice and mental retardation”, en KITTAY, E. F.; y FEDER, E. K. (eds.), *The Subject of Care: Feminist Perspective on Dependency*, Lanham, Rowman & Littlefield Publishers, págs. 257-276.
- LANGA, R. et al. (2009): *Las cuidadoras y cuidadores de dependientes en el seno de las redes familiares. Una mirada desde la desigualdad*, Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía.
- LETABLIER, M. T. (2007): “El trabajo de ‘cuidados’ y su conceptualización en Europa”, en PRIETO, C. (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*, Madrid, Hacer; Madrid, Complutense, págs. 4-84.
- LEWIS, J. (1998): *Gender, Social Care and Welfare States Restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate.
- (1992): “Gender and the development of welfare regimes”, *Journal of European Social Policy*, nº 2, vol. 3, págs. 159-173.
- MARTÍN PALOMO, M. T. (2014): “Los cuidados en las familias. Un estudio a través de tres generaciones de mujeres en Andalucía” [tesis doctoral], Universidad Carlos III de Madrid.
- (2013): “Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, nº 31, vol. 1, págs. 115-138.
- (2010a): *Los cuidados en las familias. Estudio a partir de tres generaciones de mujeres en Andalucía*, Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía.
- (2010b): “Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía”, *Zerbitzuan*, nº 48, págs. 57-69 [http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Autonomia,%20dependencia%20y%20vulnerabilidad.pdf].
- (2009): “El care un debate abierto: de las políticas de tiempos al social care”, *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, nº 4, págs. 325-355.
- (2008): “Los cuidados y las mujeres en las familias”, *Política y Sociedad*, nº 46, vol. 2, págs. 29-49.
- MARTÍN PALOMO, M. T.; y MUÑOZ TERRÓN, J. M. (2015): “Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado”, *Argumentos. Revista de Crítica Social*, nº 17, [http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1382].
- (2013): “¿Cuidar en crisis? Un lugar para la vulnerabilidad en las políticas de cuidados” [comunicación], IV Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas, Madrid, septiembre.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2014): “Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 145, págs. 99-126.
- MCLAUGHIN, J. (2003): “The ethics of care”, en MCLAUGHLIN, *Feminist Social and Political Theory: Contemporary Debates and Dialogues*, Londres, Palgrave & MacMillan, págs. 70-90.
- MUÑOZ TERRÓN, J. M. (2010): “Responsividad y cuidado del mundo. Fenomenología y ética del care”, *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, nº 49, págs. 35-48.
- NUSSBAUM, M. (2007): *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*, Barcelona, Paidós.
- (2002): “Amor, cuidados y dignidad”, en NUSSBAUM, M. C., *Las mujeres y el desarrollo humano*, Barcelona, Herder, págs. 321-322.
- PATTARONI, L. (2005): “Le care est-il institutionnalisable? Quand la ‘politique du care’ émeuse son éthique”, en PAPERMAN, P.; y LAUGIER, S. (eds.), *Le souci des autres: éthique et politique du care*, París, EHESS, págs. 177-200.
- PAUTASSI, L. (2007): *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile, CEPAL.
- RAZAVI, S. (2007): *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues Research Questions and Policy Options*, serie Gender and Development Programme Papers, nº 3, Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development.
- SARACENO, C. (2005): “¿Qué derechos y obligaciones, qué tipos de recursos? Visiones de la ciudadanía a través del prisma del género”, en VV.AA., *Congreso Internacional Sare 2004: ¿hacia qué modelo de ciudadanía?*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, págs. 255-278 [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/pub_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2004_es.pdf], consultado el 30-7-15].
- SOJO, A. (2007): “Estado, mercado y familia: el haz del bienestar social como objeto de política”, en ARRIAGADA, I. (coord.), *Políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*, Santiago de Chile, CEPAL, págs. 157-170.
- TOBÍO, C. et al. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, La Caixa, [https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol28_completo_es.pdf], consultado 30-8-15].
- TOBÍO, C.; MARTÍN PALOMO, M. T.; y FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (2003): *Investigación*

- cualitativa como fase previa al diseño del cuestionario, [<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/redesfamiliares/metodologia/InvestigacionCualitativa.pdf>], consultado el 30-7-15].
- TORNS, T. (2005): “De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, nº 23, vol. 1, págs. 15-33.
- TRONTO, J. (2005): “Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad”, en VV.AA., *Congreso Internacional Sare 2004: ¿hacia qué modelo de ciudadanía?*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, págs. 231-253 [http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/pub_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2004_es.pdf], consultado el 30-7-15].
- (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Nueva York, Routledge, Chapman and Hall.
- WILLIAMS, F. y GAVANAS, A. (2008): “The intersection of childcare regimes and migration regimes: A three-country study”, en LUTZ, H. (ed.), *Migration and Domestic Work*, Aldershot, Ashgate, págs. 13-28.
- ZAMBRANO, I. (2010): “La valoración económica del trabajo no remunerado como reconocimiento de los derechos de las mujeres ante el cuidado de la dependencia”, *Mujer y Economía. Revista Económica de Castilla-La Mancha*, nº 17, págs. 197-230.
- (2004): “La responsabilidad pública en el cuidado de las personas con discapacidad” [tesis doctoral], Universidad Autónoma de Madrid.
- ZAMBRANO, I. et al. (2015): “‘Sólo lo más urgente’: de lo universal a lo asistencial en el modelo de atención pública a la dependencia en Andalucía”, en VV.AA. *Desigualdad y democracia: políticas públicas e innovación social. Actas oficiales del V Congreso de la Red Española de Política Social (REPS)*. Barcelona, 5-6 febrero 2015, Barcelona, Red Española de Política Social, págs. 1.569-1.589 [<http://repsbarcelona2015.es/actas-del-congreso/>].

Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid

Magdalena Díaz Gorfinkiel

Universidad Carlos III de Madrid
<mdiazg@polsoc.uc3m.es>

Begoña Elizalde San Miguel

Universidad Carlos III de Madrid

Artikulu honen xedea da Madrilgo eskualdeko etxez etxeko arretarako sistema publikoaren azken urteotako eboluzioa aztertzea. 2008. urtetik, krisialdi ekonomikoak eragina izan du pertsona adinduen zaintzara bideratutako baliabide publikoetan, eta eragin hori nabarmendu daiteke eragina izandako arlo desberdinetan. Murriztu egin da zerbitzuaren intentsitatea eta baita ere mendetasun egoeran dauden pertsonen eskaintako beste zerbitzu batzuen erlazioan izandako garrantzia, eta, gehienbat, jarduera horiek betetzen dituzten pertsonen lanerako baldintzak eskatu dira. Gaur egun, murriztu egin da jardueren inguruko kontrola, eta horren ondorioz izaera profesionalerako ezaugarri batzuek eskatu egin dira mendetasun egoeran dauden pertsonen arretan, eta jarduera horiek aintzatespen eta zehaztasun gutxiagoa duten etxebizitzako mantentzearen lanen tankera bat hartu dute. Halaber, prestakuntzarako ikastaroak gutxitu egin dira langileentzat, eta nabarmentzen da sektorean esperientzia urria duten enpresak protagonista bilakatzen ari direla baliabide horiek eskaintzeko.

GAKO-HITZAK:

Etxez etxeko arreta, izaera profesionalaren atzerakada, lanerako baldintzak, krisialdi ekonomikoa.

El presente artículo tiene como objeto analizar la evolución del sistema público de asistencia a domicilio en la región de Madrid en los últimos años. Desde 2008, la crisis económica ha afectado a los recursos públicos destinados al cuidado de mayores, lo que se puede percibir en el funcionamiento de este recurso en diferentes ámbitos. Se ha recortado la intensidad del servicio y su importancia en relación con otros servicios ofrecidos para la atención de personas dependientes, y, fundamentalmente, se han deteriorado las condiciones de trabajo de las personas que realizan estas tareas. Existe en la actualidad un menor control de las actividades que se realizan, motivo por el que el trabajo de cuidados a personas dependientes ha perdido los rasgos de profesionalización, para asemejarse a un empleo de mantenimiento del hogar con escaso reconocimiento y concreción de tareas. Además, se está asistiendo a la disminución de cursos de formación y reciclaje de trabajadoras, y se está permitiendo que compañías carentes de experiencia en el sector adquieran protagonismo en la prestación de este recurso.

PALABRAS CLAVE:

Asistencia a domicilio, desprofesionalización, condiciones de trabajo, crisis económica.

1. Introducción

Los cuidados de la población mayor constituyen un ámbito de actuación fundamental en la sociedad española actual. Esto se debe al envejecimiento de la población que ha experimentado este país durante las últimas décadas. El Censo de Población y Vivienda de 2011 (INE, 2011) indica que las personas mayores de 65 años representan el 17,3 % de la población, lo que en números absolutos significa más de 8 millones de personas.

El envejecimiento demográfico en España presenta dos características. En primer lugar, a pesar de iniciarse más tarde que en otros países de su entorno ha sido un proceso acusado e intenso (Imsero, 2012); así, el porcentaje de mayores de 65 años ha aumentado 0,7 puntos porcentuales en apenas dos años (en 2009, representaban el 16,6 %). El otro rasgo peculiar del envejecimiento poblacional en el país es el llamado sobreenvjecimiento, es decir, la elevada proporción de personas mayores de 80 años (5,3 % según datos del INE), siendo España uno de los países con mayor esperanza de vida de todo el mundo. El envejecimiento dentro de la propia población mayor ocasiona importantes necesidades de cuidado con la consecuente obligación de generar recursos para dar respuesta a esta demanda, en función de la relación que existe entre la edad y las situaciones de discapacidad. La situación demográfica actual plantea, en consecuencia, el reto de la calidad de vida durante los años en que ésta se ha extendido (Bódalo Lozano, 2006) así como un desafío para los gobernantes y el desarrollo de la políticas sociales (Minguela Recover y Camacho Ballesta, 2015).

En las sociedades contemporáneas la atención a las personas mayores en situación de dependencia constituye un derecho fundamental (De Asís Roig, 2007), por lo que el Estado, las familias y el mercado se complementan con objeto de que esta necesidad de cuidados se vea atendida. España se ha caracterizado tradicionalmente por un Estado de bienestar de carácter familista, una característica compartida con otros países mediterráneos que implica que gran parte del desarrollo del bienestar social, y en este caso concreto de la responsabilidad de los cuidados, recae en el grupo familiar. La estructura familiar, sin embargo, se ha transformado en los últimos años conforme a las transformaciones sociales experimentadas en el país, haciendo que los ‘viejos’ modelos familiares sólo pervivan en apariencia (Moreno Fernández, 2003). Las familias se han visto sujetas a procesos de cambio, entre otras cosas, por sus bajas tasas de fecundidad y el nuevo papel de la mujer en la sociedad. El aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo no se ha visto acompañada por un aumento de participación masculina en las tareas de cuidado (INE, 2009-2010). Esto ha provocado que la forma tradicional de cuidar, centrada en la familia, haya quedado obsoleta, un proceso que ha sido conceptualizado como “crisis de los cuidado”

(Hochschild, 2001) y que hace referencia a la menor disponibilidad de las familias para cuidar y la consecuente necesidad de emplear otras estrategias.

La institucionalización de los cuidados ha ido así adquiriendo mayor protagonismo social y ha generado la aparición de relaciones formales dentro de la provisión de los cuidados a la dependencia (Fantova Azcoaga, 2013). Sin embargo, Moreno Colom *et al.* (2013) señalan que a pesar de estos cambios en la organización social de los cuidados aún se presentan resistencias socioculturales hacia los cuidados colectivos y la presencia de los servicios sociales, otorgándosele preferencia al trabajo informal en el seno de la familia. De esta forma, la originaria escasez de servicios de cuidados propia del Estado de bienestar español se ve justificada y, al mismo tiempo, estimulada por la tendencia social a satisfacer este tipo de actividades en el ámbito de lo privado.

La formalización pública de los servicios de cuidados a la población dependiente, y en consecuencia a gran parte de la población mayor en su conjunto, experimentó un enorme avance con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Persona en Situación de Dependencia en 2006 (Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia). Esta Ley significó la asunción por parte del Estado de la responsabilidad en el bienestar de la población dependiente, con la consecuente conformación de los cuidados como un campo de ciudadanía y no discriminación. Una de las primeras consecuencias de su aprobación es el aumento en el gasto público destinado a los cuidados, a pesar de lo cual España está aún lejos de las cifras de los países europeos con mayor inversión. En 2003 el porcentaje del PIB destinado a este tipo de cuidados era de 0,77 %, cifra que aumentó hasta 1,11 % en 2010, pero que contrasta con el 3,71 % de los Países Bajos o el 3,70 % de Suecia (Imsero, 2012).

La Ley de Dependencia, desde sus inicios, se planificó con un desarrollo progresivo que permitiese proporcionar los servicios técnicos, asistenciales y de prestación económica necesarios en función de la complejidad de la tarea y estructuras demandadas por las personas dependientes (González Ortega, 2012)¹. Desde la aprobación de la Ley, se estableció un catálogo de servicios (institucionales y a domicilio) y unas prestaciones económicas (ayudas monetarias directas) que se adjudicarían en función del grado de dependencia de las personas, sus recursos económicos y las posibilidades reales de los servicios sociales en cada región, dando prioridad a la prestación de servicios (González Ortega, 2012). Entre los servicios que se planificaron, y que se ofrecen en la actualidad, se encuentra el servicio de ayuda a domicilio, servicio que se encontraba muy desarrollado con anterioridad a la Ley de Dependencia y que no ha experimentado el desarrollo que cabría esperar, al haber dado la Ley

¹ El desarrollo de la Ley experimentó postergaciones respecto al calendario inicial.

prioridad a las prestaciones económicas entrando en contradicción con su espíritu inicial. Este tipo de prestaciones representaban, en diciembre de 2014, el 48,37 % del total de prestaciones otorgadas en España, mientras que la ayuda a domicilio representaba el 14,26 % (Imsero, Sistema de Autonomía y Financiación a la Dependencia).

Este artículo se centra en el análisis del servicio público de asistencia a domicilio de los cuidados de larga duración en la región de Madrid. El objetivo es examinar la evolución que ha experimentado este servicio en la región, coincidiendo con la implantación de la Ley de Dependencia y el desarrollo de la crisis económica en España. Este análisis forma parte de un proyecto de investigación más amplio que estudia de manera comparativa y a escala regional la organización social de los cuidados de mayores en España², observando la interconexión entre los recursos proporcionados por el Estado, la familia y el mercado. El artículo comienza presentando el diseño de la investigación, para luego centrarse en sus secciones principales: el análisis de la evolución del recurso de la ayuda a domicilio en la Comunidad de Madrid y los elementos presentes en la reconfiguración de esa prestación.

2. Diseño de la investigación

El proyecto se apoya en una estrategia de triangulación metodológica que combina la explotación de fuentes cuantitativas y cualitativas. En este caso concreto, se presentan algunos de los datos obtenidos en el desarrollo de la investigación de la Comunidad de Madrid, investigación que aún se encuentra en proceso de realización y análisis. Acorde con los objetivos del artículo, en este caso se ofrecerán exclusivamente datos relativos a la situación del servicio de atención a domicilio, relegando la información del resto de ámbitos para posteriores análisis.

En primer lugar se utilizan datos cuantitativos secundarios con objeto de observar la evolución de este servicio en la región de Madrid y comprender el papel que se le otorga dentro de las prestaciones a la población dependiente. El servicio de ayuda a domicilio (SAD) se estudia realizando un seguimiento de su evolución en la región, aludiendo a la cobertura que ofrece tanto en términos absolutos como en comparación con otras comunidades autónomas así como en la importancia de la prestación en relación con otras prestaciones. Todos los datos provienen de informes que el Imsero realiza de manera periódica y que se constituyen como un reflejo de la forma de entender este servicio tanto desde una perspectiva de actuación práctica como desde un punto de vista simbólico.

El análisis de las transformaciones en la cotidianeidad del funcionamiento del SAD se obtiene, por su parte, con la información que proporciona el trabajo de campo realizado en la región de Madrid. Se planificaron, al igual que en el resto de regiones a estudiar, 30 entrevistas con objeto de cubrir las tres aristas del cuidado: el Estado, la familia y el mercado. Se seleccionaron, en consonancia, diferentes perfiles para entrevistar, con objeto de obtener información que complementa e interconecte la actuación de los actores sociales que participan en la provisión de cuidados de larga duración. Para este artículo se utilizan, fundamentalmente, las entrevistas realizadas a las trabajadoras del SAD y a los gestores y técnicos de los servicios públicos. En relación con las primeras, se realizaron dos entrevistas a trabajadoras del SAD que en ambos casos eran trabajadoras de origen inmigrante que se encontraban contratadas por empresas concertadas y realizaban su actividad en el municipio de Madrid. Ambas llevaban más de cinco años trabajando en el sector y provenían del ámbito del empleo del hogar. Para el segundo grupo, por su parte, se entrevistó a tres coordinadoras de los servicios de atención a domicilio, trabajando dos de ellas para el Ayuntamiento de Coslada y la tercera para una empresa de servicios sociosanitarios que ofrece atención a domicilio de manera concertada en municipios del norte de Madrid (como Las Rozas o Majadahonda). Las dos entrevistas realizadas a los cuidadores familiares y las siete a los cuidadores profesionales empleados del hogar se constituyen como un complemento de información que permite una visión global de la evolución de la organización social de los cuidados a la población dependiente. Las entrevistas fueron realizadas durante 2014 y siguieron un guión semiestructurado, que permitió incluir los temas que se pretendían analizar, permitiendo la flexibilidad en el desarrollo de los discursos de los entrevistados. Para el caso de las trabajadoras del SAD, los bloques que se incluyeron se referían a las características del empleo, la trayectoria laboral (dentro del sector y previamente a la inserción en él), la formación específica para la realización de este trabajo, las relaciones que se establecen en el desarrollo de la actividad y, finalmente, la percepción de los cuidados propios y ajenos. Para el caso de las gestoras del SAD, el guión incluía bloques referidos a las características del trabajo en concreto, las formas de implementación de la Ley de Dependencia, el impacto de la Ley en el sector de los cuidados, los cambios acaecidos en los últimos años de crisis económica y una valoración del proceso de prestación de cuidados de larga duración.

3. Recursos públicos en la Comunidad de Madrid: el servicio de atención a domicilio

La Ley de Dependencia es una ley de ámbito estatal que tiene por objeto garantizar las condiciones básicas de provisión de cuidados a las situaciones de dependencia y que se ha desarrollado delegando su gestión e implantación a las comunidades autónomas

² Proyecto 'Geografía del trabajo de cuidados. Implicaciones de su privatización sobre la creación de empleo' (CSO2012-32901), dirigido por Raquel Martínez Buján y financiado por el Ministerio de Empleo y Competitividad.

(González Ortega, 2012). Este diseño ha originado la existencia de una gran variedad de niveles de desarrollo regional (Martínez Buján, 2014), que no ha hecho más que consolidar las diferencias previamente existentes, cuando las prestaciones se ofrecían fuera de este marco normativo. La Ley establece un catálogo de servicios donde se especifican las prestaciones existentes, y entre ellas, se establece el servicio de atención a domicilio (SAD). Éste se define como “el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria” (Ley de Dependencia, artículo 23), lo que implica un esfuerzo por prestar la atención necesaria dentro del entorno habitual de la persona dependiente, siguiendo la línea de expertos y organismos internacionales que defienden esta opción como preferente (García Martín, 2013). Este tipo de prestación puede asumir dos tipos de asistencia: la relacionada con la atención personal y la relacionada con la atención de las necesidades domésticas o del hogar. Los servicios de atención a domicilio son gestionados por la Administración pública, pero pueden ser prestados tanto por entidades públicas como por empresas privadas, previa adjudicación del servicio por parte de la Administración pública.

En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, la ayuda a domicilio se rige por varios decretos que conviven y combinan realidades territoriales de diverso nivel. El Decreto 88/2002 regula este tipo de prestaciones a escala autonómica y local, y es previo al desarrollo de la Ley de Dependencia. En él, se establece la importancia que el Gobierno de la región otorga a este tipo de servicios de asistencia al establecer que “la ayuda a domicilio [es] una de las más relevantes prestaciones del sistema de servicios sociales que, a lo largo de estos últimos años, ha experimentado un importante crecimiento, incrementándose los recursos humanos y financieros disponibles, los niveles de cobertura y las modalidades de prestación del servicio ofertadas a la población, gracias al esfuerzo conjunto de las administraciones autonómica y local”. El funcionamiento autonómico y municipal, previo a la Ley de Dependencia, generaba una cobertura individualizada y específica en cada región (García Herrero, 2009), siendo la Comunidad de Madrid una de las regiones que más habían desarrollado este tipo de servicios (Martínez Buján, 2014). Dentro de las modalidades de ayuda a domicilio, el Decreto estipula la atención doméstica y la atención personal de la misma manera que la Ley de Dependencia, sin establecer una relación de complementariedad entre ellas. La aprobación de la Ley de Dependencia significó el desarrollo de decretos y resoluciones estatales y regionales con objeto de lograr una acertada puesta en práctica de la Ley.³ En 2013, se

aprueba el Real Decreto 1051/2013, que ordena y unifica la normativa relacionada con las prestaciones y servicios. Lo más relevante de este real decreto, en lo que respecta al análisis del SAD, es la incorporación de la complementariedad entre la ayuda personal y doméstica, así como el establecimiento de una nueva intensidad en la percepción del servicio. En cuanto a la primera cuestión, se establece que la asistencia doméstica sólo podrá prestarse, a no ser en casos excepcionales, como complementario de la asistencia personal y que dentro del programa de atención de cada individuo se deberán especificar las horas otorgadas a cada servicio. En cuanto a la intensidad de los servicios, se establecen niveles que son inferiores a los establecidos en las normativas anteriores, lo que indica una tendencia a la disminución formal en la oferta de éste. Las cifras establecidas en la actualidad son las siguientes:

- Grado III, gran dependencia: entre 46 y 70 horas mensuales.
- Grado II, dependencia severa: entre 21 y 45 horas mensuales.
- Grado I, dependencia moderada: máximo de 20 horas mensuales.

Previamente a la implantación de esta normativa las horas máximas de prestación de atención a domicilio eran 90 para el grado III de dependencia, 55 para el grado II y 30 para el grado I, teniendo en cuenta además que dentro de cada grado se establecían diferentes niveles. La entrada en vigor del citado real decreto ha producido una reducción de la intensidad del servicio ofertado así como una simplificación en su asignación debido a que ya no existen niveles en cada grado y, como consecuencia, una potencial necesidad de hacer frente a la situación de dependencia con recursos complementarios a la atención pública a domicilio.

En el caso de la Comunidad de Madrid, no sólo los datos estatales provenientes de la normativa indican una disminución en la prestación de este servicio, sino que también las cifras referidas a la cobertura del SAD reflejan una tendencia a la baja en los últimos años⁴. La Tabla 1 presenta los datos relativos al número de personas atendidas por este servicio, el porcentaje de personas beneficiarias en relación con los beneficiarios de todos los servicios, el porcentaje de personas beneficiarias respecto a la población mayor de 65 años, la prestación más representativa en la región en cada año (es decir, la que tiene una proporción de beneficiarios mayor) y la posición que este servicio representa en relación con a otras regiones (es decir, cuántas regiones del país tienen un porcentaje de beneficiarios mayor).

³ Entre ellos, el Decreto 54/2015, que regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones en la Comunidad de Madrid; el Real Decreto 291/2015, que modifica las prestaciones del sistema aprobadas en 2013; o la Resolución 8/2015, que regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I en

la Comunidad de Madrid.

⁴ A pesar de que la Ley de Dependencia armonizó a nivel estatal los servicios prestados a las personas en situación de dependencia, los Ayuntamientos mantienen prerrogativas sobre este tipo de servicios y, en consecuencia, pueden ofrecer atención a domicilio en los casos específicos que lo consideren necesario.

Tabla 1. Evolución del SAD bajo la Ley de Dependencia. Comunidad de Madrid, 2010-2015*

	Nº personas	% beneficiarios de todas las prestaciones	% beneficiarios SAD entre la población > 65 años**	Prestación más representativa	Posición en relación con otras regiones
2010	7.292	13,16	0,74	Atención residencial (34,55 %)	4 ^a
2011	21.593	22,15	2,16	SAD	1 ^a
2012	23.156	23,01	2,26	SAD	1 ^a
2013	21.356	19,37	2,03	PECEF (26,96 %)	4 ^a
2014	19.595	17,20	1,81	PECEF (25,40 %)	6 ^a
2015	19.829	17,61	1,84	PECEF (24,70 %)	6 ^a

SAD: servicios de asistencia domiciliaria. PECEF: prestación económica para el cuidado en el entorno familiar.

* Datos a 31 de diciembre, salvo los de 2015, que son a 30 de junio.

** A partir de los datos poblacionales a 1 de enero de cada año.

Fuente: información estadística del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (Imsero, 2010-2015), y padrón continuo (INE).

Hasta finales de 2012 la presencia del SAD fue aumentado en relación con a otras prestaciones, un dato coherente con el importante esfuerzo que se realizó en las mayor parte de las regiones de España para aumentar su presencia y potenciar su uso (Martínez Buján, 2014). En estos primeros años, las cifras oscilan en torno a un 22 %, y constituía la prestación más frecuente en la Comunidad de Madrid, por encima del resto de servicios y prestaciones. Asimismo, se ve que durante esos años esta región se posicionaba en primer lugar en la oferta de este servicio en el conjunto del país. Estos datos, sin embargo, no deben esconder la disparidad existente respecto a la intensidad en la oferta del servicio. La Comunidad de Madrid, por ejemplo, presenta una intensidad horaria de 16,98 horas al mes por usuario (Imsero, 2012) lo que es inferior a otras regiones (encontrándose en el puesto 11^º, es decir, que existen diez regiones que presentan una intensidad horaria mayor). Estas diferencias son indicativas de la existencia de estrategias variadas a escala regional y municipal (Martínez Buján, 2014) respecto a si priorizar la cantidad de población que recibe el servicio o la intensidad horaria de disfrute de las prestaciones. Los datos también muestran otra diferencia en relación con la distribución de modalidades dentro del SAD, es decir el equilibrio entre las tareas destinadas a cuidados personales y las centradas en la ayuda doméstica. En Madrid, en 2011, el 66 % del tiempo se dedicaba a la primera tipología, mientras que el 34 % restante se concentraba en la ayuda en el hogar (Imsero, 2012), unas cifras que, sin embargo, deben contrastarse con los discursos de los actores sociales involucrados respecto a las prácticas reales de esta distribución.

Volviendo a la evolución durante los últimos años, se puede observar a partir de 2013 un claro descenso en la importancia del SAD respecto a las demás prestaciones, a pesar de mantener cifras elevadas tanto en los números absolutos de cobertura como en el peso del servicio en relación con otros. El primer indicador de su tendencia a la baja se puede observar en la disminución de beneficiarios respecto a la población mayor de 65 años, dato que debe analizarse desde dos puntos de vista. Por un lado,

desciende el número absoluto de personas atendidas (entre 2012 y 2013 el número de beneficiarios descendió un 8 %)⁵. Pero además, y teniendo en cuenta el constante aumento de la población mayor de 65 años debido al envejecimiento demográfico, descendió de forma muy acusada (un 15 %) la cobertura a la población mayor, es decir, el porcentaje de mayores que acceden a este servicio.

Esta disminución de la oferta en el SAD, además, estuvo acompañada por un constante aumento en las prestaciones económicas para cuidados familiares desde 2010. Se percibe una correlación directa entre el importante descenso del SAD entre 2012 y 2013 y un aumento en ese mismo periodo de estas prestaciones (de representar un 19,14 % en enero 2010 a un 24,70 % en junio de 2015), lo que parecería indicar una menor apuesta respecto a la profesionalización de estos cuidados frente a una progresiva priorización de la presencia familiar y sus cuidados no formalizados. De hecho, desde 2013 estas prestaciones económicas han pasado en Madrid a ser la prestación más habitual. Asimismo, otro tipo de prestación económica, la vinculada al servicio, ha ido aumentando progresivamente su importancia desde 2010, produciéndose un salto notable entre 2012 y 2013, pasando de significar un 4,97 % a un 8,61 % (Imsero, Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia). Esta prestación tiene como objetivo cubrir los gastos de un servicio de atención cuando éste no pueda ser proporcionado directamente por las administraciones públicas e indica, nuevamente, una tendencia a la externalización de la atención a domicilio.

Otro elemento que puede ser indicativo de la disminución en la profesionalización o importancia otorgada a este ámbito de prestaciones es el

⁵ Los datos ofrecidos se refieren a toda la población beneficiaria del SAD dentro del marco de la Ley de Dependencia, ya que no se han facilitado datos desagregados por edades, pero se debe tener en cuenta que el 65 % de los beneficiarios del SAD en la Comunidad de Madrid son mayores de 80 años (Imsero, 2102) y el 75,85 % de los solicitantes de las prestaciones en su conjunto para todo el territorio nacional son mayores de 65 años (Imsero, para septiembre de 2015).

relativo a las empresas adjudicatarias del servicio, ya que se percibe en la región una tendencia a la externalización indiscriminada (García Martín, 2013). En el municipio de Madrid se otorgó el servicio, desde el 1 de diciembre de 2012 hasta el 31 de marzo de 2015, a las empresas Clece, Asispa y Eulen. Clece, por ejemplo, es filial de una empresa constructora que ofrece multiservicios sin haber estado especializada en la atención a domicilio ni constituir éste su ámbito preferente de actuación. Dentro del debate de la adjudicación de estas prestaciones se señala que estas grandes corporaciones, suelen hacerse con los servicios a través de una mejor propuesta de precios, lo cual sólo estas empresas pueden realizar en función de su mayor tamaño y su capacidad para gestionar grandes lotes de servicios. Además, se plantea la duda de si estos menores precios ofrecidos a la Administración no se encuentran relacionados con peores condiciones laborales y una menor profesionalización de los trabajadores. Unos rasgos que caracterizan no sólo la externalización de los servicios de la Ley de Dependencia, sino, en general, la privatización del sector de la salud en España (Eurofound, 2015). La adjudicación a este tipo de empresas de la gestión de los servicios públicos incluidos en la Ley de Dependencia ha hecho plantearse la cuestión de la ideología que subyace a este diseño en la estructura y gestión de los recursos públicos, y las consecuencias que tiene la entrada de estas empresas no especializadas en la desvalorización del SAD, cuestión que pasamos a analizar a continuación.

4. Reconfiguración del paradigma de la atención a domicilio: el discurso de la desprofesionalización

Además de los datos que proporcionan información sobre los cambios acaecidos en el ámbito de la ayuda a domicilio, las entrevistas realizadas ofrecen información complementaria respecto a las modificaciones experimentadas y permiten contrastar algunos de los ‘datos oficiales’. Las entrevistadas ofrecen detalles sobre el funcionamiento de cuestiones cotidianas de la organización del trabajo de ayuda a domicilio, y en sus discursos dan cuenta de las restricciones que se han ido generando y las mayores dificultades que encuentran en los últimos años para ofrecer un servicio de calidad. La mayor parte de los elementos que se señalan no aluden específicamente a una cuestión de cobertura, intensidad o indicador similar, sino que proporcionan información sobre elementos concretos que conforman el servicio y que construyen en su conjunto un determinado tipo de atención a domicilio.

Comenzando por la organización de los horarios laborales la involución sufrida se presenta de manera clara al haberse planteado limitaciones para la gestión del tiempo. El principal cambio

que se menciona alude a la eliminación de los tiempos de descanso entre distintos usuarios, por lo que el tiempo de traslado entre los diferentes hogares debe descontarse del tiempo de trabajo de las empleadas⁶. Así, si el tiempo de traslado de una localización a otra es de quince minutos, serán también quince los minutos que la empleada deba añadir a su jornada. Esto convierte el horario pactado en un contrato ficticio, cuyo cumplimiento se presenta imposible, puesto que ambas partes saben que no responde a la realidad, lo que genera descontento y presión en los trabajadores. Este tipo de funcionamiento, además de la aceptación formal de unas condiciones irreales, añade incertidumbre a las jornadas laborales ya que éstas dependerán de la localización de los usuarios y no de la capacidad de trabajo de las empleadas o de su negociación con la empresa o entidad. La modificación de la residencia de un usuario o cualquier cambio similar podría implicar también la modificación de la jornada laboral. Por otra parte, la eliminación de los tiempos de descanso trae consigo otra importante consecuencia para la relación laboral: la desaparición de los tiempos de reunión. Se señala que los tiempos de descanso que existían previamente se utilizaban para realizar traslados o para reunirse con otras empleadas cercanas. Estos encuentros posibilitaban el intercambio de información relativo a formas de trabajo y a las condiciones de éste. Su ausencia significa la imposibilidad de transmitir experiencias que permitan innovar o mejorar las formas de trabajar y de relacionarse con los usuarios, y en este sentido se podría considerar como una pérdida para el servicio y las empresas que lo gestionan. Esta restricción para compartir la realidad laboral podría interpretarse, asimismo, como una forma de control de los trabajadores ya que de esta manera los empleados desconocen las condiciones de trabajo imperantes en el sector y, en consecuencia, no generan demandas colectivas al respecto. La atomización de los trabajadores se ha demostrado como una técnica de desactivación de demandas laborales que podría presentarse como deseable en un contexto de recortes de derechos (las empleadas del SAD señalaban, precisamente, que abandonaron el sector del empleo doméstico para insertarse en éste, debido a las mejoras condiciones laborales que presentaba y al hecho de poder conocerlas):

Este contrato permite que no tenga descanso entre usuarios, por lo que lo que tardo en ir de una casa a otra lo saco de mi propio tiempo, con lo cual siempre acabo más tarde... (Romina, empleada del SAD, Madrid, 2014)

En cuanto a los cambios en la jornada laboral, también se apuntan dos muestras del empeoramiento de las condiciones. La primera hace referencia a la consideración de las horas extras, las cuales presentan una desmejora general en su funcionamiento, a pesar de que existe cierta

⁶ Se utilizará el término femenino, por ser las mujeres la mayor parte de trabajadoras del sector.

variabilidad entre las empresas encargadas de gestionar el servicio. En algunos casos, las horas extras han dejado de abonarse, mientras que en otras ocasiones se pagan, pero son decididas de manera unilateral por la empresa, coincidiendo normalmente las solicitudes con los fines de semana. La segunda cuestión mencionada se refiere a la recuperación de las horas de trabajo perdidas por causas ajenas a los trabajadores. En algunas ocasiones los usuarios deben trasladarse al médico o no se encuentran en su casa por decisión personal y, por tanto, las empleadas no deben asistir a estos hogares. Cuando esto ocurre, las empleadas deben recuperar las horas de servicio no proporcionadas, por lo que las enfermedades de los usuarios terminan repercutiendo negativamente en sus formas de trabajo. Dentro de esta dinámica, además, se debe tener en cuenta que en la población mayor dependiente la enfermedad no constituye un hecho aislado, sino una realidad recurrente, de manera que las adaptaciones horarias de las empleadas se conforman como una cuestión habitual.

[Los fines de semana,] para recuperar horas que me faltan [...], si me falta algún... día, se me pone mal alguna persona o lo llevan al hospital, pues recupero horas. El sábado por la mañana hago tres horas y media... (Verónica, empleada del SAD, Madrid, 2014)

Por otro lado, es necesario señalar una cuestión que se apunta de forma indirecta en el discurso de las entrevistadas y es la referida a la relación entre la forma de prestar el servicio y número de horas de prestación. El Real Decreto 1051/2013 redujo el número de horas máximas a percibir por parte de los usuarios, por lo que las necesidades de una persona deben verse respondidas en la actualidad en una menor cantidad de tiempo, afectando esto a la relación entre las partes y la satisfacción con el servicio.

En cuanto a las tareas que se incluyen dentro de la prestación de los servicios, las entrevistadas también señalan una notoria desregulación, que repercute negativamente en su condición como trabajadoras. En los discursos se señala que progresivamente se ha generado una indefinición en la realización de tareas que ha llevado a que no existan límites claros a lo que se les pueda demandar, confundiendo las modalidades de la Ley (de cuidados y ayuda en el hogar) y excediendo la propia normativa para cada una de ellas. Señalan que antiguamente las tareas realizables se encontraban bien delimitadas y que las que se solicitasen fuera de norma se podían rechazar, pero que en el momento actual las empresas gestoras exigen flexibilidad en la aceptación de dichas tareas. Se les pide explícitamente que acepten 'lo que haya', incluso cuestiones como limpiar alfombras, que exceden los servicios de ayuda a domicilio. Consideran que este cambio se ha producido de manera progresiva desde los inicios de la crisis económica, pero sin una directiva explícita al respecto, por lo que hace

más difícil oponerse. Se empiezan a confundir, por tanto, las tareas relacionadas con la profesión con aquellas a realizar como favor y, consecuentemente, la capacidad de las empleadas de hacer valer su profesión se ve disminuida. En esta misma línea, se señala que los servicios solicitados se relacionan cada vez más con la prestación de tareas del hogar de manera independiente a la atención de las personas, traicionando de esta manera el espíritu de la propia Ley.

Aunque ahora, con el... trabajo y eso, pues..., mm..., la coordinadora nos dice: "lo que haya" [...], porque está muy mal la cosa. Antes teníamos..., eh..., mm..., ¿cómo te digo?..., un tope de cosas. No podíamos subirnos hasta una escalera muy alta, ni a sitios muy altos...; tampoco podíamos limpiar este..., ¿cómo se llaman?, las alfombras, eso..., o sea, arrodillarnos..., no. (Verónica, empleada del SAD, Madrid, 2014)

Por último las entrevistadas aluden a la presencia de empresas gestoras y la relación con ellas. Lo primero que se señala es la variedad de empresas que prestan servicios y la diversidad de condiciones que cada una de ellas establece. Además se alude a los cambios recientes en la presencia de empresas gestoras y a la falta de relación de éstas con los antiguos proveedores de los servicios (fundamentalmente ayuntamientos).

Desde el año pasado, desde abril del año pasado, ya es una nueva empresa que lo ha adscrito la Comunidad de Madrid, con lo cual todos esos servicios..., ya como que nos lo ha quitado a los ayuntamientos..., nos lo[s] han quitado, entre comillas. La gestión de las horas y tal es a través de una empresa; el precio hora lo ha dispuesto también la Comunidad [...]. Muy aisladas, porque antes de que saliera la Ley de Dependencia, nosotros trabajábamos con todo lo que era centros de día, gestión de centros de día, gestión de residencias, y tal, y siempre teníamos algún teléfono de referencia. Entonces siempre había alguna compañera que estaba al otro lado y donde te orientaba y te decía... [...]. Es muy difícil contactar y hablar con ellos, de hecho, no tenemos ningún tipo de teléfono... (María, trabajadora social, Coslada, 2014)

Entre la disparidad de condiciones que se encuentran las empleadas según la empresa a la que pertenezcan, además de las previamente mencionadas respecto a las horas extras, se apuntan los distintos salarios y las diferentes formas de afrontar las bajas por enfermedad. Los salarios los establece la empresa gestora independientemente del precio que se cobra por el servicio, y éstos oscilan entre los 700 euros por 36 horas de trabajo hasta los 850 por 40 horas, aunque no se señala que se hayan visto modificado en los últimos años (el ajuste salarial se ha realizado mediante el control del tiempo de trabajo ya mencionado). En cuanto a las bajas por enfermedad, en algunas empresas se respetan, tal como establece

la Ley, mientras que en otras se conceden únicamente en situaciones muy graves (habiéndose dado el caso de contagio a los usuarios —de conjuntivitis en este caso— por haber tenido que cumplir la jornada laboral en condiciones no adecuadas), cuestión que empezó a acontecer en los últimos años. La divergencia respecto a las condiciones en los distintos ámbitos refleja que la delegación en empresas distintas, y que han ido cambiando, implica una falta de concreción en la profesión de las empleadas del SAD así como la idea de que no existen unas características y cualificaciones concretas, sino que se establecen a la medida del contexto socioeconómico y de primacía empresarial.

Otro de los cambios que se señalan en relación con el mantenimiento de la calidad del servicio es el relativo a la escasez de los cursos de formación. Se apunta que antiguamente se ofrecían numerosos cursos de este tipo (aunque fuera del horario laboral) con objeto de mejorar técnicas específicas de cuidado de dependientes, pero que en la actualidad se ofrecen en mucha menor cantidad. Se confirma así la falta de un SAD especializado (García Herrero, 2009) ya que no se proporciona formación específica para situaciones concretas de dependencia (como alzhéimer) lo que repercute en la forma de prestar y recibir el servicio. También se señala una disminución en la profesionalidad ofrecida en cuanto a la información que las trabajadoras obtienen previamente a la prestación de un servicio. Esto también varía en función de la empresa gestora, pero se apunta el hecho de que en ocasiones se asiste a usuarios sobre quienes no se ha obtenido información previa de su situación. Esto ocurre tanto para la suplencia en hogares como para el acompañamiento a hospitales de nuevos usuarios.

Porque ahora están llamando, ¿sabes? Están llamando, pero... yo no sé, creo que sólo a ciertas compañeras. [...] Sí, sí, sí [te sirven los cursos], cómo movilizarlo, eso es muy importante..., porque muchas personas, o sea, ¿qué te digo...?, señoras, vienen los hijos y "si es que tú no puedes, porque estás muy delgada". No es que... por estar delgada, sino cómo debemos de levantar a las personas, moverlos, para no hacernos daño ni hacerles daño a ellos. (Verónica, empleada del SAD, Madrid, 2014)

En definitiva, el conjunto de cambios identificados por los agentes sociales revelan que las modificaciones concretas que han tenido lugar en los últimos años, en un contexto político de recortes y austeridad, están repercutiendo en la construcción de un sector desprofesionalizado donde los servicios a prestar se conforman como un conjunto difuso de tareas o cualificaciones sin requerimientos claros. Todos los cambios indican esta tendencia hacia la reconfiguración del paradigma de la ayuda a domicilio, asentando la ya preexistente idea del ámbito del cuidado de personas mayores como un sector sin una profesión específica (Moreno Colom *et al.*, 2013). La construcción de profesiones

socialmente valoradas se encuentra íntimamente unida con la manera en que el poder público las gestione y las políticas que desarrolle para afrontarlas. La Comunidad de Madrid, a través de sus entidades gestoras, parecería que está permitiendo la progresiva transformación en la consideración y construcción del sector al permitir pequeñas transformaciones que sumadas en el tiempo y en cantidad generan transformaciones estructurales en el sector. Además, como señala Moreno Colom *et al.* (2013), tampoco existe una demanda social clara de mejores y más servicios de atención a la dependencia ni las trabajadoras del sector se encuentran en condiciones para reivindicar mayor respeto a la profesionalización de su trabajo.

5. Conclusiones

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia significó un enorme cambio en relación con el tratamiento de las limitaciones vitales de la población mayor. En primer lugar, reconoció el derecho de todas las personas con dificultades para realizar su vida diaria (independientemente de su edad) a acceder a los servicios públicos necesarios para mejorar su situación; y en segundo lugar, implicó el establecimiento de un modelo estatal de provisión de estos servicios, aunque delegando las competencias a las comunidades autónomas. La implantación de esta Ley, sin embargo, ha seguido una trayectoria desigual en las distintas regiones, en función de sus estructuras previas y del contexto económico y político.

En este artículo se ha llevado a cabo un análisis de la situación de la Ley de Dependencia en la Comunidad de Madrid en uno de sus variados aspectos: el servicio de atención a domicilio. La Ley proporciona, según se establece en su articulado, prestaciones diversas que intentan abarcar todas las posibles situaciones que la población dependiente pueda presentar, siendo el SAD uno de ellos. La región de Madrid se ha caracterizado por otorgar relevancia a este servicio, tanto desde antes de la aplicación de la Ley como posteriormente a ésta, cuestión que se puede observar en los datos oficiales. El índice de cobertura en la región es el más alto de todo el Estado español, aunque la intensidad en la prestación del servicio se encuentra en puestos más relegados. Existe, por tanto, una apuesta por cubrir un mayor número de personas posibles, aunque prestándoles una asistencia de tiempo limitada y haciendo que el servicio deba combinarse con otro tipo de recursos (públicos o privados).

Los últimos años, sin embargo, se han caracterizado por la disminución en la importancia del servicio y su creciente desprofesionalización. El cambio de paradigma en el SAD puede apreciarse tanto en los datos de tipo cuantitativo como en los discursos de sus protagonistas. Los datos reflejan que, tras unos primeros años de consolidación de la atención,

ésta se ha ido reduciendo, lo cual se observa tanto en el número absoluto de personas beneficiarias como en el descenso del peso porcentual de este servicio con respecto a otras prestaciones que han aumentado de forma notable. Así, el SAD ya no representa el servicio más representativo en la región, sino que ahora es una prestación más individualizada y desprofesionalizada la que ocupa esta posición, la prestación económica por cuidados familiares. Estos cambios pueden interpretarse como una transformación en la concepción misma de los cuidados de larga duración a la población mayor, ya que la atención profesionalizada en el hogar está perdiendo peso frente a otras opciones que potencian otro tipo de cuidados. Por otra parte, el funcionamiento concreto y cotidiano del SAD también está experimentando modificaciones que reflejan una tendencia a la desprofesionalización. El establecimiento de la jornada laboral, la regulación horaria o las tareas que engloba el servicio se han ido deteriorando, de manera que las empleadas

en el SAD asisten a la construcción de su profesión como una actividad informal de ayuda (similar a la consideración de un cuidador familiar o de una empleada de hogar) más que como una categoría profesional. La formación continua de las profesionales o la presencia de empresas gestoras no especializadas también se encuadran dentro de esta línea de reconfiguración.

En definitiva, la información obtenida indica una tendencia a la reconstrucción del sector del servicio de atención a domicilio como un ámbito no profesional ligado a la concepción tradicional familiar y femenina de los cuidados. Se debería, en consecuencia, presionar para que las políticas públicas implantadas por la Comunidad de Madrid no generen transformaciones estructurales en el sector que incidan en su desprofesionalización, sino que, al contrario, vayan encaminadas a proporcionar un servicio de calidad a sus usuarios que cumpla con los objetivos primigenios de la legislación.

Bibliografía

- BÓDALO LOZANO, E. (2006): "Envejecimiento y discapacidad: una aproximación al caso español desde la perspectiva del bienestar social", *Portularia*, vol. 6, nº 1, págs. 67-78.
- COMUNIDAD DE MADRID (2015a): "Resolución 8/2015, del Director General de Coordinación de la Dependencia, por la que se desarrolla la disposición adicional segunda de la Orden 141/2011, de 1 de marzo, por la que se regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I en la Comunidad de Madrid", *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, nº 23, 28-1-15. [http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2015/01/28/BOCM-20150128-21.PDF].
- (2015b): "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", *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, nº 123, 26-5-15. [http://w3.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2015/06/24/BOCM-20150624-1.PDF].
- (2002): "Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid", *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, nº 136, 10-6-02. [http://www.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/20020610_B/13600.PDF].
- DE ASÍS ROIG, R. (2007): "Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia", *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, nº 5, págs. 3-21.
- ESPAÑA (2015): "Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica 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, 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", *Boletín Oficial del Estado*, nº 104, 1-5-15. [<https://www.boe.es/boe/dias/2015/05/01/pdfs/BOE-A-2015-4786.pdf>].
- (2013): "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", *Boletín Oficial del Estado*, nº 313, 31-12-13 [<http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/31/pdfs/BOE-A-2013-13811.pdf>].
- EUROFOUND (2015): *Delivering Public Services: A Greater Role for the Private Sector? An Exploratory Study in Four Countries*, Luxembourg, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- FANTOVA AZCOAGA, F. (2013): "Políticas públicas y profesionalización de los cuidados", Jornadas 'Los servicios de cuidado de larga duración: retos de futuro ante el bienestar cotidiano', Barcelona, octubre.
- GARCÍA HERRERO, G. (2009): *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del servicio de ayuda a domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia*, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- GARCÍA MARTÍN, P. (2013): "Estudio del funcionamiento del servicios de ayuda a domicilio en

- Majadahonda”, *Trabajo Social Hoy*, nº 69, págs. 57-80.
- GONZÁLEZ ORTEGA, S. (2012): *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*, serie Estudios, Madrid, Consejo Económico y Social.
- HOCHSCHILD, A. (2001): “Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional”, en HUTTON, W.; y GIDDENS A., *En el límite: la vida en el capitalismo global*, Barcelona, Tusquets, págs. 187-208.
- IMSERSO (2012): *Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*, Madrid, Imserso.
- (s/d) *Sistema de Autonomía y Financiación a la Dependencia. Estadísticas. Datos de gestión* [http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/].
- INE (2011): *Censo de Población y Vivienda 2011* [http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm].
- (2009-2010): *Encuesta de Empleo del Tiempo* [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608].
- (s/d) Estadística del Padrón Continuo [<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t2o/e245/&file=inebase>].
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2014): “Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 145, págs. 99-126.
- MINGUELA RECOVER, M. A.; y CAMACHO BALLESTA, J. A (2015): “Cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes, ¿son complementarios o son sustitutivos?: una visión comparada entre los países del sur de Europa, *Zerbitzuan*, nº 58, págs. 15-25 [<http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.58.02>].
- MORENO FERNÁNDEZ, L. (2003): “Bienestar mediterráneo y ‘supermujeres’”, serie Documentos de Trabajo nº 03-09, CSIC, Unidad de Políticas Comparadas.
- MORENO COLOM, S., *et al.* (2013): “El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar: ¿más dependencia y menos profesionalidad?”, IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS): ‘Las políticas sociales entre crisis y post-crisis’, Alcalá de Henares, junio.

La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euskadi¹

Julia Nogueira Domínguez

Investigadora en políticas de igualdad
<xuliand@gmail.com>

Joseba Zalakain Hernández

Director del SII Centro de Documentación, Fundación Eguía-Careaga

Euskadin bizi diren migrazio-prozesuetan partaide izan eta etxebizitzetan mendetasun egoeretan dauden pertsonen zainketan lan egiten duten emakumeek aurre egin behar izaten diete bereziki larriak diren sexua, jatorri etniko eta etxebizitzako sektoreko lanaren adierazleak jatorri dituzten kalteberatasun eta diskriminazio egoerei, eta horien ondorioz, laneko prekariedade bizi dute eta baliabide sozialak eta herritarren oinarritzko eskubideak lortzeko zailtasun eta desberdintasunak gertatzen dira. Arazo hori kontrastatu ahal izateko azterketak azaltzen duenez, ez da zuzenbide bakarreko ikerketa premiako duen arlo bat, izan ere, ondorengo askotariko kausa hauen tankerakoak agertzen dira arlo honetan: migrazio-prozesuen eboluzioa, etxeko lanaren inguruko premia sozialak, egitura tradizionalaren rolen inguruko aldaketa eta zenbait politika publikoen funtzionamendua, adibidez, mendetasunaren inguruko politikak, atzeritarren inguruko arautegia eta etxebizitzetako jardueretako enpleguaren erregulazioa.

GAKO-HITZAK:

Emakumeen immigrazioa, diskriminazioa, mendetasuna, etxebizitzetako sektorea.

Las mujeres migradas que viven en Euskadi y que se dedican a actividades relacionadas con el cuidado de personas dependientes en los domicilios se enfrentan a situaciones de especial vulnerabilidad y discriminación, provocadas por las variables sexo, origen étnico y ocupación en el sector doméstico, y que implican precariedad laboral y desigualdad en el acceso a recursos sociales y a derechos básicos de la ciudadanía. El análisis realizado para el contraste de este supuesto indica que, lejos de tratarse de un ámbito de estudio unidireccional, constituye un fenómeno multicausal relacionado con la evolución de los procesos migratorios, las necesidades sociales en torno al trabajo reproductivo, el cambio de roles de la estructura tradicional de la familia y el funcionamiento de ciertas políticas públicas, como aquellas diseñadas en torno a la dependencia, o la legislación en materia de extranjería y la regulación del empleo ejercido en los hogares.

PALABRAS CLAVE:

Inmigración femenina, discriminación, dependencia, sector doméstico.

¹ Este artículo deriva del estudio *La discriminación múltiple de las mujeres inmigrantes trabajadoras en servicios domésticos y de cuidados en la Comunidad Autónoma de Euskadi*, financiado por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer en 2014 (Nogueira y Zalakain, 2015).

Independientemente de que las personas tengan o no tengan papeles somos humanos y ser migrante no es un delito.

MUJER MIGRADA TRABAJADORA
EN SERVICIOS DOMÉSTICOS Y DE CUIDADO

1. Introducción

En este artículo se analizan las características del trabajo de cuidados que, realizado en los hogares privados y contratado como servicio doméstico, se dirige a la atención de las personas dependientes. En concreto, estudiamos el proceso de inserción de las mujeres inmigrantes en esta actividad, a la sociedad y a los recursos sociales básicos en la comunidad autónoma de Euskadi, así como a la búsqueda de situaciones de desigualdad que podrían afectar a las mujeres extranjeras que se dedican al cuidado doméstico y de personas dependientes, que gira en torno a tres elementos fundamentales:

- El fenómeno conocido como *crisis de los cuidados*, provocado por un —débil y ficticio— resquebrajamiento de la división tradicional de las obligaciones familiares, que encuentra como vía de escape la mercantilización y externalización del trabajo doméstico y de cuidado a personas dependientes.
- El diseño de las políticas públicas en materia de dependencia, que tratan de aliviar la presión ejercida por el envejecimiento de la población y la falta de conciliación de las familias, a través de prestaciones económicas y servicios públicos para el cuidado de la población con dependencias, así como su influencia en la externalización y *etnoestratificación* del cuidado.
- El estudio de las condiciones laborales de un sector —el doméstico— que empieza a visibilizarse en la legislación, pero que apenas ha comenzado su andadura en la equiparación con el resto de profesiones.

Desde el punto de vista metodológico, cuatro herramientas han ayudado a ofrecer un profundo análisis de la situación, desde las conclusiones ofrecidas por el amplio corpus científico publicado en torno al objeto de esta investigación, los resultados de la estadística oficial sobre los factores de influencia mencionados hasta las opiniones de las personas relacionadas con el objeto del estudio:

- La revisión del marco teórico, a través de una extensa selección de investigaciones sobre migraciones y protección a la dependencia, entre otros fenómenos.
- El desarrollo de un marco normativo, en el que se clasifica y analiza la legislación internacional, estatal y autonómica relacionada con el objeto de estudio.

- El análisis cuantitativo, a partir de la explotación de los datos ofrecidos por la estadística oficial publicada en materia de extranjería y el sector del cuidado en la comunidad autónoma de Euskadi.
- El análisis cualitativo, a partir de la realización entrevistas y grupos de discusión, con una selección de grupos de población relacionados directa e indirectamente con cualquiera de los factores que afectan a la investigación.

Así, a través de ellas, se ha llegado a conclusiones que corroboran la hipótesis de partida —el padecimiento de determinados procesos de discriminación que afectan de forma especial a la migración femenina dedicada al sector doméstico—, pero que abren otros frentes de análisis relacionados con el funcionamiento de la legislación y las políticas públicas en materia de dependencia y extranjería, las necesidades de atención de las familias, la *etnoestratificación* (Anderson, 2000) del empleo, y la profesionalización del trabajo doméstico y de cuidados en el entorno de los hogares.

2. Marco teórico: cuidados, dependencia, inmigración, género y discriminación

El estudio del sector doméstico está alcanzando una creciente importancia, tanto a escala nacional como internacional, en un contexto determinado por la progresiva mercantilización del trabajo reproductivo (Pla-Julián y Giménez-Moreno, 2012). El interés de analizar este fenómeno responde al impacto que un conjunto de factores como el envejecimiento de la población, la mayor participación de las mujeres en el empleo y las nuevas formas de convivencia en los hogares han tenido sobre la forma tradicional de proporcionar cuidados familiares. Pese a la introducción de la Ley de Dependencia y el desarrollo de los servicios sociales, ni los poderes públicos ni las organizaciones privadas han dado una respuesta suficientemente satisfactoria a la demanda de cuidados generada por parte de las personas dependientes y sus familias; de ahí que sigan siendo las personas del hogar, y especialmente las mujeres quienes, bien asumiendo el trabajo o bien externalizándolo mediante la contratación de cuidadoras inmigrantes, resuelven dicha demanda. El trabajo doméstico remunerado se ha convertido, pues, en una estrategia decisiva de la organización doméstica familiar y, sólo en parte, en objeto de atención y regulación por parte de las políticas públicas (García Sainz *et al.*, 2014).

En ese contexto, la provisión de cuidados a las personas mayores dependientes por parte de mujeres inmigrantes —ya sea contratadas de forma regular o irregular— está convirtiéndose, sobre todo en los países del sur de Europa, en una de las fórmulas más habituales para dar respuesta a las necesidades que plantean los nuevos escenarios sociodemográficos —envejecimiento e incorporación de la mujer al mercado de trabajo, fundamentalmente— y a las

limitaciones de los Estados del bienestar del sur de Europa para dar respuesta a esas necesidades (León, 2013; Pavlou, 2011).

A partir de estas tesis, el análisis de este fenómeno debe ser necesariamente multidimensional, ya que inciden en él cuestiones tales como:

- La distribución internacional del trabajo en el marco de la globalización y su traslación a las políticas de regulación migratoria.
- Las desigualdades de género en la asignación de las tareas productivas y reproductivas en el seno de las sociedades desarrolladas y en el contexto de la *economía del cuidado*.
- La existencia de pautas de estratificación social, en virtud de las cuales las mujeres cuidadoras inmigrantes se convierten en el soporte que las familias autóctonas precisan para poder conciliar sus responsabilidades familiares y laborales, especialmente en los casos en los que se plantea la necesidad de atender a una persona mayor dependiente.
- Las situaciones de desigualdad, explotación o discriminación en el acceso a los derechos y a los recursos sociales que pueden experimentar las mujeres inmigrantes que desempeñan estas tareas.
- La naturaleza mixta de los cuidados a las personas dependientes, en la que se entremezclan los aspectos emocionales, los relacionados con las obligaciones afectivas y familiares, y los que cabe considerar como estrictamente técnicos o profesionales.
- La regulación del mercado laboral y la extensión de la economía irregular o sumergida.
- Los diferentes modelos existentes en cuanto a la provisión de servicios públicos y privados de atención a la dependencia.

Así, el objetivo de la elaboración del marco teórico es el de recoger y sistematizar las aportaciones de los trabajos de investigación realizados, preferentemente en el Estado español, en relación con estas cuestiones. Se ha intentado, en definitiva, presentar el contexto en el que se inserta la investigación a escala estatal, con el objeto de ubicar los datos y las reflexiones que se derivan del análisis cuantitativo y cualitativo posteriores, referidos a la comunidad autónoma de Euskadi (CAE).

LA EXTERNALIZACIÓN DEL CUIDADO DOMÉSTICO Y FAMILIAR. La primera idea que el análisis de la literatura publicada pone de manifiesto es el cambio de roles dentro de las familias, consecuencia de la entrada de todas las personas en edad activa del hogar al trabajo remunerado, y de la consiguiente necesidad de externalización de los cuidados domésticos en los países de nuestro entorno, es decir, la búsqueda, por parte de las familias, de alternativas que permitan suplir el trabajo reproductivo que previamente realizaban las

mujeres. Esta situación, conocida como *crisis de los cuidados* (Orozco, 2007), empuja a las familias a buscar en el exterior —en los servicios formales o informales, públicos o privados, regulares o irregulares— la respuesta a unas necesidades que previamente satisfacían, fundamentalmente, las mujeres del hogar, de manera que el trabajo doméstico sigue formando parte de la esfera privada, en la medida en que la responsabilidad de los cuidados continúa ejerciéndose en los hogares, pero trasladada a manos externas.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU EFECTO EN LAS CONFIGURACIONES DE LOS CUIDADOS. Tal externalización no se da, sin embargo, de la misma forma en los distintos países de Europa. Mientras que en algunos países se traduce en un recurso creciente a los servicios sociales públicos, en otros se basa en el acceso al mercado privado de cuidados. Este mercado privado de cuidados tiene en algunos países carácter formal y regular (mediante empresas y agencias de contratación), mientras que en los países del sur de Europa el recurso a las mujeres inmigrantes se convierte en una de las estrategias más frecuentes para esa externalización.

La opción por un modelo u otro está política y socialmente condicionada por la adopción de una serie de medidas concretas en materia de políticas de atención a la dependencia, regulación de los flujos migratorios, del trabajo doméstico y de la economía sumergida. Como explica Martínez Buján (2011) para el caso español, “una cultura del cuidado fuertemente familista, una protección social débil y reforzadora de la parentela como proveedora, y una escasa asunción de responsabilidades domésticas por parte de los hombres han repercutido en la aparición de una estrategia de externalización individualista pensada desde y para la familia. La reorganización de los cuidados se centra en los recursos que ofrece el mercado privado y no pasa ni por un reparto más adecuado de las tareas entre hombres y mujeres (mitigando así la división sexual y generacional de estas labores), ni por una reivindicación de mejorar la protección social”.

LA INICIATIVA MIGRATORIA FEMENINA Y LA FORMACIÓN DE CADENAS GLOBALES DE CUIDADO. Se establecen así unos flujos migratorios cualitativa y cuantitativamente distintos de los existentes durante la mayor parte del siglo XX, que conforman lo que en la literatura especializada se conoce como *cadenas globales de cuidado* (Orozco, 2007), y que se basan en una distribución desigual del trabajo reproductivo, tanto desde el punto de vista del origen nacional como de la clase y del género. Las mujeres inmigrantes se incorporan así a un sistema que funciona a escala internacional, y que les reserva el papel de cuidadoras o sirvientas, de la misma manera que, a través de la deslocalización de las empresas manufactureras occidentales, tiende crecientemente a asignar a hombres y mujeres de los países pobres la función de producir bienes de consumo a bajo coste.

En este contexto, los cuidados familiares se han convertido en un nicho privilegiado de empleo para las mujeres inmigrantes, especialmente las de origen latinoamericano, en España, el trabajo de cuidados se ha convertido para ellas en la puerta de entrada al mercado laboral español (Martínez Buján, 2011; Climent, 2010; Rodríguez *et al.*, 2010).

EL TRABAJO DE LA MIGRACIÓN FEMENINA Y LA INTERSECCIONALIDAD DE LA DISCRIMINACIÓN. La mayor parte de los estudios que inciden en las situaciones de desigualdad, exclusión o discriminación que sufren las mujeres inmigrantes que se dedican al trabajo de cuidados, enfocan esta cuestión desde la intersección de, al menos, tres variables: migración, género y trabajo de cuidados. En ese sentido, autoras como Pavlou (2011) recuerdan que, “como mujeres, se trata de personas condicionadas por sesgos de género, estructuras patriarcales y un entorno social y político opresor. Como extranjeras, pueden sufrir adicionalmente problemas de racismo o xenofobia, debido a su origen étnico, su color, su religión u otros elementos, así como limitaciones en sus derechos sociales, políticos, civiles, económicos y culturales debido a su estatus jurídico y a la aplicación de políticas migratorias restrictivas. Finalmente, como trabajadoras domésticas, están confinadas en la esfera privada que supone el hogar de las personas que las emplean, sometidas a menudo a condiciones laborales deficientes y con escaso acceso a los sistemas de inspección y salvaguarda de sus derechos”. También para Hrženjak (2011) el concepto de interseccionalidad —la forma en que las desigualdades producidas por motivos de género, origen y clase social se relacionan y retroalimentan— resulta clave para cualquier análisis de la cuestión del trabajo doméstico irregular y la feminización de la pobreza o la exclusión social.

Cabe hablar, por tanto, como han señalado diversas autoras (Parella, 2003; Gil Araujo y González, 2012), de un “trasvase de desigualdades entre mujeres, en las que a la estructura de la desigualdad de género se superponen las desigualdades de raíz étnica y socioeconómica. De este modo, se enmascara el mito del nuevo igualitarismo dentro de la pareja, mientras que el patriarcado sigue subyaciendo inalterado detrás de las estructuras domésticas y del empleo remunerado. Las trabajadoras inmigrantes actúan como un *ejército de reserva* periférico que permite abaratar el coste de los servicios vinculados a la reproducción social tanto para el capital como para el Estado, a costa de aumentar las desigualdades sociales entre las mujeres” (Parella, 2003).

LA PRECARIEDAD E IRREGULARIDAD DEL SECTOR DOMÉSTICO. La mayor parte de los estudios realizados en el Estado español sobre el sector doméstico desde la perspectiva de las relaciones laborales, lo vinculan a la economía sumergida y al empleo informal, atendiendo, entre otros aspectos, a los bajos salarios, las jornadas laborales excesivas, la escasa cobertura legal y protección social de las personas que lo desempeñan (García Sainz, 2014).

Efectivamente, la inmensa mayoría de los estudios analizados inciden en que las trabajadoras del servicio doméstico se ven expuestas a situaciones de inestabilidad laboral, bajos ingresos, ausencia de prestaciones sociales, marginalización e intensas jornadas laborales que determinan agotamiento, aislamiento social, y escasas oportunidades para la formación y la capacitación en sus puestos de trabajo. Estos aspectos se han visto intensificados por estar al margen de la Seguridad Social y, en el caso concreto de las inmigrantes, agravados por su estatus migratorio (Briones *et al.*, 2014).

EL CARÁCTER ‘ESPECIAL’ DEL TRABAJO DE CUIDADOS: ENTRE LO PROFESIONAL, LO DOMÉSTICO, LO AFECTIVO Y LO EMOCIONAL. Para entender adecuadamente el trabajo de cuidados domésticos que realizan las mujeres inmigrantes en nuestro contexto es importante tener en cuenta, tal y como hacen muchos de los trabajos revisados, dos elementos básicos: el cuidado y el domicilio. Emerge así en la literatura, por una parte, la cuestión de la mezcla entre lo profesional o técnico y lo emocional o afectivo (cuestión que se relaciona también, claramente, con la desigualdad de género que subyace a estas relaciones laborales).

Martínez-Buján (2008) explica de qué forma la literatura feminista británica desarrolla, a partir de los años ochenta, el concepto *care*, que en castellano puede traducirse como “cuidar”, y que representa al conjunto de actividades que tienen como finalidad paliar el deterioro físico y psicológico de aquellas personas que no pueden valerse por sí mismas. En primera instancia, explica la autora, el concepto aparece rodeado de una polémica que intenta averiguar si el cuidado puede ser equiparado a un empleo formal, puesto que en su interior operan vínculos de cariño y afecto que difícilmente pueden traducirse en un salario. Sin embargo, esta perspectiva es pronto superada por otra que incluye el concepto de cuidados que se desarrolla por parte de personas que no tienen vínculos familiares, sino laborales, con las personas atendidas.

Así, siguiendo con la explicación de Martínez-Buján, a lo largo de la década de los noventa es cuando se desarrollan relevantes avances en la definición del concepto “cuidar”. El objetivo analítico es conseguir un término que incluya los distintos componentes de la actividad del cuidado y que pueda extenderse a todos los agentes de provisión asistencial. El debate, al igual que en los años ochenta, gira en torno a los aspectos de afecto y trabajo que se superponen en la actividad de cuidar y se centra en averiguar si el trabajo de cuidado remunerado está desprovisto o no de “amor”. Subyace en todo caso en relación con esta discusión el carácter mixto de este tipo de trabajos, en los que lo afectivo y lo emocional son difíciles de separar de lo estrictamente técnico o profesional.

3. Marco normativo: la regulación de la extranjería, la dependencia y el sector doméstico

El carácter normativo de muchos de los elementos señalados implica necesariamente un análisis de la legislación, no sólo en materia de extranjería, sino también de las políticas públicas que han querido dar respuesta a la *crisis de los cuidados* y a la visibilización y dignificación del sector doméstico, del que se extraen conclusiones relevantes que atañen a la CAE, respecto al comportamiento de las familias en el contexto de la externalización de los cuidados, la calidad de vida de la inmigración y a las condiciones del trabajo en el interior de los hogares.

LA INFLUENCIA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA ELECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS A PERSONAS DEPENDIENTES. En un sistema en el que la familia ocupa la posición central de la atención a sus miembros dependientes, la influencia de la legislación estatal y autonómica en materia de cuidados en el modo de externalización del servicio (formal/informal, domiciliario/residencial) va a resultar crucial, de ahí el análisis de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia estatal (39/2006) y la Ley vasca de Servicios Sociales (12/2008). Estas dos normativas ofrecen recursos que intentan resolver el desequilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo productivo y reproductivo, que irrumpe en los hogares y que provoca, en gran medida, la mencionada externalización de los cuidados de las personas dependientes en manos de personas ajenas a las familias y otros servicios de atención. Así, a través de la redacción de estas leyes, se dicta una nueva configuración de la atención a las personas con dependencias, protagonizada por la oferta de servicios públicos (servicios residenciales y centros de atención) y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que van a determinar la elección de la contratación privada de personas cuidadoras en los hogares —a través de prestaciones económicas— o de recursos de atención formales externos al hogar.

LA CALIDAD DE VIDA Y TRAYECTORIAS DE LAS MUJERES CUIDADORAS, CONDICIONADAS POR LA REGULACIÓN DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS. Las condiciones vitales de las personas migrantes en los países de destino, y concretamente de la inmigración femenina, van a estar marcadas por la regulación de la extranjería en cada país. Esta normativa va a determinar su acceso al empleo, a otros recursos sociales y a la participación sociopolítica de las personas recién llegadas.

Atendiendo a las trayectorias migratorias, se ha analizado la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, que dicta diferentes modalidades de consecución de residencia temporal en territorio estatal para personas migradas desde

fuera de las fronteras europeas. La más frecuente, a tenor de las intervenciones en el trabajo de campo cualitativo realizado en Euskadi, es la denominada “arraigo social”, que implica el empadronamiento durante tres años consecutivos en la región de destino y el contrato laboral con un salario no inferior al mínimo interprofesional, entre otras obligaciones. Dicho empadronamiento es una condición importante si se tiene en cuenta, por un lado, el acceso a diferentes recursos sociales que concede este trámite administrativo, y por otro, porque supone un requisito imprescindible para poder solicitar la primera autorización de residencia. Pero también lo es el acceso al trabajo, que asegurará la obtención de recursos de subsistencia, y que realizan de manera precaria al menos durante los tres primeros años de residencia en el país.

Dichas condiciones van a afectar de manera muy significativa, por tanto, a las trayectorias —entrada, inserción en el empleo, estabilidad económica, tiempo de estancia— de las mujeres de origen extranjero dentro de las fronteras tanto españolas como vascas.

EL CARÁCTER ESPECIAL Y LA REGULACIÓN LABORAL DE LOS SERVICIOS DOMÉSTICOS Y DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. Hasta 2011, la norma que regía el empleo de las personas trabajadoras del sector doméstico era el Real Decreto 1424/1985, “que regula la relación laboral de carácter especial del servicio doméstico”. A partir de entonces, el trabajo doméstico (y el de cuidado en los hogares por una persona contratada de manera particular por la familia) ha evolucionado en la forma, pero no en el fondo. Así, el preámbulo del nuevo Real Decreto 1620/2011 “por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio de hogar familiar” continúa justificando, al igual que el anterior, la especificidad de estas relaciones laborales ya que, según su redacción: “Las condiciones particulares en que se realiza la actividad de las personas que trabajan en el servicio doméstico, que justifican una regulación específica y diferenciada son bien conocidas”, reafirmando la invisibilidad: “El ámbito donde se presta la actividad, el hogar familiar, tan vinculado a la intimidad personal y familiar y por completo ajeno y extraño al común denominador de las relaciones laborales, que se desenvuelven en entornos de actividad productiva presididos por los principios de la economía de mercado”, y la ambigüedad en las condiciones laborales: “El vínculo personal basado en una especial relación de confianza que preside, desde su nacimiento, la relación laboral entre el titular del hogar familiar y los trabajadores del hogar, que no tiene que estar forzosamente presente en los restantes tipos de relaciones de trabajo”.

Además, existen en este empleo determinados hándicaps (García Sainz, 2014) como la ausencia de protección por desempleo, un aumento del coste de las cotizaciones a la Seguridad Social en los primeros tramos, la desprotección de la persona trabajadora

discontinúa y la ambigüedad en el establecimiento de las tareas a realizar en el hogar.

EL ACCESO A LOS RECURSOS SOCIALES DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA A TRAVÉS DEL EMPADRONAMIENTO. Respecto al nivel de acceso a los derechos sociales básicos, hay que decir que el empadronamiento constituye un requisito imprescindible para algunos de los derechos sociales básicos, como la educación y la sanidad, y que las barreras a la hora de su consecución son mayores para las mujeres que trabajan en los domicilios ya que, si se unen la dificultad de acceder a una vivienda propia en la que registrar su estancia al empleo en condición de interna (según la cual vive y trabaja en el domicilio de la persona dependiente), se incrementa la situación de vulnerabilidad, a causa de la temporalidad del trabajo y de la consiguiente posible pérdida del domicilio.

En el marco de la CAE, el acceso a los servicios sociales y a la renta de garantía de ingresos (RGI) de las personas inmigrantes viene determinado por la Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social (modificada por la Ley 4/2011, de 24 de noviembre, de modificación de la Ley para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social). Esta norma regula la percepción RGI y otros derechos como el acceso a la vivienda, mejora los procesos de inclusión, y define los programas y servicios de inclusión social y laboral.

4. Externalización de los cuidados en el domicilio y condiciones de vida de las cuidadoras inmigrantes: una perspectiva cuantitativa

A partir del marco teórico y normativo, se ha realizado un exhaustivo análisis de las fuentes estadísticas que aportan información sobre, por una parte, la externalización de los trabajos reproductivos en la CAE y, por otra, las condiciones laborales y de vida de las personas que trabajan en ese sector, incidiendo, siempre que ello ha sido posible, en las mujeres inmigrantes o nacidas en el extranjero y que residen en Euskadi. El análisis realizado consta de dos partes, que corresponden a los dos grandes interrogantes a los que se quiere dar respuesta:

- **La evolución del empleo en el servicio doméstico y de cuidados en Euskadi a lo largo de los últimos años.** Este primer interrogante quiere confirmar en qué medida los problemas de conciliación de los tiempos laboral remunerado, doméstico y personal, y el envejecimiento de la población, han dado pie a un recurso más intenso que en el pasado a este tipo de servicios, en la línea de la externalización a la que antes se hacía referencia. En este epígrafe, por tanto, no se distingue el trabajo de cuidados realizado por mujeres, ni por mujeres inmigrantes, y se analiza básicamente

la extensión de este tipo de servicios en términos de ocupación, afiliación a la Seguridad Social, contrataciones, valor de la producción y remuneración agregada. El desarrollo de este tipo de servicios se compara con el de los servicios sociales formales, con y sin alojamiento, con el objeto de analizar si el desarrollo de éstos afecta, positiva o negativamente, al empleo en el servicio doméstico.

- También se ofrecen datos respecto a la contratación de cuidadores o cuidadoras por parte de personas en situación de dependencia (o de sus familias), y la relación que puede existir entre la percepción de las prestaciones económicas que contempla la Ley de Dependencia y la extensión de este tipo de cuidados.
- **Cuantificación de las mujeres inmigrantes que realizan este tipo de trabajos en Euskadi y descripción de sus condiciones vitales y laborales.** Desde ese punto de vista, se analizan cuestiones relacionadas con el nivel de integración en la sociedad vasca de las mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico, sus condiciones laborales, el nivel de acceso a prestaciones y a servicios sociales, las razones y condiciones en las que se produjo el proceso de emigración, la experimentación de situaciones de racismo y xenofobia, o las relaciones con la población autóctona, comparando la situación de estas mujeres con la del conjunto de las mujeres inmigrantes que trabajan en Euskadi.

Para realizar ese análisis, se ha recurrido a una decena de operaciones estadísticas diferentes, entre las que destaca el Censo del Mercado de Trabajo, la Encuesta de Necesidades Sociales y la Encuesta de Población Inmigrante en Euskadi, todas ellas realizadas por el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, a quien agradecemos la ayuda prestada.

No es sencillo —dada la diversidad de fuentes utilizadas, y sus resultados no siempre coincidentes— sintetizar las conclusiones que se derivan de este análisis cuantitativo. De hecho, si hay una conclusión básica que cabe extraer del análisis realizado es la dificultad que las fuentes estadísticas tienen para describir de forma coherente las cuestiones relacionadas con las mujeres que trabajan en el servicio doméstico, tanto en lo que se refiere a su cuantificación como a su caracterización. La segunda gran conclusión es que, a tenor de los datos recogidos, las condiciones laborales y de vida de estas mujeres sólo en parte responden a lo descrito en la literatura científica y, como se verá más adelante, al discurso de los agentes consultados. En ese sentido, el análisis cuantitativo pone de manifiesto una situación algo más positiva de lo esperado, tanto en lo que se refiere a las condiciones laborales como a los niveles generales de integración y de acceso a recursos sociales. Si bien ello no

Fuente: Censo del Mercado de Trabajo (Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales). En este caso, el Censo recoge el empleo en el servicio doméstico propiamente dicho, incluyendo tanto el realizado con contrato como el realizado sin que medie contratación formal.

impide hablar de discriminación múltiple, pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta la diversidad interna de este colectivo. En todo caso, cabría destacar los siguientes datos:

TENDENCIA AL CRECIMIENTO DE LA OCUPACIÓN EN EL SECTOR DOMÉSTICO. Una de las fuentes de datos que ofrece información a largo plazo sobre la evolución del empleo en el sector del servicio doméstico en Euskadi es el Censo del Mercado de Trabajo (Gráfico1). De acuerdo a esta fuente, no parece haberse producido un incremento lineal de la ocupación en esta actividad a lo largo de los años, sino, en todo caso, una pérdida de peso de este tipo de empleo entre 1999 y 2001, a la que seguiría una estabilización y una tendencia al crecimiento entre 2011 y 2013. De hecho, el peso de este tipo de actividad, tanto en lo que se refiere al conjunto del empleo como al empleo femenino, alcanza su grado máximo a finales de los años 90; si bien en 2013 los niveles son muy similares a los de aquella época (3,3% del empleo total y 7,2% del empleo femenino).

EL SERVICIO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS EN EUSKADI ESTÁ CLARAMENTE FEMINIZADO. Las mujeres representan, de acuerdo a la Encuesta de la Población en Relación con la Actividad (Eustat), el 95% de todas las personas ocupadas en este sector y el número de mujeres ocupadas en el sector representa el 7,5% de la población ocupada femenina, por el 3,7% de la población ocupada total.

Tampoco deja lugar a dudas la contextualización de los datos de la CAE en el entorno europeo. Si los resultados que la Encuesta de Población Activa arroja se comparan con los de la European Labour Force Survey de Eurostat, se observa que Euskadi está a la

cabeza, junto a España, Italia y Portugal, en lo que se refiere al peso del servicio doméstico sobre el conjunto del empleo femenino.

EUSKADI, A LA COLA DE EUROPA EN EL PESO DE LOS EMPLEOS EN LOS SERVICIOS SOCIALES SOBRE EL SERVICIO DOMÉSTICO. Mientras que en Noruega por cada empleo en el sector doméstico hay 176 personas empleadas en los servicios sociales —en Dinamarca, 105; en Países Bajos, 95; en Alemania, 9,6; y en la UE-15, 4,6—, en la CAE la ratio es de 0,7 empleos en los servicios sociales por cada empleo en el sector doméstico (Gráfico 2).

As, la comunidad autónoma de Euskadi, que cuenta con un sistema de servicios sociales, en principio, sustancialmente diferente del de los países del sur de Europa², comparte con ellos el elevado peso de este tipo de empleos. Hay que decir además que existen otros elementos de las políticas de servicios sociales —regulación de los flujos migratorios y del empleo doméstico, patrones culturales en cuanto a la distribución del trabajo reproductivo, por ejemplo— que estarían detrás de estas diferencias.

² Según la literatura consultada para la elaboración del marco teórico, el modelo vasco de protección a la dependencia se caracteriza por contar con una situación equilibrada entre la participación de los Servicios Sociales, las prestaciones económicas y la contratación de cuidadoras no profesionales, al que la literatura llama “modelo opcional” (Martínez Buján, 2014), pero que no inhiben la demanda de cuidadoras en el régimen doméstico, sino que registran los porcentajes más elevados de contratación de empleadas de hogar. Sin embargo, los países del Sur de Europa se corresponden con el “modelo mediterráneo” (Van Hooren, 2012), que cuenta con un desarrollado sistema de prestaciones económicas sometido a escasos controles por parte de los Servicios Sociales.

Gráfico 2. Ratio de empleos en el ámbito de los servicios sociales en relación con los empleos en el servicio doméstico. Varios países de la UE y CAE, 2013 (%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de la Población en Relación con la Actividad 2014 (Eustat) para Euskadi y la European Labour Force Survey (Eurostat) para la UE.

RALENTIZACIÓN DEL RECURSO DE LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA A CUIDADOS PARTICULARES. De acuerdo a los datos provisionales de la Estadística de Demanda de Servicios Sociales, en 2014 estarían atendidas por un cuidador o cuidadora contratada de forma particular algo más de 18.000 personas, que representan el 16 % de las personas que precisan algún tipo de ayuda y el 30 % de quienes la reciben, dado que el 52 % de las personas con dependencia no reciben ninguna ayuda externa a la que encuentran en su domicilio (Tabla 1). Contra lo que cabía esperar, el recurso de las personas con dependencia a los cuidados particulares se ha reducido en los últimos años: tras crecer en un 50 % entre 2006 y 2010 —pasando de 21.000 personas a 31.000—, se reduce a 18.000 en 2014. Si en 2006 recibían este tipo de cuidados el 18 % de todas las personas con necesidades de ayuda, en 2010 el porcentaje creció hasta el 25 % para

reducirse en 2014 al 16 %. Por otra parte, no se ha encontrado relación alguna entre la percepción de las prestaciones económicas del sistema de atención a la dependencia y el recurso a los cuidados contratados de forma particular.

LA REGULACIÓN DEL EMPLEO A PARTIR DE LA APLICACIÓN DEL REAL DECRETO 1620/2011 BENEFICIA MÁS A MUJERES AUTÓCTONAS QUE MIGRADAS. En el conjunto de la CAE, entre 2008 y 2013, el número de mujeres extranjeras afiliadas a la Seguridad Social en alta en el régimen especial de trabajadoras del hogar se ha incrementado en un 51 %, pasando de poco más de 6.500 a casi 10.000 (Tabla 2). Pese al crecimiento en términos absolutos, el peso de estas personas sobre el total de personas afiliadas a la Seguridad Social en dicho régimen se reduce notablemente en este periodo, pasando del 54 % en 2011 al 37 % en 2013. La razón radica en que el

Tabla 1. Población con dependencia especial que es atendida por una persona contratada de manera privada en los hogares, por grado de dependencia mixta Barthel/Lawton. CAE, 2006, 2010 y 2014

		Total o grave	Moderada	Leve	Autónomo	Menor 0-5.	Total
2006	Viene una persona contratada particularmente	9.182	3.941	6.471	1.483	335	21.412
	% con necesidades	25,3	17,6	16,4	8,5	16,5	18,2
	% atendidas*	25,3	31,1	30,4	23,1	88,4	27,8
2010	Viene una persona contratada particularmente	15.609	5.182	10.071	932	0	31.794
	% con necesidades	32,5	26,2	22,1	10,6	0,0	25,6
	% atendidas*	7,0	7,7	2,8	3,5	35,7	5,9
2014	Viene una persona contratada particularmente	7.503	4.297	6.518	385	0	18.702
	% con necesidades	18,9	18,0	15,8	3,9	0,0	16,1
	% atendidas*	25,4	26,9	43,4	10,7	0,0	29,1

* La variable de atención es una variable múltiple, razón por la que los porcentajes pueden sumar más de 100.

Fuente: Estadística de Demanda de Servicios Sociales-Encuesta de Necesidades Sociales (Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales).

Tabla 2. Personas trabajadoras extranjeras afiliadas a la Seguridad Social en alta laboral en el régimen especial de trabajadoras del hogar. CAE, 2008-2013

Población extranjera		2008	2009	2010	2011	2012	2013	% Δ 08-13
Población afiliada	Álava	995	963	976	1051	1372	1.284	29,0
	Bizkaia	3.161	3.287	4.030	4.774	5.774	5.614	77,6
	Gipuzkoa	2.379	2.492	2.507	2.678	3.093	3.000	26,1
	Total	6.535	6.743	7.513	8.503	10.239	9.897	51,4
Distribución (%)	Álava	62,51	58,89	59,11	60,64	53,66	39,75	—
	Bizkaia	45,42	46,37	51,60	56,00	48,44	37,14	—
	Gipuzkoa	48,64	47,26	47,78	49,88	45,64	36,02	—
	Total	48,61	48,17	51,08	54,41	48,18	37,10	—

Fuente: Tesorería General de la Seguridad Social.

crecimiento en el número de personas autóctonas afiliadas ha crecido en mucha mayor medida que el correspondiente a las mujeres extranjeras, especialmente en el momento del cambio de regulación derivado de la aplicación del Real Decreto 1620/2011.

EL NÚMERO DE MUJERES INMIGRANTES OCUPADAS EN EL SECTOR DEL SERVICIO DOMÉSTICO ASCIENDE A ENTRE TRECE MIL Y QUINCE MIL EN 2013, UN 40 % MÁS QUE EN 2009. Según el Censo del Mercado de Trabajo, el crecimiento en el número de mujeres inmigrantes ocupadas en este sector de actividad en Euskadi contrasta con una ligera reducción en la presencia de mujeres autóctonas. De esta forma, cabe pensar que las mujeres inmigrantes han ido ganando peso en los últimos cuatro años dentro del colectivo de las personas ocupadas en este sector, pasando de ser el 38 % en 2009 —un porcentaje en sí mismo elevado— al 44 % en 2013. La elevada presencia de mujeres

inmigrantes en el servicio doméstico contrasta con su escaso (aunque creciente) peso en los servicios sociales formales.

LA PRINCIPAL OCUPACIÓN DE LAS MUJERES MIGRADAS A EUSKADI, ESPECIALMENTE DE LAS LATINOAMERICANAS, ES EL SERVICIO DOMÉSTICO. Si las mujeres extranjeras se consideran en su totalidad, el empleo en el servicio doméstico es su principal ocupación, ya que el 42 % de ellas trabajan en este sector. Sin embargo, la realidad es diferente si se tiene en cuenta la procedencia geográfica de estas mujeres, puesto que los porcentajes son muy elevados entre las latinoamericanas —casi el 80 % entre las mujeres paraguayas—, pero mucho más bajos entre africanas o asiáticas (Tabla 3). De hecho, casi el 75 % de las mujeres extranjeras que trabajan en el sector del servicio doméstico proceden de América Latina, cuando apenas representan el 51 % de las mujeres extranjeras residentes en Euskadi.

Tabla 3. Población femenina de 16 a 65 años ocupada en el servicio doméstico. CAE, 2010 (%)

Nacionalidad	Mujeres extranjeras		Mujeres nacionalizadas	
	% Horizontales	% Verticales	% Horizontales	% Verticales
UE Occidental	19,6	3,4	50,8	12,0
Rumanía y otros países de la UE Oriental	39,1	11,3	0,0	0,0
Magreb	8,8	0,8	0,0	0,0
Argentina, Chile, Uruguay	18,8	1,9	4,9	2,0
Colombia, Ecuador, Perú	43,7	20,8	28,3	48,6
Bolivia	70,4	20,9	42,0	3,3
Paraguay	78,7	13,2	72,2	2,5
Brasil, Venezuela, República Dominicana	36,6	7,4	24,0	16,6
Resto de América Latina	49,9	13,5	21,4	8,6
China	0,0	0,0	0,0	0,0
Senegal	6,1	0,1	0,0	0,0
Resto de África	25,5	0,7	20,6	4,8
Resto del mundo	40,4	6,1	18,5	1,7
Total	42,6	100,0	24,1	100,0

Fuente: Encuesta de Población Inmigrante en Euskadi, 2010 (Órgano Estadístico Específico, Departamento de Empleo y Políticas Sociales).

SE REDUCE EL PESO DE LAS MUJERES INMIGRANTES OCUPADAS EN EL SERVICIO DOMÉSTICO SIN PERMISO DE TRABAJO Y CRECE LA CONTRATACIÓN REGULAR, AUNQUE EL PORCENTAJE DE MUJERES INMIGRANTES EMPLEADAS EN ESTE SECTOR Y QUE CARECEN DE CONTRATO SIGUE SIENDO MUY SUPERIOR A LA MEDIA. Parece haberse producido en los últimos años una mejora en la situación de las mujeres inmigrantes en lo que se refiere a la regularización de su contratación, ya que las asalariadas sin contrato han pasado de representar el 40 % del colectivo en 2009 al 25 % en 2013. Esta mejora puede ser, de nuevo, una influencia del cambio de normativa que supuso la implantación del Real Decreto 1620/2011. No hay que olvidar, en todo caso, que el porcentaje de personas ocupadas sin contrato es, en el conjunto del tejido productivo vasco, del 1,4 % —y del 14 % para las mujeres autóctonas que trabajan en este ámbito— con lo que la tasa de no contratación sería para las mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico 25 veces más elevada que para el conjunto de la población ocupada en Euskadi.

También es importante destacar el incremento en el porcentaje de mujeres inmigrantes ocupadas en el sector del servicio doméstico que tienen un contrato indefinido y el de las que cotizan a la Seguridad Social.

SE MANTIENE LA BRECHA SALARIAL ENTRE LAS MUJERES INMIGRANTES EN EL SECTOR DE LA ATENCIÓN DOMÉSTICA Y EL RESTO DE LA POBLACIÓN OCUPADA. Con todo, esa brecha salarial se reduce si se tiene en cuenta la dedicación horaria: los datos del Censo del Mercado de Trabajo ponen de manifiesto, en ese sentido, que la brecha salarial existente entre el servicio doméstico y el resto de la población ocupada es menor cuando se tiene en cuenta el salario hora que el salario mensual, lo que indica que las diferencias se deben en parte a la

realización de jornadas más cortas y a una mayor extensión de la jornada parcial. En todo caso, es importante señalar que el trabajo de bajos salarios resulta particularmente prevalente en este sector. Si el empleo de bajos salarios se define como el correspondiente a un salario inferior al 75 % del salario medio, el 53 % de las personas asalariadas en el sector estaría en esa situación, frente al 20 % para el conjunto de la población asalariada y el 25 % en el caso de la población asalariada femenina (Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje de la población asalariada y asimilada en el servicio doméstico sobre el conjunto de la población asalariada. Peso del salario/hora inferior al 75 % de la media*. CAE, 2004, 2009 y 2013

Año	Servicio doméstico	Conjunto población asalariada	Población asalariada femenina
2004	54,7	21,2	29,4
2009	51,9	13,4	17,3
2013	53,4	20,8	25,7

* Precios de 2013.

Fuente: Encuesta de Condiciones de Trabajo (Departamento de Empleo y Políticas Sociales).

ALGO MÁS DE UN TERCIO DE LAS MUJERES MIGRADAS OCUPADAS EN EL SECTOR DOMÉSTICO REFIEREN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO, LA JORNADA LABORAL, EL SALARIO O EL CONTRATO. Menos frecuentes, aunque no desdeñables, son los problemas relacionados con la promoción, las responsabilidades y el trato recibido, así como la contratación irregular por deseo del empresario, la percepción de un salario inferior al de otras personas en el mismo puesto o la realización de jornadas de trabajo mayores que las establecidas en el contrato, que afecta en torno al 10 % de estas mujeres (Tabla 5).

Tabla 5. Mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico y presentan diversos problemas laborales, por nacionalidad. CAE, 2010 (%)

Problemas laborales (%)	Extranjeras	Nacionalizadas
Problemas en las condiciones de trabajo	37,5	35,4
Problemas en jornada, salario, contrato	33,2	35,4
Problemas en promoción, responsabilidades y trato	12,6	8,0
Trabajo en situación irregular por deseo del empresario/a	11,5	26,0
Salario menor que el de otras personas en el mismo puesto	11,1	13,8
Jornada de trabajo mayor que la del contrato o la habitual	9,4	11,7
Obligación de meter horas extraordinarias	8,6	2,3
No se cumple el derecho de descanso (días libres)	6,9	5,0
Salario menor que el del contrato o el habitual	6,6	8,1
Incompatibilidad para cuidar hijos e hijas	5,4	6,6
Relegado/a a las peores tareas por ser extranjero/a	5,2	0,0
Aislamiento social o rechazo por parte de compañeros/as de trabajo	4,9	0,4
Imposibilidad de ascenso en la empresa por ser extranjero/a	4,6	2,7
Trato humillante por empleadores o superiores	4,3	4,9
Imposibilidad de asumir responsabilidades por ser extranjero/a	4,2	2,7
Jornada de trabajo menor que la del contrato o la habitual	3,3	5,8
Menores niveles de seguridad en el trabajo	3,3	0,0

Fuente: Encuesta de Población Inmigrante en Euskadi (Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2010).

Tabla 6. Población inmigrante, según la existencia necesidades económicas. CAE, 2010 (%)

Necesidades económicas	Mujeres extranjeras servicio doméstico	Mujeres nacionalizadas servicio doméstico	Mujeres extranjeras ocupadas	Mujeres nacionalizadas ocupada	Población extranjera (total)
Para cubrir necesidades de alimentación, vestido, calzado o vivienda	20,74	12,94	17,81	15,87	29,11
Para hacer frente a gastos imprevistos	36,10	46,90	30,76	25,09	31,09
Sin dificultades	43,15	40,16	51,43	59,04	39,80
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Encuesta de Población Inmigrante en Euskadi (Órgano Estadístico Específico del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2010).

UNA PARTE IMPORTANTE DE LAS MUJERES INMIGRANTES RESIDENTES EN EUSKADI QUE TRABAJAN EN EL SERVICIO DOMÉSTICO SE ENCUENTRA CON DIFICULTADES PARA HACER FRENTE A SUS NECESIDADES ECONÓMICAS. El 20 % tiene problemas para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, vestido, calzado o vivienda) y el 36 % tiene dificultades para hacer frente a gastos imprevistos (Tabla 6). Con todo, también es importante señalar que en torno a un 40 % no presentan dificultades económicas. De hecho, las mujeres inmigrantes que trabajan en el sector de los cuidados domésticos no experimentan situaciones de privación económica en mayor medida que el resto de las mujeres inmigrantes ocupadas o que el resto de la población extranjera.

EL 90 % DE LAS MUJERES EXTRANJERAS QUE SE DEDICAN A LOS SERVICIOS DOMÉSTICOS EN EUSKADI

SEÑALAN NO TENER PROBLEMAS PARA INTEGRARSE CON PERSONAS AUTÓCTONAS. Algo más habituales son, sin embargo, las experiencias de racismo o xenofobia, aunque no puede decirse que las mujeres que trabajan en el sector de los cuidados domésticos las experimenten en mayor medida que el resto de la población inmigrante: el porcentaje de quienes no han experimentado estos problemas —83 % en el caso de las de nacionalidad extranjera y 77 % en el caso de las nacionalizadas— es muy similar a la del conjunto de la población extranjera.

EL 28 % DE LAS MUJERES EXTRANJERAS QUE TRABAJAN EN EL SERVICIO DOMÉSTICO SE SIENTEN NADA, MUY POCO O POCO INTEGRADAS EN LA SOCIEDAD VASCA. Se trata de un nivel de integración percibida inferior al del conjunto de las mujeres inmigrantes ocupadas, e inferior al del conjunto de la población extranjera, lo que pone de

manifiesto el impacto de esta ocupación —o, quizá, de los factores sociales y demográficos que caracterizan a las personas que realizan esta ocupación— en los niveles de integración social percibida.

RELATIVO ACCESO A LOS SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS Y A LAS PRESTACIONES DE GARANTÍA DE INGRESOS DE LA CAE. En ese sentido, un 22 % de las mujeres extranjeras ocupadas en el servicio doméstico estarían en 2010 percibiendo la renta de garantía de ingresos (RGI), en el mismo porcentaje que el conjunto de la población extranjera y en un 50 % más que el conjunto de las mujeres extranjeras ocupadas. Mayor es aún la tasa de acceso a los servicios sociales públicos, con quienes han mantenido algún contacto el 32 % de las mujeres extranjeras que trabajan en el servicio doméstico, por sólo el 21 % del conjunto de las mujeres migradas ocupadas.

5. Trayectorias migratorias femeninas, inserción laboral y acceso a recursos sociales: Una perspectiva cualitativa

La información obtenida a través del análisis del discurso de personas de diferentes perfiles, relacionados directa o indirectamente con el objeto de estudio, resulta básica para la consecución de los objetivos del análisis, ya que se basa en la experiencia y conocimientos de personas que se encuentran en contacto con la realidad de las mujeres migrantes y su relación con el mercado laboral, los servicios sociales o la calidad de los cuidados.

Para llevarlo a cabo, se han elegido técnicas que analizan la realidad que hay detrás de la estadística y de las conclusiones de otros estudios realizados sobre el tema: “en el caso del análisis cualitativo la aproximación a la metodología permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar su definición de la situación, la visión que tiene de su propia historia y de los condicionamientos estructurales” (Ibáñez, 1979). Las herramientas a las que se ha recurrido han sido las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, que permitieron la obtención de información a partir de la aportación de personas de los siguientes perfiles, localizados en el conjunto de la CAE:

- Mujeres migradas ocupadas en el servicio doméstico y de cuidado a personas dependientes.
- Familias con personas dependientes a su cargo y usuarias de servicios de cuidado en el hogar.
- Personas representantes de asociaciones vinculadas a la migración femenina.
- Personal de referencia de empresas que proporcionan servicios de atención domiciliaria.
- Personal técnico de servicios y entidades sociales.

El interés en la selección de varios perfiles de población para la realización de las entrevistas radica

en sus diferentes puntos de vista sobre los temas que se abordan en el proyecto. Se ha comprobado que, por ejemplo, la visión de las condiciones laborales en el sector de los cuidados, o la importancia de la formación para ejercerlos, es vista de manera diferente según cada uno de los colectivos. Aunque las diferencias de opinión también aparecen entre personas que pertenecen a un mismo perfil, el análisis se hace más operativo y la facilidad de comprensión es mayor analizando, uno por uno, los temas que se han tratado. Por eso, el desarrollo desde el punto de vista cualitativo sigue la misma línea que la establecida en el marco teórico y la perspectiva cuantitativa, de manera que las personas participantes, a las que se agradece su desinteresada colaboración, han aportado su conocimiento, principalmente, sobre los siguientes temas:

- Cuidados, migración y género.
- La externalización de los servicios de cuidado en los domicilios.
- Las condiciones del empleo en los hogares.

Así, a través de las opiniones expresadas en torno a estos temas, se extraen los elementos más relevantes:

PROCESOS MIGRATORIOS DETERMINADOS POR DIFICULTADES, CIRCUNSTANCIAS Y TRAYECTORIAS CONCRETAS Y COMPARTIDAS.

Los relatos de asociaciones vinculadas a la inmigración femenina en Euskadi dibujan un perfil concreto respecto a las mujeres migradas empleadas en los servicios domésticos y de cuidado a personas dependientes: madres —solteras, casadas con maridos en paro, víctimas de malos tratos— cada vez más jóvenes y sin trabajo, que abandonan sus países ante la imposibilidad de acceso al mercado laboral.

Evidentemente, hay una feminización de la inmigración desde hace bastante tiempo. Esa feminización está marcando, tanto en el país de origen como en el de llegada. Estamos hablando de mujeres que normalmente son bastante jóvenes; que normalmente tienen familia que, en un primer momento, se queda en origen; y que cuando llegan aquí se insertan donde les permiten, normalmente en situación irregular. (Presidenta de asociación en favor de mujeres inmigrantes, Gipuzkoa)

Así, con respecto a la finalidad de sus procesos migratorios, se encuentra un nutrido grupo de mujeres que han emprendido su viaje solas, ante la imposibilidad de acceder a unos recursos económicos suficientes para su propio mantenimiento y el de sus familias y descendencia, a la que dejan al cuidado de otras mujeres, para ejercer tareas de atención a ‘otras’ personas dependientes de manera remunerada.

Además, estos proyectos siguen unos pasos muy concretos. En función de los resultados obtenidos

a partir de los relatos de las mujeres migradas participantes, resultan los siguientes:

- **Organización logística y económica del viaje.**

El trayecto hasta la entrada en Euskadi y la acumulación de recursos económicos para sufragar su coste ha sido objeto de conversación desde la perspectiva cualitativa, ya que muchas de las personas entrevistadas han afirmado que en la mayoría de los casos se asumen deudas con bancos o prestamistas para poder hacer frente al pago del pasaje y a los gastos iniciales previos a la consecución de un empleo.

El billete significa bajar de Nicaragua, ir a Salvador, a Holanda, París, Hendaya y después aquí, y para pagar ese billete, que te puede costar entre 2.000 y 2.500, y empeñas todo lo que tienes para adquirir una deuda. (Presidenta de asociación en favor de mujeres inmigrantes, Gipuzkoa)

- **Empadronamiento e inserción laboral.** Estos trámites representan el segundo paso en la trayectoria, porque son indispensables para obtener la regularidad administrativa en el territorio de destino. Por otro lado, el empleo será fundamental para la consecución del principal objetivo de estas mujeres, que no es otro que la mejora de sus propias condiciones vitales y las de su familia en el país de origen, a la que envían en muchas ocasiones remesas de dinero procedentes de su trabajo.

- **Primera autorización de residencia.** Una vez conseguidos los requisitos relacionados con el tiempo de estancia y con el trabajo, puede solicitarse la primera autorización de residencia: de esta manera, los tres o cuatro primeros años (en ocasiones incluso más) de estancia en Euskadi suponen una carrera hacia la búsqueda de un empleo y de la documentación para la autorización por “arraigo social”, que llega con un empadronamiento de tres años ininterrumpidos y un contrato de trabajo, entre otras condiciones.

Los trámites [para la regularidad] si la persona llega y en el minuto uno de llegar se empadrona, y tarda tres años para la regularidad, lo que normalmente solemos poner de punto de partida es el padrón, pero lo que pasa es que entre el momento de llegada y el padrón suele pasar bastante tiempo, porque hay bastantes dificultades para acceder a una vivienda, hay prejuicios con relación al alquiler de viviendas a personas inmigrantes. Hasta que la persona no encuentra una vivienda en la que pueda vivir y eso le genere el padrón, hasta ese momento, no existe; a partir del padrón, tres años hasta que puedes presentar la documentación, y a partir de allí, te puede tardar un añito o así: total, cuatro años. Hasta ese momento, has de tener tu vida empaquetada en una bolsa. (Persona técnica de entidad social, Bizkaia)

- **Planes de futuro.** A partir de las charlas con asociaciones y mujeres migradas cuidadoras residentes en Euskadi, puede decirse que se

aprecian proyectos migratorios a corto/medio plazo, que terminarían en el momento en que las necesidades más urgentes de la familia que dejan en origen se solventasen, pero encuentran un factor que retrasa su vuelta: el objetivo de la regulación administrativa, que mejorará sus condiciones vitales y laborales. Estas afirmaciones, en cualquier caso, no eliminan otras situaciones en las que se toma la alternativa del establecimiento definitivo en Euskadi e incluso la reagrupación familiar.

ETNOESTRATIFICACIÓN LABORAL: EL SECTOR DOMÉSTICO COMO ÚNICA OPORTUNIDAD DE INSERCIÓN LABORAL EN EUSKADI PARA MUJERES DE CIERTAS NACIONALIDADES.

Que el empleo en este sector es casi la única oportunidad para las mujeres migradas es una realidad que se ha contrastado a partir de las entrevistas realizadas, y que se debe a las propias condiciones de precariedad de este tipo de trabajos, que provoca la imposibilidad de acceder a otros más profesionalizados y con mejores condiciones. De esta manera, el hecho de ser mujer, trabajadora e inmigrante, va a determinar la inserción laboral casi exclusiva en el sector doméstico y del cuidado que, debido a que se ha llevado a cabo tradicionalmente en el seno de las familias, de manera privada e invisible, es femenino, precario, y está poco dignificado y profesionalizado, quedando relegado a los grupos de población con menos recursos.

¿Cuáles son los sectores que están abiertos a las mujeres inmigrantes y a las regulares e irregulares? La reflexión es al revés: si eres irregular, no puedes estar en ningún puesto de trabajo, es el que está abierto. Lo que hay que hacer es que estas personas se incorporen a algo: está el empleo irregular y el sistema de protección social, que está aguantando la bolsa de trabajo sumergido, y no somos las personas inmigrantes las que lo estamos creando. (Persona técnica de entidad social, Bizkaia)

Sin embargo, no todas las mujeres de origen extranjero acceden en la misma medida a este tipo de empleos, sino que su entrada va a estar condicionada, además, por su nacionalidad. Así, durante el trabajo de campo, las propias mujeres entrevistadas pusieron de manifiesto la importancia de la valoración por parte de las familias de características —costumbres, cultura, aspecto físico— relacionadas con las nacionalidades de origen, mostrando siempre una preferencia clara por las mujeres latinoamericanas.

FUENTES DE INFORMACIÓN INFORMALES Y ACCESO A RECURSOS SOCIALES DETERMINADO POR EL PADRÓN.

Con respecto al acceso en igualdad de condiciones que el resto de la población a derechos sociales básicos, se alude, en primer lugar, al hecho de que la información de los trámites de acceso a recursos sociales de las mujeres recién llegadas a Euskadi procede de fuentes no gubernamentales. Esta situación es preocupante para los servicios sociales

del Gobierno Vasco, que relacionan la calidad de la información que poseen las personas extranjeras con la situación administrativa en la que se encuentran. Según este grupo, las personas con la primera autorización de residencia acceden a los servicios de información de sus departamentos, mientras que las que no lo han conseguido lo hacen mediante otras vías, como las entidades sociales y las amistades.

Por otro lado, esta dificultad de acceso a la información es un aspecto que va a afectar de manera especial a las mujeres extranjeras que se dedican al cuidado y al servicio doméstico, y especialmente a aquellas que trabajan en modalidad de interna, debido a que en este caso su residencia es al mismo tiempo su lugar de trabajo, circunstancia que implica una especial dificultad de conciliación entre empleo remunerado y tiempo personal, ya que impide la salida del hogar en los horarios en los que se puede acceder a las entidades que facilitan la información.

Es que no tiene nada que ver la situación de la mujer que trabaja de interna con la que trabaja externa por cuenta propia, con la que trabaja en una empresa: las condiciones de salir, informarse y acceder son diferentes. Discriminación tienen por mujeres y por extranjeras, desorientación y desconocimiento. Y cuanto menos tiempo libre tengan, mejor, para ganar el mayor dinero posible en menos tiempo. Cuando pasa el tiempo y pasan de ser interinas a externas, ya pueden tener tiempo libre. (Persona técnica de servicios sociales, Álava)

Además, se reconoce que la capacidad de acceso a los recursos sociales está directamente relacionada con la situación administrativa o, como mínimo, la posesión del certificado de empadronamiento. Esta es una conclusión para la que existe unanimidad, ya que el padrón es la puerta de entrada para la obtención de derechos (como la atención sanitaria y algunos servicios formativos), cuestión puesta de relieve tanto por los servicios y entidades sociales como por las asociaciones.

Lo primero que tienes que hacer para ayudarla, la principal dificultad cuando vienes es: vale, me empadrona una familia, y empiezo a trabajar *en B*, porque si la familia no cobra ayuda, muchas familias no hacen contrato, porque si la mujer vale y te dice que no la puedes contratar... Porque empadronar no es ilegal, mientras viva bajo el mismo techo. Hay veces que llegan chicas que llevan aquí siete años y que te dicen: “no estoy empadronada”. (Persona técnica de entidad social, Gipuzkoa)

Entre los servicios más demandados se encuentran espacios para el intercambio y la participación social. Así, las personas trabajadoras en los servicios sociales vascos hablan tanto de asesorías jurídicas gratuitas, que les informen sobre la Ley de Extranjería y sus derechos laborales, como servicios de alojamiento estable para cuando quieran reagrupar a sus hijos con ellas, entre otros. Sin embargo, el interés primordial

se refiere a lugares donde acudir y establecer relaciones sociales en los momentos de tiempo libre, sobre todo para las mujeres recién llegadas y que trabajan en régimen de interna. Este recurso, que tiene más que ver con la creación de redes sociales y el establecimiento de vínculos que garanticen un bienestar más personal, y que resulta fundamental para la calidad de vida, es el que ofrecen, en gran medida, las asociaciones de mujeres inmigrantes.

Porque cuando salen de las casas [las mujeres contratadas en régimen de interna], ¿a dónde van? Reclaman una asociación para poder crear un espacio donde ir cuando no están en la casa en la que trabajan, el día que tienen libre pululan por la ciudad, pero no siempre es agradable. [Tienen] El locutorio, pero ellas lo que reclaman es un espacio en el que estar, donde puedan estar con otras mujeres, donde haya un microondas... Los centros cívicos no pueden ofrecer eso. Muchas veces van a casa de familiares y conocidos, pero con el tiempo comienza a haber conflictos (Persona técnica de servicios sociales, Álava).

EL CAMBIO DE ROLES FAMILIARES Y LA DIFICULTAD DE CONCILIACIÓN SON LOS PRINCIPALES IMPULSORES DE LA EXTERNALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO EN LOS DOMICILIOS EN EUSKADI.

Las necesidades de atención por parte de las familias proceden de problemas relacionados con la falta de conciliación y la urgencia a partir de la aparición de enfermedades repentinas vinculadas a la edad. Estas cuestiones se han puesto de manifiesto en las entrevistas realizadas a empresas dedicadas a la asistencia domiciliaria, a entidades sociales asistenciales y a las propias familias, en las que se ha expresado, además de los problemas derivados de la falta de conciliación, el desconocimiento de las enfermedades crónicas que invalidan la capacidad de ejercer actividades de la vida diaria a las personas mayores, y la falta de recursos públicos relacionados con la dependencia. Se trata, por tanto, de una situación en la que las familias no pueden dedicar la cantidad de atención requerida por la persona mayor, o por los hijos e hijas; son parejas en las que las dos personas trabajan fuera de casa, o personas solas con padre, madre o descendencia a cargo, para las que la distribución del tiempo entre los espacios público y privado supone un problema.

El tipo de familia es de dos o tres hijos, pero que cada uno tiene su vida, y que sus padres están con un diagnóstico, con alzhéimer, por ejemplo. Dan una valoración de dependencia y acuden a nosotros, o a otros. (Persona técnica de entidad social, Gipuzkoa)

CLARA PREFERENCIA POR LOS SERVICIOS EN EL HOGAR FRENTE A LOS CUIDADOS RESIDENCIALES.

Con respecto a la preferencia entre los servicios existentes, se da una clara inclinación hacia la atención prestada en los domicilios mediante el empleo de personas de manera particular. A juicio de las personas trabajadoras de los servicios sociales

vascos, esta preferencia responde, principalmente, al encarecimiento de los servicios formales y a su escasa flexibilidad horaria. Así, a la hora de valorar el funcionamiento de los servicios públicos, la mayor parte de las personas participantes en el trabajo de campo han cuestionado su eficacia respecto del coste de los servicios ofrecidos. Por otro lado, prestaciones económicas como aquella destinada a la asistencia personal (PEAP)³, que ofrece la posibilidad de contratar a una persona con una jornada superior y más flexible que la que corresponde al servicio de atención domiciliaria (SAD) público.

Hay más gente con cuidadoras privadas que con SAD, y cada vez más. Porque nosotros tenemos limitaciones, más de tres horas no podemos poner, y hay gente que necesita más horas. Luego tiene sus ventajas y sus inconvenientes: te cambian de auxiliar, no puedes elegir los horarios si no es para cuidados personales... (Persona técnica de servicios sociales, Gipuzkoa)

En este sentido, se traen además a colación otras razones para no elegir servicios residenciales, como la cercanía a la familia y el mantenimiento en la vivienda habitual de la persona dependiente, el sentimiento de culpa o la propia petición de las personas que reciben los cuidados. De esta manera lo exponen tanto familias como empresas suministradoras de cuidado y entidades sociales, que apuntan a otras posibles soluciones como la combinación de cuidados en el domicilio y la asistencia a centros de día.

Hay una preferencia a contratar internas que a la residencia, porque hay un apego a la familia. Es muy duro para los hijos no poder atender a los padres, dejarlos en una residencia produce una sensación de abandono. Ellos dicen que, antes de residencia, quieren que esté en casa, por calidad de vida, hasta que no puedan; hay un momento en el que ya no pueden estar en casa. (Persona técnica de entidad social, Gipuzkoa)

EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA, LA REGULACIÓN DE LA EXTRANJERÍA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA EXTERNALIZACIÓN. Según las entidades sociales consultadas en Euskadi, así como en periodos anteriores a la crisis se reclamaba mano de obra para realizar labores de acompañamiento a personas mayores, en la actualidad la solicitud de servicios de cuidado se realiza *cuando ya no queda más remedio*, cuando aparecen enfermedades graves que provocan dependencias severas —alzhéimer, demencia— que las familias no pueden atender, y en muchos casos

cuando los niveles de dependencia son tan altos que las hacen receptoras de prestaciones económicas que las ayudan a costear el servicio.

Del lado de las políticas públicas, la Ley de Extranjería estaría fomentando el empleo en la economía sumergida. Durante las entrevistas se ha afirmado que los intentos de restringir la entrada a personas de países extracomunitarios y el endurecimiento de las condiciones para adquirir la autorización de residencia no están contribuyendo necesariamente al descenso de la inmigración, pero sí a la prolongación de la irregularidad administrativa de las personas inmigrantes, que al entrar por la fuerza en un mercado laboral sumergido, carecen de derecho a un contrato, y sufren mayor vulnerabilidad respecto a la precariedad laboral y social. De esta manera, después de la regularización masiva, y con la restrictiva legislación actual, los empleos en el servicio doméstico y de cuidado siguen existiendo, pero en condiciones de invisibilidad e irregularidad.

Porque cuando tengas a más gente sin derechos reconocidos, esa bolsa [estará] más dispuesta a hacer cualquier cosa, cosa que es totalmente contraproducente para el Estado, porque si los regularizas, cotizan, como ha ocurrido aquí, donde todas esas bolsas de gente en situación documental irregular trabajaban. Pues regularízzalas, que coticen y así la caja común será más amplia, y tendrán muchísimos más derechos, tendrán un contrato. (Persona técnica de servicios sociales, Álava)

En todo caso, se tiene en cuenta la contribución de determinadas prestaciones económicas a la formalización de contratos. Es posible que en Euskadi se estén dando pasos en favor de la visibilización y de la disminución de la economía informal en el ámbito del cuidado en los domicilios, a través del impulso de la PEAP. Esta prestación es de una cuantía sensiblemente superior a otras, y obliga a la contratación legal y el alta y cotización a la Seguridad Social, de manera que los beneficios económicos convencen a las familias receptoras a formalizar la relación laboral.

EL CARÁCTER, LA CULTURA Y LA EXPERIENCIA EN EL EJERCICIO DE LABORES DOMÉSTICAS, LA PREFERENCIA DE LAS FAMILIAS VASCAS. Las características asociadas a la personalidad, el sexo y la nacionalidad, son variables consideradas de interés para la selección de las personas cuidadoras. Así se otorga, en primer lugar, gran importancia a los valores personales que tienen que ver con la responsabilidad, la confianza, la experiencia y la amabilidad en el trato, sin embargo, las competencias profesionales están asociadas, fundamentalmente, con el sector doméstico, es decir, la habilidad con la cocina, la compra de medicamentos y la limpieza.

Cocina, y cocina muy bien, es un estilo de Bolivia, pero muy bien, y lleva la casa. Lo habitual, diría

³ Esta prestación económica está “destinada a la asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria” (Ley de Dependencia, art. 19). La aplicación de esta prestación es casi nula en el resto de las comunidades autónomas, ya que en estas se exige que la persona perceptora esté realizando actividades laborales o educativas, restricción que no se contempla en la CAE, pudiendo beneficiarse de ellas todas las personas con cierto grado de dependencia.

que es limpiar, cuidar y curar, porque se atreve con cosas médicas, las heridas, los problemas de la piel... cubre todos los ámbitos [...]. Lo que es determinante es que funcionen según la cultura, tiene que manejarse con las farmacias y el médico, por eso la percibo más como ama de llaves. (Familia empleadora de cuidadora inmigrante, Gipuzkoa)

En segundo lugar, la preferencia por cuidadoras autóctonas se ha subrayado en múltiples ocasiones durante la exploración cualitativa, aunque se asegura que es una característica difícil de encontrar. Asumida esa limitación, la preferencia por cuidadoras latinoamericanas se muestra clara, por cuestiones como el idioma, la cultura o incluso la imagen personal.

Preferíamos que fuese una mujer de cierta edad y con carácter, y nos dimos cuenta de que el papel sudamericano sería el adecuado, más que una marroquí, que por el perfil cultural no iba a ser el más adecuado. Con las latinoamericanas es más fácil, porque la cultura es la misma. (Familia empleadora de cuidadora inmigrante, Gipuzkoa)

Por último, hay que insistir en la feminización del sector de los cuidados, ya que las familias —y en cierto modo también las empresas— tienden a buscar preferentemente a mujeres para el servicio de cuidado de personas dependientes y del hogar, justificado por la supuesta experiencia adquirida por estas en sus propios hogares, y por las capacidades asociadas al rol femenino. Aunque en algunas ocasiones se alude a una capacidad mayor de los hombres desde el plano físico, beneficioso según las personas entrevistadas en los casos en que las personas dependientes tienen problemas de movilidad, en la mayor parte de los casos se menciona el nivel de intimidad entre la persona cuidadora y cuidada para atribuir la preferencia por mujeres.

¿Sexo? Mujer, yo eso lo tengo superclaro, pues no sé por qué, no dejaría... igual es machista, o igual hay hombres que les cuidarían mucho mejor, pero no lo veo, porque como aquí vemos que los hombres no se ocupan, las que se encargan de los deberes son mujeres... Aunque haya hombres maravillosos, no es lo habitual. (Familia empleadora de cuidadora inmigrante, Bizkaia)

PREFERENCIA POR EL NIVEL DE PRESENCIA EN EL HOGAR QUE POR LABORES ESPECIALIZADAS. Los servicios de cuidado ejercidos por mujeres externas a la familia en el domicilio son valorados según criterios diferentes por familias, empresas, entidades y servicios sociales en Euskadi. El motivo reside en la importancia que se da a la presencia, normalmente por parte de las familias, en contraposición con la necesidad de capacitación y formación en el área sociosanitaria expresado por empresas y servicios sociales, que destacan su influencia en el mantenimiento de la salud de personas con enfermedades especialmente complicadas.

Así, por lo que respecta a las opiniones de las familias, hay que decir que la valoración general de la calidad del servicio prestado es positiva, determinada probablemente por la urgencia de cubrir una necesidad de cuidado muy intensivo. En este sentido, la presencia y la flexibilidad de las mujeres inmigrantes a las que emplean son muy bien valoradas, y a éstas se unen otras más vinculadas con el servicio doméstico como la cocina, la limpieza, o el ejercicio de labores sociosanitarias básicas.

Siempre hemos tenido internas, porque si no tendríamos que optar por pasar la noche en casa de mis padres; a ver, que en realidad, a mi madre no tiene que pasarle nada, pero nunca sabes si se va a levantar, si le va a fallar la cadera, porque tiene poca estabilidad... Procuramos que siempre haya alguien en casa. (Familia empleadora de cuidadora inmigrante, Bizkaia)

En todo caso, por parte de las entidades y servicios sociales vascos se llama la atención de la necesidad de mejora de las condiciones laborales en estos empleos y el diseño de protocolos de prevención de riesgos laborales, que sin duda ayudarán a mejorar el cuidado a las personas dependientes.

PRECARIEDAD E IRREGULARIDAD EN EL SECTOR DOMÉSTICO.

Las condiciones laborales de las personas que se dedican al cuidado doméstico y de personas dependientes son calificadas como precarias, con bajos niveles de contratación, escasos salarios y sin reconocimiento de los tiempos de descanso, de las horas extras, las bajas laborales o las indemnizaciones, y se siguen identificando con el empleo de personas situadas en los estratos económicos más perjudicados de la sociedad. En los servicios sociales vascos, se reclama una mayor formalización de contratos, coberturas por bajas laborales, regularización en los convenios y vigilancia de su cumplimiento y de las condiciones laborales y salariales, además de la mejora de las posibilidades de formación para las personas que lo ejercen.

Por otro lado, aunque desde la aplicación del Real Decreto 1620/2011 la irregularidad del servicio doméstico ha descendido en la CAE, según las opiniones vertidas durante el trabajo de campo cualitativo, la formalización de un contrato de trabajo en el empleo en el servicio de cuidados en los domicilios depende en gran medida de la institución empleadora, es decir, si la contratante es una empresa o una familia, siendo esta última en la que se encuentran la mayoría de los casos de irregularidad contractual. También depende de la modalidad del trabajo ejercido, ya que se ha afirmado durante las entrevistas que el trabajo particular durante un número limitado de horas en varios hogares a la vez es aquel que se encuentra más sometido a la economía sumergida, en comparación con los hogares en los que se realiza una jornada completa o por horas para una empresa en calidad de externa, y con los casos de interinidad.

Así, se han calificado por separado determinados aspectos concretos relativos a las condiciones laborales del sector de los cuidados. En este sentido, resulta de gran interés que la influencia de la regulación de las condiciones laborales se convierte en relativa ante la importancia de ciertas *dualidades* en las modalidades de empleo y la situación administrativa de las mujeres, es decir, las desigualdades que se dan entre las trabajadoras internas y externas, las que están contratadas por una empresa o directamente por una familia y las que cuentan o no con la regularidad administrativa; dualidades que se interrelacionan, e implican diferentes grados de poder de negociación con las personas empleadoras. De hecho, se dan mayores niveles de precariedad entre las mujeres que trabajan en modalidad de interna directamente para las familias y que no han accedido al primer permiso de residencia. Así, estas circunstancias van a influir en las condiciones laborales.

- **Tiempo de trabajo.** La distinción de las modalidades de atención interna/externa es importante a la hora de evaluar el tiempo de trabajo de cuidado en los hogares y, concretamente en el caso del trabajo en régimen externo, aquel realizado a jornada completa en un único domicilio o por un número limitado de horas en varios hogares durante la misma jornada laboral.

A partir de esta distinción en función del régimen, hay unanimidad de opiniones en cuanto al empeoramiento de condiciones entre las trabajadoras en régimen interno, sustentadas por el hecho de convivir con la persona cuidada. Aunque la mayor parte de las familias dicen cumplir las condiciones de horario estrictamente, las entidades sociales anuncian vulneraciones en cuanto al respeto de los horarios establecidos en la normativa, por ejemplo en el caso de las cuidadoras internas, que realizan vigilancia durante las horas de descanso nocturno.

No tiene horario laboral, porque vive en el domicilio de mis padres. Ella, una vez que hace las tareas de la casa, aunque no limpia como limpiaba mi madre... sale a dar una vuelta con mi madre, sale también por la tarde, y sábados y domingos libra, aunque está en casa, porque no tiene otra. (Familia empleadora de cuidadora inmigrante, Gipuzkoa)

- **Salarios.** Tanto empresas, asociaciones, entidades y servicios sociales, coinciden en que las condiciones salariales son precarias, y apelan de nuevo al reconocimiento de un sector que no se correspondería con el resto de profesiones, sobre todo si se tiene en cuenta la dedicación horaria de las personas que trabajan en él, concretamente en el caso de las trabajadoras internas. También existirían ambigüedades en el pago de remuneraciones extraordinarias y cotizaciones a la Seguridad Social.

La hora aquí está entre 10 y 11 euros. A partir de 2012, es obligado dar de alta en la Seguridad

Social, aunque sea una hora: es un poco absurdo, porque cuesta más dar de alta una hora que el sueldo. Hace dos años, me regía por la ley, pero consideramos que tiene unos precios muy bajos, a unos 5,33 euros la hora. Entonces me puse en comunicación con otras entidades, y hemos redactado una tabla de precios orientativa, y por menos de ese precio no derivamos, aquí no se regatea, el servicio doméstico hay que valorarlo, se necesita reconocimiento del sector. [...] Por interna, el precio mínimo es de 900 euros por una persona, 1.000 por dos, por 14 pagas enteras, y la Seguridad Social. (Persona técnica de entidad social, Bizkaia)

- **Actividades ejercidas.** Hay que volver a hablar, en este caso, de desigualdades entre los modelos interno y externo, tenencia o no de un contrato, y contratación por parte de una familia o de un servicio formal. De esta manera, se ha apreciado durante las entrevistas una variación entre las exigencias de las empresas, más vinculadas al trabajo de cuidado y acompañamiento de personas dependientes, y las de los hogares, en las que el trabajo se asocia tanto a la atención personal como al cuidado de la casa y las tareas domésticas propias del mantenimiento de la familia.

Hacen todo: [trabajo] doméstico y cuidar a mi madre, porque ella necesitaba todo. Además, ella no daba ninguna guerra y podían limpiar en casa, pero nunca más de 8 horas; de las cenas, no se ocupaba. (Familia empleadora de cuidadora inmigrante, Gipuzkoa)

- **Salud laboral.** Dolencias tanto físicas como psíquicas, sobrecargas musculares, cefaleas, estrés y ansiedad son problemas comunes expresados en las charlas con las cuidadoras inmigrantes. Las causas de estos padecimientos son, definitivamente, el tipo de trabajo que desempeñan y la duración de la jornada laboral, con actividades que suponen un sobreesfuerzo físico y psicológico difícil de asumir, por lo que se vuelven a reclamar la introducción de protocolos de Prevención de Riesgos Laborales en la normativa del sector doméstico.

Yo he sufrido problemas psíquicos. Porque cuando trabajas de lunes a lunes, de 9 de la mañana a 9... Llegó un momento que sentí que me faltaba el aire, y me desmayé. Físicamente, tuve problemas por tener que levantar a la persona a la que cuidaba, al bajarla de la silla... Vives con el dolor en la columna y el miedo a que la señora se cayese. (Mujer cuidadora inmigrante, Nicaragua).

- **La importancia de la formación profesional.** Para las mujeres inmigrantes entrevistadas, la formación profesional en los cuidados es de vital importancia, y en muchas ocasiones han sido ellas mismas las que han buscado sus propios recursos formativos, ofrecidos por las entidades sociales a las que acuden en busca de asesoramiento y acompañamiento en sus procesos migratorios. Por su parte, las asociaciones y entidades sociales, que coinciden con la importancia de la

especialización para el ejercicio de las labores de cuidado a personas dependientes, se lamentan del hecho de que las cuidadoras no lleguen a adquirirla en la mayoría de los casos, por la dificultad de conciliación con el empleo, o la merma del acceso a los recursos cuando no se cuenta con la regularidad administrativa.

La formación es importantísima, y no se hace: Lanbide [el Servicio Vasco de Empleo] se dedica a la formación, pero si una persona que se dedica a los cuidados no puede conciliar, ¿cómo se va a dedicar a formarse? No tiene tiempo... Y en otros centros, cuesta dinero y no se puede pagar. (Persona técnica de asociación, Gipuzkoa)

- **Situaciones de abuso y maltrato.** Aunque de los resultados obtenidos no se puede establecer una conclusión significativa sobre la frecuencia de situaciones de acoso y maltrato, sí puede decirse que la falta de documentación de las mujeres cuidadoras es un elemento de importancia central a la hora de medir la vulnerabilidad ante estas situaciones, debido a la desprotección legal derivada de la irregularidad administrativa o al simple miedo a la hora de tramitar denuncias. Así, durante el trabajo de campo se ha señalado que uno de los recursos sociales más demandados es el de asesoramiento legal que defienda a estas mujeres de situaciones injustas.

Se dan los malos tratos sobre todo cuando no tienes papeles. Cuando yo vine aquí, las condiciones eran inhumanas: sin derecho a sentarse, a hablar con el móvil, de lunes a lunes de 9 de la mañana a 9, no podía ir a comprar, porque no podía dejar a la persona sola, el siguiente era de 6 de la tarde a las 10 de la mañana. No me dejaban lavar ropa, que lavara una vez al mes, aunque ahora estoy mejor, en otro no me dejaban utilizar el agua caliente... (Mujer cuidadora inmigrante, Nicaragua)

6. Conclusiones

El fin último del recorrido realizado a través del contexto que envuelve a la migración femenina, las familias con personas dependientes y los recursos públicos de atención, responde al análisis de la hipótesis principal construida desde el primer planteamiento de este ejercicio de investigación: el padecimiento de procesos de discriminación múltiple por parte de las mujeres migradas a Euskadi que trabajan en actividades domésticas y de cuidados a personas dependientes en los hogares.

A lo largo de este proceso, la primera de las conclusiones que se han alcanzado es que la situación vital de estas mujeres depende de múltiples factores externos a ellas mismas, como la regulación de la extranjería, las políticas públicas aplicadas en relación a la atención a personas dependientes, las necesidades de las familias beneficiarias de estas políticas, y las condiciones

laborales del sector de los cuidados realizados en el ámbito doméstico, factores que generan, necesariamente, un conjunto de otras conclusiones que permiten aceptar dicha hipótesis.

En primer lugar, la desestabilización del modelo tradicional de familia, el envejecimiento de la población, y el reparto —todavía desigualitario— de responsabilidades entre las personas que componen el núcleo familiar, que han derivado en graves problemas de conciliación entre tiempo de trabajo remunerado, no remunerado y personal, y que pone en evidencia la necesidad de la creación de servicios e incorporación de personas que ejerzan labores hasta el momento consideradas ‘no productivas’.

Así, la creación de estos servicios viene determinada por el modelo de protección social instaurado en cada territorio, que en el caso de Euskadi se acercaría al denominado *modelo mediterráneo* (Van Hooren, 2012), caracterizado por un desarrollado sistema de prestaciones económicas sometidos a escasos controles, en el que las familias recurren a las personas cuidadoras que prestan en los hogares labores domésticas y de cuidado. No obstante, hay que decir que la estadística indica una relativa evolución sobre esta tesis aportada por la bibliografía consultada y el marco cualitativo, ya que las cifras indican una ralentización del recurso de las personas con dependencia a los servicios domiciliarios.

En este contexto, ante la necesidad de servicios de cuidado en los hogares, la división sexual del trabajo ha devenido en una división internacional o *etnoestratificación* (Anderson, 2000) del trabajo reproductivo, que implica el ‘reparto’ de profesiones en función de la nacionalidad de las personas, y que convierte al sector de los cuidados en los domicilios en prácticamente la única posibilidad laboral que tienen parte de las mujeres migradas. Estas mujeres, con un perfil determinado en lo que se refiere a su situación familiar, emigran de sus países de origen, dejando a cargo de otras mujeres a su propia descendencia, para ejercer labores de cuidado de manera remunerada, en muchas ocasiones, en el principio de su proceso migratorio, en régimen de interinidad y en la economía sumergida, al menos hasta poder demostrar un registro de tres años en el padrón municipal, momento en el que podrían solicitar la primera autorización de residencia si cuentan con un contrato de trabajo.

De esta manera, la discriminación sufrida por parte de la migración femenina, aquella que ejerce su trabajo en los domicilios al cuidado del hogar y de personas dependientes, radica en dicho reparto, y en las especiales condiciones que se dan en el sector doméstico, de carácter femenino, y por tanto precario e invisible. Así, aunque a partir de la última regulación del empleo doméstico, la irregularidad ha descendido, siguen existiendo razones para pensar en la invisibilidad y la falta de control, y en las grandes desigualdades en las

condiciones de trabajo en función de la institución contratante y el régimen interno o externo, que van a condicionar la posibilidad de solicitar un empadronamiento, un contrato de trabajo y el acceso a recursos sociales en igualdad al resto de la población.

Por último, cabe destacar que en dicha regulación no se contempla la protección ante riesgos laborales ni la obligación de prestar formación profesional, dos cuestiones que, sin duda, mejorarían la calidad en el empleo de las personas que lo ejercen y el cuidado a las personas dependientes.

Bibliografía

- ANDERSON, B. (2000): *Doing the Dirty Work*, Londres, Zed Press.
- BRIONES, E. *et al.* (2014): "Percepción de las trabajadoras inmigrantes del servicio doméstico sobre los efectos de la regulación del sector en España", *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, nº 2, págs. 109-115.
- DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (s/d): Encuesta de Condiciones de Trabajo, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- EUROSTAT (2014): European Labour Force Survey, Luxemburgo, Comisión Europea.
- EUSTAT (2014): Encuesta de la Población en Relación con la Actividad, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- GARCÍA SAINZ, C.; SANTOS PÉREZ, M. L.; y VALENCIA OLIVERO, N. Y. (2014): "La construcción social del mercado laboral doméstico en España a comienzos del siglo XXI", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 32, nº 1, págs. 101-131 [<http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/download/44715/42157>].
- GIL ARAUJO, S.; y GONZÁLEZ, T. (2012): "Migraciones, género y trabajo en España. El tránsito obligado de las trabajadoras inmigrantes por el empleo de hogar", *Mora (Buenos Aires)*, vol. 18, nº 2, págs. 1-11 [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-001X2012000200004&script=sci_arttext].
- HRŽENJAK, M. (2011): "The regulation of paid domestic work: A win-win situation or a reproduction of social inequalities?", en DAHL, H.; KERÄNEN, M.; y KOVALAINEN, A. (eds.), *Europeanization, Care and Gender: Global Complexities*, Nueva York, Palgrave MacMillan, págs. 59-80.
- IBÁÑEZ, J. (1979): *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*, Madrid, Siglo XXI.
- ESPAÑA (2011): "Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar", *Boletín Oficial del Estado*, nº 277, 17-11-11, págs. 119.046-119.057 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-17975>].
- (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-06, págs. 44.142-44.156 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>].
- (2000): "Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social", *Boletín Oficial del Estado*, nº 10, 12-1-00, págs. 1.139-1.150 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-544>].
- (1985): "Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar", *Boletín Oficial del Estado*, nº 193, 13-8-85, págs. 25.617-25.618 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-17108>].
- LEÓN, M. (2013): "A real job? Regulating household work: The case of Spain", *European Journal of Women's Studies*, vol. 20, nº 2, págs. 170-188.
- MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2014): "Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 145,

- págs. 99-124 [<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>].
- (2011): “La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, nº 1, págs. 93-123 [<http://www.sis.net/documentos/ficha/201033.pdf>].
 - (2008): “Los beneficios de la inmigración al Estado de bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados”, en IZQUIERDO ESCRIBANO, A. (coord.), *El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión*, Madrid, Fundación Foessa, págs. 259-290.
- NOGUEIRA, J.; y ZALAKAIN, J. (2015): *La discriminación múltiple de las mujeres inmigrantes trabajadoras en servicios domésticos y de cuidados en la Comunidad Autónoma de Euskadi*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer [http://www.emakunde.euskadi.eus/u72-contema/es/contenidos/informacion/publicaciones_subvencionadas2/es_def/adjuntos/beca.2014.2.mujeres.inmigrantes.trabajadoras.servicios.domesticos.pdf].
- OROZCO, A. (2007): “Cadenas globales de cuidado”, serie: Género, Migración y Desarrollo, nº 2, Santo Domingo, Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas [http://mueveteporlaigualdad.org/publicaciones/cadenasglobalesdecuidado_orozco.pdf].
- ÓRGANO ESTADÍSTICO ESPECÍFICO DEL DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES (2014): Estadística de Demanda de Servicios Sociales- Encuesta de Necesidades Sociales, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- (2010): Encuesta de Población Inmigrante en Euskadi, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
 - (s/d): Censo del Mercado de Trabajo, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- PAÍS VASCO (2011): “Ley 4/2011, de 24 de noviembre, de modificación de la Ley para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 233, 12-12-11 [<https://www.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2011/12/1105924a.shtml>].
- (2008): “Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 250, 31-12-08 [<https://www.euskadi.eus/r47-bopvvaci/es/bopv2/datos/2008/12/0807235a.shtml>].
 - (2008): “Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-08, págs. 31.840-31.924 [<https://www.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2008/12/0807143a.shtml>].
- PARELLA, S. (2003): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.
- PAVLOU, V. (2011): “The case of female migrant domestic workers in Europe: Human rights violations and forward looking strategies”, *Yearbook of Humanitarian Action and Human Rights*, nº 9, págs. 67-84 [https://www.academia.edu/1837052/Title_The_Case_of_Female_Migrant_Domestic_Workers_in_Europe_Human_Rights_Violations_and_Forward_Looking_Strategies].
- PLA-JULIÁN, I.; y GIMÉNEZ-MORENO, R. (2012): “Deficiencias and limitations on current household employment in Spain”, *Journal of Social Sciences*, vol. 33, nº 3, págs. 323-332 [<http://www.krepublishers.com/02-Journals/JSS/JSS-33-0-000-12-Web/JSS-33-3-000-12-Abst-PDF/JSS-33-3-323-12-1410-Pla-Julian/JSS-33-3-323-12-1410-Pla-Julian-Tx%5B6%5D.pdf>].
- PLATERO, R. (2012): “¿Son las políticas de igualdad de género permeables a los debates sobre la interseccionalidad? Una reflexión a partir del caso español”, *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, nº 52 [<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533684005>].
- TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (2009-2014): Registro de afiliaciones a la Seguridad Social, Madrid, Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- VAN HOOREN, F. J. (2012): “Varieties of migrant care work: Comparing patterns of migrant labour in social care”, *Journal of European Social Policy*, vol. 22, nº 2, págs. 132-147.

Configuraciones del cuidado de larga duración en España y Francia: dos modelos contrapuestos¹

Paloma Moré

Departamento de Sociología III-Estructura Social, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid

<mmore@ucm.es>

Artikulu honetan konparatzen da epe luzeko pertsona adinduen zainketen inguruko antolaketa soziala Espainia eta Frantzia, eta betekizun horretarako hartu dira Madril eta Parisen buruturiko bi kasu-azterketa. Batetik, bi azterketa horien konparazioak ahalbidetzen du zainketen jarduera “desnaturalizatzea”, eta modu horretan eskaintzen da gertuko diren bi herrialderen antolaketarako modu oso desberdinak aztertzea. Bestetik, modu kritiko batean aztertzen dira izaera profesionala lortzeko herrialde bietan hautatu diren ildoak, eta modu horretan aztertzen dira kasu bakoitzean etxeko jarduera eta gizarte-baliabideen artean egituratzen diren bi ereduak. Doktoretzarako ikerkuntza bateko testuinguruko izaera kualitatiboa oinarri hartuz burutu da artikulu hau.

GAKO-HITZAK:

Generoa, migrazioak, profesionalizatzea, etxebizitzarako zerbitzuak, etxeko laguntza, egoitzak

Este artículo analiza de manera comparada la organización social de los cuidados de larga duración para personas mayores en España y Francia a través de dos estudios de caso realizados en las ciudades de Madrid y París. La comparación permite, por un lado, “desnaturalizar” el trabajo de cuidados, ofreciendo dos ejemplos de formas de organización muy diferentes en países vecinos; por otro lado, analizar de manera crítica los procesos de profesionalización que se han emprendido en cada uno de los dos países, observando cómo se articulan con modelos ligados a la domesticidad y a la ayuda social que perduran en cada uno de los dos casos. El artículo se ha elaborado a partir del material de tipo cualitativo, obtenido en el contexto de una investigación doctoral.

PALABRAS CLAVE:

Género, migraciones, profesionalización, servicio doméstico, ayuda a domicilio, residencias.

¹ Esta investigación ha sido financiada por una beca predoctoral FPI-UCM (2011-2015), dirigida por Juan José Castillo Alonso, y realizada en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, dentro del programa de doctorado en Migraciones Internacionales e Integración Social del Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset. El estudio de caso en París se realizó durante una estancia de investigación (febrero-octubre 2013) en el equipo GTM-CRESPPA del CNRS, bajo la tutela de Helena Hirata. El estudio de caso de Madrid ha sido realizado dentro del marco de dos proyectos de investigación: WOMINTRA (ref. 06/10), dirigido por M. C. La Barbera y financiado por el Instituto de la Mujer y el FSE; RETOSCRISIS (ref. CSO 2013-43666-R), dirigido por Santiago Castillo y Pablo López Calle, y financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Programa Estatal de Proyectos de Investigación I+D+i.

1. Introducción

El objetivo de este artículo es analizar, desde una perspectiva comparada y crítica, los procesos de profesionalización de los cuidados de larga duración (CLD) en dos países europeos: España y Francia. La comparación internacional se plantea como un instrumento de análisis privilegiado para desnaturalizar los cuidados, al comprender que las sociedades europeas desarrollan distintos modelos sociales como solución a la necesidad creciente de tales cuidados en contextos de envejecimiento de la población (Lyon y Glucksmann, 2008; Martínez-Buján, 2011; Shutes y Walsh, 2012). En este sentido, España y Francia suponen dos modelos muy diferentes de organización de las respuestas a sus necesidades de cuidados de la población mayor, pues mientras que España es un ejemplo de cuidados “domésticos”, Francia ha desarrollado una política de profesionalización de esos cuidados. Sin embargo, como se pretende ilustrar en el artículo, estos modelos no sólo responden a la consideración del envejecimiento de la población, sino a otras preocupaciones y fenómenos sociales, como las relaciones de género, las migraciones internacionales, la segmentación del mercado de trabajo y las políticas de empleo.

El artículo se estructura en cinco apartados. En el primero, se expone el abordaje metodológico que ha dado lugar a los resultados de investigación que se presentan a continuación. En el segundo, se introducen algunos de los elementos teóricos que constituyen el marco del estudio. En los apartados tres y cuatro, se analizan las configuraciones de los cuidados de larga duración en Madrid y en París, y los efectos específicos que dichos marcos tienen sobre el desarrollo de las trayectorias laborales de quienes prestan esos servicios. En el último apartado, se exponen las conclusiones finales del artículo.

2. Metodología

El texto expone los resultados de una investigación doctoral realizada entre 2011 y 2015 en la que se compara el cuidado de personas mayores en Madrid y París. La metodología utilizada combina varias técnicas de investigación con un enfoque cualitativo.

El proceso de investigación comenzó por el estudio del cuidado de personas mayores en la ciudad de Madrid, donde el empleo de hogar y, en concreto, el que se realiza en régimen “interno” tiene mucha importancia, pero se articula con un sistema de cuidados más formalizado. Estas dos formas de cuidados tienden a complementarse, y es frecuente que las personas que se dedican al cuidado de ancianos tengan o hayan tenido experiencia como empleadas de hogar. Por ello, la estrategia metodológica se ha centrado en analizar el importante lugar que ocupa el servicio doméstico en Madrid. Así, se realizaron 23 entrevistas en profundidad con trabajadoras que habían “circulado” por las

distintas formas de empleo de cuidados de larga duración (servicio doméstico interno y externo, ayuda a domicilio y residencias). Esto se complementó con cinco entrevistas grupales en las que las trabajadoras pusieron en común sus experiencias y se privilegió el contraste entre las visiones más “profesionales” de aquellas que tenían experiencia en cuidados formales y las visiones más “domésticas” de aquellas que, sobre todo, habían trabajado como empleadas de hogar en función de cuidadora. Además, se realizó observación participante en locales de búsqueda de empleo, agencias privadas e instituciones religiosas para ver la inserción laboral y la importancia de la búsqueda constante de empleo; en una asociación de trabajadoras de cuidados, para estudiar el proceso de profesionalización; así como en una residencia de ancianos, para analizar las prácticas más institucionalizadas y profesionales. Fue imposible, debido a la repetida negativa de empresas privadas e instituciones locales, realizar observación en los servicios de ayuda a domicilio del Ayuntamiento de Madrid.

Con el propósito de seleccionar comparar el modelo “doméstico” madrileño dentro de Europa, se realizó un estudio de caso en la ciudad de París. Esta ciudad ofrecía un ejemplo idóneo para contrastar la realidad de Madrid, pues, por un lado, se trata de una gran ciudad donde los cuidados son un sector feminizado y “etnicizado” en el que trabaja mucha población de origen inmigrante; por otro lado, la organización de los cuidados presenta una configuración que, a grandes rasgos, puede llamarse “profesional” o en proceso de profesionalización. Se constató que las trayectorias de las trabajadoras estaban más segmentadas, en función de las distintas formas de trabajo, y eran menos cíclicas que las de Madrid, por tanto, se realizaron un total de 42 entrevistas para poder abarcar los distintos subsectores: 10 en empleo de hogar (7 de las cuales habían sido internas); 17 en ayuda a domicilio; y 15 que trabajaban en una residencia. Además, se realizó observación participante de cada una de estas tres formas de trabajo: en primer lugar, en una parroquia que gestiona empleos informales de cuidados en el hogar; en segundo, en una asociación de servicios de ayuda a domicilio que acompaña a las trabajadoras en sus jornadas laborales; y por último, en una residencia de personas mayores, donde se realizó un seguimiento de las/los trabajadoras/es en los distintos turnos del funcionamiento del centro.

Esta información se completó con 18 entrevistas a distintas figuras sociales que, por su trabajo, eran claves para entender la configuración de los cuidados en cada uno de los dos casos: personal técnico de los servicios sociales, personal directivo de las empresas y asociaciones de ayuda a domicilio, personal directivo y técnico de residencias de mayores, religiosas que gestionan los empleos domésticos informales y una directora de agencia de servicio doméstico.

A través de esta metodología, se ha podido establecer una caracterización concreta, basada en situaciones

Cuadro 1. Técnicas cualitativas utilizadas en el estudio			
	Entrevistas con trabajadoras/es	Entrevistas con informantes clave	Observación participante
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> • 23 trabajadoras/es que habían pasado por las distintas formas de empleo. • 5 entrevistas grupales: 3 a demandantes de empleo en cuidados; 1 a empleadas de hogar; 1 a auxiliares de ayuda a domicilio que antes habían sido empleadas de hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 entrevistas con distintos actores: personal técnico de administraciones públicas (Ayuntamiento de Madrid y Comunidad de Madrid); personal con cargos de responsabilidad en residencias, empresas de ayuda a domicilio, agencias de empleo doméstico, congregaciones religiosas y asociaciones de inmigrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de mujeres inmigrantes y trabajadoras de cuidados. • Bolsas de empleo privadas y religiosas de servicio doméstico. • Seguimiento de las rutinas de trabajo en distintos turnos en una residencia municipal. • Visitas a otras residencias.
París	<ul style="list-style-type: none"> • 42 trabajadoras/es en tres subsectores: 10 que trabajaban en empleo de hogar; 17 trabajadoras/es de los servicios de ayuda a domicilio de una asociación; 15 trabajadoras/es de una residencia (auxiliares y personal de limpieza). 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 entrevistas con distintos actores: personal técnico de administraciones públicas (CNSA); personal con cargos de responsabilidad en residencias, empresas de ayuda a domicilio y congregaciones religiosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Institución religiosa que gestiona empleos en hogares. • Seguimiento a auxiliares en sus intervenciones a domicilio. • Seguimiento de las rutinas de trabajo, en distintos turnos, en una residencia privada.

Fuente: Elaboración propia.

concretas de trabajo, de las distintas formas de organización del trabajo cuidados de larga duración a personas mayores en cada una de las dos ciudades.

3. Perspectivas para el estudio del trabajo de cuidados y las migraciones internacionales

Según la definición de Fisher y Tronto, cuidar es una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo”, para que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende nuestros cuerpos, a nosotros mismos y a nuestro entorno, elementos todos ellos que se articulan en una red compleja de sostenimiento de la vida (1990: 40)². En efecto, el trabajo de cuidados tiene la especificidad de entrelazar de manera profunda tres dimensiones que son fundamentales para su desempeño: material, emocional y moral (Martín-Palomo, 2008: 28). El trabajo de cuidados se asocia a menudo a lo inmaterial —los afectos, el amor, las emociones—, pero igualmente importante es su vertiente material, de trabajo efectivo y, a veces, técnico. Sin embargo, el cuidado tiene también una dimensión material incuestionable, pues si bien se trata de una actividad genérica (que puede tomar diversas formas), está orientada a “hacer algo” (un trabajo) para dar una respuesta, efectiva y concreta, a una necesidad (Molinier, 2006: 301). Estas tres dimensiones —ética, material y emocional— son diferentes, pero están completamente unidas y difícilmente pueden aislarse en la experiencia de la gente, y mucho menos en la de quienes día a día se ven inmersos en situaciones que reclaman su disponibilidad y actividad física, su implicación emocional y su criterio y responsabilidad ética.

Al analizar el sector de los cuidados, la feminización salta a la vista. Una constante histórica, y que

persiste en nuestros días, es que la responsabilidad de los cuidados recae sobre las mujeres como si se tratara de tareas “naturalmente” asignadas al sexo femenino (Guimarães *et al.*, 2011). Los cuidados son parte esencial de la construcción social del género femenino y, por tanto, tienen asignado un valor social secundario en relación con otras actividades consideradas esenciales para el funcionamiento de la sociedad. Así, si bien los cuidados son imprescindibles para la reproducción social, el sistema económico y político en el que vivimos está lejos de situarlos en el centro de sus preocupaciones (Carrasco, 2013: 51; Pérez-Orozco, 2014: 47). De esta manera, los cuidados, como parte del trabajo doméstico o de reproducción, son todavía hoy asimilados a un asunto privado, y no se reconocen sus implicaciones y repercusiones sociales, políticas y económicas.

Las diversas actividades comprendidas bajo el concepto genérico de trabajo de cuidados las realizan las mujeres, principalmente pero no sólo en el marco familiar, de manera gratuita, bajo una obligatoriedad moral y una norma de disponibilidad total, dándose por supuestas, y reclamando poca atención y reconocimiento. Por ello, cuando estas actividades se mercantilizan, se reproducen esas características y se convierten en empleos poco lucrativos, informales, con horarios imposibles que reclaman disponibilidad total y, muchas veces, sin contratos laborales. Se trata de empleos que portan una “precariedad en femenino” (Dussuet, 2005) y que son ocupados principalmente por mujeres de clase social baja. En este proceso de mercantilización, las desigualdades de género asociadas a la división sexual del trabajo (Kergoat, 2000) se articulan, además, con otras formas de desigualdad, como la clase social y la división internacional del trabajo. Por ello, los empleos destinados al cuidado de personas mayores, tanto en Madrid como en París, son mayoritariamente ocupados por mujeres migrantes, racializadas o de origen obrero. Debido a que habitualmente se trata de empleos poco valorados, las personas que en ellos trabajan tienen poco poder de negociación y escasas oportunidades de promoción.

² “Care is all we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible”.

En el artículo, se analiza cómo la organización social de los cuidados de larga duración en cada una de estas dos ciudades se configura gracias a la interacción de los regímenes migratorios, y cómo esta interacción moldea trayectorias de las personas que alimentan el sector. En este sentido, se han analizado las posibilidades de carrera en el ámbito de los cuidados que existen en cada uno de los dos casos estudiados. La noción de carrera se entiende como una interacción entre agencia y estructura en la que el género es un elemento fundamental, y no como proceso lineal o una sucesión consecutiva de empleos en línea ascendente (Evetts, 2000; Cuzzocrea y Lyon, 2011). Además, la carrera laboral se articula con las limitaciones y las oportunidades que ofrecen, a su vez, los procesos migratorios en los que muchas de las trabajadoras del sector están inmersas. De esta manera, el concepto incorpora también una dimensión de movilidad espacial, social y política dentro del ámbito de las migraciones internacionales. La carrera migratoria constituye un proceso dinámico, que no es unidireccional ni lineal, que se construye tanto objetiva como subjetivamente, y cuya evaluación de éxito o fracaso no es automática, sino que tiene una enorme complejidad” (Martiniello y Rea, 2014: 1084). Así, el género, la clase social y la etnicidad/estatus migratorio contribuyen a moldear las carreras de las trabajadoras (en su gran mayoría se trata de mujeres) dentro del ámbito de los cuidados de larga duración, pero están, a su vez, enmarcadas en la configuración social del cuidado vigente en cada ciudad.

4. Configuración del cuidado en Madrid: una generación de empleadas “internas”

4.1. Los cuidados son “cosa de familia”

En España, la organización social del cuidado depende todavía en gran medida del trabajo gratuito de las mujeres dentro de las familias, siendo el cuidado familiar la principal fuente de cuidados de larga duración para personas mayores, y la utilización de servicios públicos, una alternativa minoritaria. Una aproximación cuantitativa al fenómeno muestra que mientras que la ayuda familiar es la primera opción para un 85,3 % de los mayores de 65 años que reciben asistencia personal, los servicios públicos sólo cubren el 5,9 % de los adultos mayores con dependencia, y como cuidadores principales, sólo en el 2,9 % de los casos (Martínez-Buján, 2011). De acuerdo con Martínez-Buján, la división sexual y generacional de los cuidados no desaparece, sino que se mantiene estable, y la única transformación que se aprecia es una tendencia a la mercantilización de los cuidados, pero sin dejar de ser una cuestión privada, que las familias deben resolver por sus propios medios.

De todas las posibilidades que existen, la preferente es el servicio doméstico. Según la Encuesta EDAD 2008, las cuidadoras domésticas son el 10,4 % de los asistentes principales a mayores, y el 14,5 % si se tiene en cuenta a cuidadores de hogar secundarios

(ibídem: 100-102). Según los datos de varias fuentes estadísticas correspondientes al periodo previo a la crisis, el recurso al empleo de hogar para el cuidado de mayores había aumentado, en detrimento de los servicios públicos. Así, contratar a una empleada de hogar cuidadora no es un signo de riqueza ni de ostentación, sino más bien una salida rápida, flexible y urgente que utilizan las familias de clase media para suplir la falta de servicios públicos y dar preferencia a un modelo doméstico.

Las instituciones públicas cuentan con esta realidad de que las familias, ante situaciones difíciles de resolver, van a recurrir al mercado privado para contratar a una persona “interna” que resuelva los cuidados de larga duración, retrasando al máximo posible la intervención de los servicios públicos. Así lo explicaba uno de los informantes clave del ámbito institucional, a quien se entrevistó en Madrid:

Efectivamente, la empleada de hogar, que en realidad es “la interna”, garantiza a la familia que esa persona mayor que vive sola está atendida entre semana, y el fin de semana, pues los hijos echan una..., la relevan para que pueda tener su descanso... Es el sector de lo que podemos llamar los cuidados informales, que cubre un amplio sector de la clase media para las personas que llamamos frágiles, las personas mayores de 80 años, que viven solas, pero que todavía no están, vamos, que no se les reconocería como dependientes o como dependientes de un grado importante, pero que no las puedes dejar solas en casa, porque pueden tener un accidente al cocinar, etc., y que, vamos, la solución intermedia, preferida por el propio mayor y por los hijos, pues es esta persona que pasa a convivir con ellos”. (Dirección General del Mayor, Comunidad de Madrid, 2012)

El régimen de cuidados y el régimen migratorio se articulado en España de tal manera que han dando lugar a la expansión del servicio doméstico destinado a cuidados de larga duración para personas mayores. Según la Encuesta EDAD, el 71 % de las empleadas domésticas cuidadoras de mayores de 64 años en España son extranjeras, proporción que asciende al 94 % cuando trabajan como “internas”. La feminización asciende al 98 %, y en cifras absolutas, se trata de 71.194 empleadas de hogar cuidadoras extranjeras en España y de 10.602 en la Comunidad de Madrid (Rodríguez *et al.*, 2012: 168-171). El empleo de hogar destinado a cuidados de larga duración es parte de un fenómeno más amplio, que consiste en la mercantilización de los cuidados y del trabajo doméstico por la vía del empleo de hogar.

4.2. Una generación de “internas”

Durante las décadas de 1990 y 2000, la inmigración se convirtió en un “fenómeno social” en España (Cachón, 2009) y, al mismo tiempo, se duplicó el número de personas ocupadas en el empleo de hogar, un sector que perdía efectivos desde

hacía una década y se creía en vías de extinción. Además, se produjo una revitalización del régimen de empleo de hogar “interno” (Martínez-Buján, 2014: 297) una modalidad de empleo que requiere que la trabajadora resida en el domicilio de sus empleadores y que se ha extendido particularmente en el caso del cuidado a personas mayores, para asegurar una atención personalizada 24 horas al día. Así, al contrario de lo que se esperaba en los años ochenta (*vid.* Sallé, 1985), este sector no sólo no desaparecía, sino que crecía en efectivos e importancia, y se convertía en la principal ocupación para las mujeres procedentes de países como Ecuador y Filipinas (más del 80 %) o República Dominicana y Perú (más del 70 %), según datos de la Tesorería de la Seguridad Social analizados por el Colectivo Ioé (2001: 108). Como señala Parella (2004: 159), el empleo de hogar se convirtió durante los años noventa en la principal vía de acceso al empleo de la fuerza de trabajo femenina inmigrante, al igual que sucedía anteriormente con las mujeres autóctonas que emigraban del campo a la ciudad (*vid.* Sallé, 1985; Colectivo Ioé, 1990; Sarasúa, 1994).

La composición en términos de nacionalidades y países de procedencia ha ido cambiando según la evolución de la política migratoria de visados, de la estabilización y regularización de la población inmigrante asentada en España, y por el establecimiento de nuevos flujos migratorios (Colectivo Ioé, 2001: 244-250), pero la pauta de la etnicización del sector se ha mantenido hasta la actualidad. Según los datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI), realizada en 2007, el servicio doméstico —esta es la terminología que aparece en la encuesta— era la ocupación en la que más mujeres migrantes habían encontrado su primer empleo, independientemente de cuál fuera su origen social o procedencia. El análisis de los microdatos realizado por Vidal-Coso y Miret (2009: 14) refleja que el 42,2 % de todas las mujeres encuestadas habían entrado en el mercado laboral a través de este sector. Las mujeres procedentes de los países andinos estaban sobrerrepresentadas, y alcanzaban el 73 % de las de origen boliviano, el 55 % de las procedentes de Ecuador y Perú, y el 48 % de quienes procedían de Colombia (Colectivo Ioé y Fernández, 2010: 110).

King y Zontini (2000) analizan los países de la Europa mediterránea en clave de la segmentación étnica y de género del mercado laboral, enfatizando, por tanto, los factores estructurales de la discriminación. Es necesario considerar que el hecho de que el empleo de hogar haya sido la puerta de entrada —y en muchos casos, la única posibilidad de mantenerse ocupadas— de muchas mujeres migrantes en España es el resultado específico y concreto de su posición subordinada en la intersección de las estructuras de desigualdad en términos de género, clase, “raza” y estatus migratorio. Por un lado, en la sociedad española las mujeres, en general, y las nativas, en particular, soportan una posición estructuralmente desigual en el mercado de trabajo, derivada de la desigualdad de género en la sociedad y de la

responsabilidad por el trabajo doméstico (Carrasco y Mayordomo, 1999; Torns, 1995); por otro lado, la segmentación étnica del mercado laboral es también una pauta estructural constante (Pajares, 2009; Colectivo Ioé y Fernández, 2010), reforzada por un “marco institucional discriminatorio” (Cachón, 2009) y por el fomento de la irregularidad a través de la política migratoria (Arango, 2005).

La desigualdad interseccional que enfrentan las mujeres migrantes en España ha tenido su máxima expresión en el Real Decreto 1424/1985³, en vigor hasta que fue reemplazado por el Real Decreto 1620/2011. Esta legislación permitía mantener un sector flexible y desregulado. Por tanto, la ausencia de derechos civiles y laborales para las empleadas de hogar no suponía una irregularidad, sino que se ajustaba a la norma jurídicamente legitimada (Colectivo Ioé, 2001).

Tal y como señala mucha de la investigación sobre el empleo de hogar en España, otros aspectos han contribuido a alimentar y sostener la importancia cualitativa y cuantitativa de este sector. Entre ellos, destaca su permeabilidad sector al trabajo informal, algo fundamental teniendo en cuenta que la irregularidad administrativa ha sido una pauta de la inmigración en España, debido a “la estrechez de las vías de acceso regular”, principalmente a partir de 2000, representadas por la contratación en origen a través del contingente de trabajadores extranjeros⁴ (Arango, 2005), y hasta 2005, cuando se introduce el catálogo de ocupaciones de difícil cobertura. Así, aunque el contingente incluyera una cuota para empleadas domésticas —algo que a menudo se cita en las investigaciones sobre los regímenes de cuidados en Europa como rasgo característico del caso español—, este mecanismo tenía una escasísima influencia y la principal vía de acceso al empleo de hogar no ha sido nunca la contratación en origen. Al contrario, la principal vía era la contratación de mujeres que vivían en España en situación de irregularidad sobrevenida después de haber accedido al país como turistas. Estas eran contactadas a través de redes informales, tanto personales como mediadas por organizaciones caritativas y sociales, principalmente religiosas.

Al mismo tiempo, para poder presentar una demanda de regularización y poder renovar los permisos temporales de residencia y trabajo, se podía utilizar un contrato privado de empleo de hogar y el alta en el régimen especial de la Seguridad Social para empleados de hogar, algo que reforzaba el interés de este sector como vía de acceso a la regularización administrativa, incluso para quienes no ejercían esa ocupación.

³ Algunos de los elementos discriminatorios todavía se mantienen en la nueva legislación (Real Decreto 1620/2011) como por ejemplo, la ausencia de prestación por desempleo y de las inspecciones de trabajo. Además, la sindicación sigue siendo extremadamente escasa.

⁴ Fue la principal vía de acceso formal al mercado de trabajo español hasta 2005.

Así, el empleo de hogar ha supuesto una tela de araña en la que se han visto enredadas muchas mujeres migrantes de estos primeros años de inmigración en España: por un lado, ofrecía empleo de fácil acceso para quienes no tenían una situación administrativa regular y utilidad práctica para conseguir regularizarse; por otro lado, el “efecto llamada” provocado por la demanda de fuerza de trabajo en los sectores que la población autóctona estaba rechazando debido al aumento de su “nivel de aceptabilidad” (Cachón, 2009) se concentraba, para las mujeres, en este sector, lo que dejaba ver una demanda específica de trabajo doméstico mercantilizado debido al escaso reparto de las tareas domésticas entre los géneros y las administraciones públicas. La potencia de las redes informales para conseguir empleo en el sector terminaba de orientar el encuentro entre oferta y demanda. Así, tanto las redes constituidas por las propias comunidades de migrantes como a través de la red de la iglesia católica, que tradicionalmente ha hecho de intermediaria entre las “chicas” del campo y las “señoras” de la ciudad para colocarlas como “domesticas”. Finalmente, una serie de estereotipos étnicos y de género que esencializan a las “mujeres latinas” y su supuesto “cariño con los abuelos” (Pla, 2004: 333) han terminado de crear la etiqueta perfecta para que estas mujeres encajaran perfectamente como la pieza del puzzle que el régimen de cuidados español necesitaba para enfrentar el reto del envejecimiento de la población.

En cuanto a las mujeres que participaron en esta investigación, las trayectorias previas a la emigración eran altamente diversas. Con respecto a la formación y la ocupación que tenían en sus países de origen, se ha encontrado una enorme diversidad: una ingeniera civil, una licenciada en Administraciones Públicas y una licenciada en Agronomía que emigraron nada más terminar sus estudios, una psicóloga, una conserje en un colegio, una enfermera, una monja, una secretaria de dirección o una propietaria de un taller de carpintería, entre otros perfiles. Pertenecientes a distintos estratos socioeconómicos y con trayectorias muy diversas, algunas que no habían terminado sus estudios primarios y otras que habían finalizado con éxito una carrera universitaria, es difícil encontrar un patrón común en sus trayectorias. Al contrario, el rasgo que las une es el paso por una ruptura de la trayectoria laboral, y el estatus social previo a la migración y la homogeneización y asimilación a una categoría social única de “mujer inmigrante”, de forma que su única cualificación se convierte, precisamente, en “ser mujer” y “ser latina” (Moré, 2015).

4.3. El sector formal de atención a las personas mayores

En este contexto de modelo de cuidados donde prevalece la domesticidad, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (39/2006) ha sido el

primer paso de España hacia una política pública de cuidados. Esta ley establece, por primera vez, en el país un sistema de grados de dependencia para asegurar la protección como un derecho universal, independiente de la edad y de la condición laboral de la persona. Esta ley ha expandido los servicios sociales que existían dando prioridad a los casos de mayor dependencia, establecida en tres grados (grado I, dependencia moderada; grado II, dependencia severa; grado III, gran dependencia) que se miden a través del Baremo para la Valoración de las Situaciones de Necesidad (BSN), que privilegia los criterios médicos y físicos por encima de los sociales. Además, una de las aportaciones fundamentales de la Ley de Dependencia de 2006 han sido las “ayudas” monetarias para cuidadoras no profesionales del ámbito familiar. Sin embargo, estas ayudas están destinadas a familiares y no permiten la contratación de una empleada de hogar, algo que dentro del contexto europeo supone una excepción y que resulta paradójico teniendo en cuenta que la empleada de hogar es la solución que más se utiliza en el contexto español.

Dicho en otras palabras, desde un modelo profesional y medicalizado de los cuidados de larga duración, como es el que propone esta legislación, se puede reforzar el modelo doméstico y desestimar la perspectiva social. La consecuencia es una versión más de lo que ha ocurrido con el reparto por sexos del trabajo doméstico en su conjunto: en vez de implicar a los varones en las tareas del hogar, ha diversificado las categorías del trabajo de las mujeres, estableciendo escalas de importancia y remuneración entre ellas. Las prestaciones económicas que concede la ley son un medio de que una mujer pague a otra mujer en la que delega las tareas de su rol femenino (Fernández, Artiaga y Dávila, 2013: 66).

En Madrid, los servicios sociales para personas mayores dependen del Gobierno municipal y se organizan en torno a la Dirección General de Mayores y Atención Social. De entre los diferentes servicios⁵ prestados por esta administración, la mayor partida presupuestaria se dirige hacia el servicio de ayuda a domicilio (SAD). Este servicio tiene su origen en los años ochenta, pero hasta 2003 no ha sido una prioridad en los servicios sociales locales. Aun así, es un servicio muy escaso que alcanza a 52.191 personas usuarias en 2013 para la demanda real que existe en una sociedad tan envejecida, pues supone una cobertura del 8,25 % de la población mayor de 65 años. Desde el punto de vista de su utilidad, éste es un servicio que, si bien puede resolver rápido situaciones de cierta emergencia, en general es poco ágil y requiere permanecer en una lista de espera.

⁵ Esta administración presta diferentes servicios siguiendo dos líneas principales de actuación: por un lado, la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual, principalmente a través de la implementación de centros de día, servicios de teleasistencia y de ayuda a domicilio; y por otro lado, el envejecimiento activo, fomentado a través de una agenda de actividades diversas pensada para personas autónomas.

Esto se debe, en gran parte, a que de manera tácita se confía en que la demanda se pueda aplacar con el empleo de hogar, pues el SAD municipal tiene una capacidad relativa de incidencia, debido al escaso número de horas (15,77 horas de media mensual, por persona usuaria), en comparación con el empleo de hogar.

Desde que se aprobó la Ley de Dependencia, este servicio se ha ido orientando hacia personas muy dependientes, según criterios médicos, o que se encuentran en situación de gran riesgo social. Las administraciones locales lo financian y realizan las evaluaciones de dependencia a los potenciales usuarios pero quienes lo prestan son empresas privadas. En comparación a los servicios de ayuda a domicilio en París, el SAD madrileño está muy controlado por la administración municipal y hay escaso margen de elección a las personas usuarias, por ejemplo, la empresa que va a prestar los servicios viene determinada por el lugar de residencia. Existe la posibilidad de cofinanciación entre las administraciones públicas y los usuarios, pero desde el inicio de la crisis el servicio está en declive, debido a la falta de financiación. Así, en 2009 se atendieron 54.400 personas (2.209 menos que en 2009) y en el periodo 2009-2013 se ha reducido en 856.220⁶ el número total de horas de servicio prestadas. En el año 2013 si bien el presupuesto se mantiene con respecto al año anterior, sólo se ha ejecutado un 78 %, lo que da lugar a una cifra ficticia de gasto. Además, se ha rebajado el precio por hora de servicio que el ayuntamiento paga a las empresas prestatarias como medida para ahorrar dinero pero sin reducir el volumen de personas atendidas. Por tanto, las trabajadoras se encuentran con un perfil de personas usuarias cada vez más dependientes pero con un valor asignado a la intervención cada vez más bajo. En lo que respecta a la definición de los puestos de trabajo se reconoce una única categoría genérica de trabajadoras (auxiliar a domicilio) que puede realizar cualquier tipo de intervención o tarea y hasta 2015 no se ha requerido ninguna formación específica ni titulación oficial a las trabajadoras.

En cuanto a las residencias, que es donde principalmente ha aplicado el modelo profesional del cuidado, es bastante difícil analizar el sector en su conjunto, debido a la gran diversidad de tipos de centros: en función de su tamaño y de la titularidad, que puede ser privada o pública, con o sin ánimo de lucro, pero además porque la gestión puede estar contratada a empresas privadas, y finalmente en un mismo centro suele haber plazas tanto privadas como concertadas. Sin embargo, se advierten tendencias comunes al sector, las cuales son similares a las ya señaladas para la ayuda a domicilio: por un lado, la concentración de centros y la evolución hacia un modelo más comercial que

social; por otro, la tendencia hacia la medicalización de los servicios que se ofrecen y, en consecuencia, el cambio del perfil de las personas mayores desde la necesidad económica y social hacia la dependencia.

Durante la década de 2000, ha habido una época de gran crecimiento del sector que se ha visto frenado desde el comienzo de la crisis económica, en parte porque estaba bastante asociado al sector de la construcción y a la especulación inmobiliaria. Tradicionalmente se trataba de un sector formado a partir de pequeñas empresas que a raíz del bum inmobiliario, de la creciente necesidad social ante el envejecimiento de la población y de las nuevas posibilidades que ofrecía el marco de la Ley de Dependencia, se había convertido en un sector de negocio para las empresas constructoras. La tendencia en el sector es hacia la concentración, aunque todavía hay muchas empresas pequeñas y medianas pero a las que les cuesta adaptarse a los estándares de demanda de servicios. Este modelo orientado hacia una visión profesional de los cuidados —con personal titulado, como terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, con módulos especializados en Alzheimer o barreras arquitectónicas— basada en la dependencia como criterio de acceso, conlleva unos costes por plaza más elevados y ha convertido las residencias en un negocio altamente rentable pero que no siempre tiene como consecuencia una mejor atención.

4.4. De empleadas domésticas a cuidadoras profesionales

En cuanto a la fuerza de trabajo que sostiene este sector formal de los CLD se trata también de manera mayoritaria de mujeres de origen inmigrante. Muchas de ellas tienen experiencia en cuidados al haber trabajado como empleadas de hogar durante un periodo previo a la regularización de su permiso de residencia en España. Durante el periodo de expansión del sector, que coincide con la década de 2000, al no exigirse ninguna titulación oficial y haber una fuerte demanda de trabajo, la experiencia en cuidados informales a domicilio y la garantía de haber hecho “algún” curso era suficiente para introducirse en el sector formal, como explica una trabajadora rememorando su paso del empleo doméstico a una residencia:

Entonces, en alta voz, la chica [en una bolsa de empleo de servicio doméstico] dijo: “Urgente, ¡urgente! ¡Necesito alguien que tenga un certificado de cuidar personas mayores! Alguien que haya hecho un cursillo, un curso, algo”. Y había ¡tantas chicas!, pero yo dije: “¡Yo!” Así fue. Y me dijeron: “Vas a ir a una residencia”. Y dije: “Bueno”. Y me dijeron: “¿Tu tarjeta?”. “Mi tarjeta es de doméstica”. Pero la residencia me hizo un trámite y me mandó desde el inicio al régimen general [de la Seguridad Social]. [...] Y bueno, voy a la residencia. Me mandan a no sé dónde por Pozuelo y me hacen el contrato por seis

⁶ Según las memorias de actividades publicadas por la Dirección General del Mayor y de Atención Social del Ayuntamiento de Madrid, el SAD Municipal prestó en 2009 un total de 8.106.591,40 horas, y en 2013, 7.250.371,50.

meses ya de entrada. Desde la primera tarde, no me preguntan si sabes o si no sabes, desde la primera tarde: uniforme, zapatos y a la primera planta. (Estela, 50 años, Ecuador, en Madrid desde 1999, ha sido empleada de hogar “interna”, externa, auxiliar a domicilio y en residencia; tiene doble nacionalidad.)

Estos años de expansión dieron lugar a la etnización del sector, que en pocos años pasó a estar compuesto mayoritariamente por trabajadoras extranjeras, principalmente procedentes de Ecuador y de otros países sudamericanos. Esta fase se caracteriza por dos fenómenos sociales de adaptación. En primer lugar, la ruptura de las resistencias de la población autóctona, y concretamente de las personas mayores, que son las potenciales usuarias de estos servicios. Así explica este proceso una coordinadora del SAD:

Al principio sí nos pedían españolas, pero luego ya se dieron cuenta de que... o sea, yo en mi plantilla tengo 35 personas y españolas tengo tres. Entonces, a mí me pedían una española y yo les decía: “Es que las españolas no van a trabajar, o sea, no van a solicitar este trabajo”. [...] Son sobre todo latinoamericanas, de Ecuador y Perú sobre todo. (Coordinadora de empresa prestadora del SAD, Madrid, 2012)

En este sentido, Parella (2004) señalaba que las empresas más institucionalizadas en el sector en la región metropolitana de Barcelona, entre las que se encuentran aquellas que prestan los servicios del SAD, pretendían ofrecer por encima de todo una imagen de profesionalidad y calidad. Sin embargo, los usuarios acostumbraban a solicitarles mujeres autóctonas, a pesar de que los mecanismos de asignación de los puestos de trabajo y de retribución que estas empresas intentaban mantener seguían pautas formalizadas, basándose principalmente en la cualificación profesional, y no tanto en el componente étnico como indicador indirecto de características de naturaleza personal, como la sumisión o la docilidad (Parella, 2004: 193). Como vemos, una década después de la investigación llevada a cabo por Parella y en la región metropolitana madrileña, las mujeres latinoamericanas han conseguido emprender un proceso de profesionalización, gracias en muchos casos a una cualificación informal y autodidacta, entrando desde los puestos de trabajo más duros del sector de atención doméstica —los empleos de interna— hasta llegar a ocupar mayoritariamente los puestos más estables —entendiendo este calificativo de manera relativa— del sector de los cuidados a domicilio. Desde la perspectiva de los procesos migratorios de las trabajadoras, encontramos una experiencia generacional compartida de pérdida de estatus social y de la cualificación profesional anterior a su instalación en España, para luego emprender un camino de profesionalización de la experiencia adquirida por defecto en el ámbito de los cuidados geriátricos. Los flujos migratorios de mujeres latinoamericanas hacia España han sido

tan fuertes y concentrados que podemos hablar de una experiencia migratoria generacional pues los perfiles, las trayectorias y las historias, aunque con sus particularidades, tienen muchas características en común.

En la trayectoria laboral de muchas de las trabajadoras de los cuidados, este paso del sector informal al formal supone un cambio importante hacia una profesionalización, aunque sea precaria, y una nueva etapa en la carrera migratoria (Martiniello y Rea, 2014) que se caracteriza por una mayor estabilidad administrativa. El trabajo en las residencias o en el SAD forma parte de una trayectoria laboral ascendente que comienza con la descualificación y el desclasamiento que sufrieron en el contexto de inserción laboral en España. Además, comenzar a trabajar en una empresa de ayuda a domicilio o en la plantilla de una residencia supone, para las empleadas de hogar, una mejora en sus condiciones laborales y un mayor reconocimiento, como explica esta trabajadora:

A mí me conviene, por donde se mire, trabajar en residencias. [...] Cuando estás trabajando con personas en una casa, tú no puedes salir, porque tienes que cuidar al abuelo, que es como un bebé. [...] En las casas, no hay los beneficios que puedes tener en las empresas, por ejemplo, si por hache o por be quieres parar de trabajar, puedes hacerlo, porque tienes el paro. También te pagan si has trabajado los festivos. Por el contrario, puedo decir que, con los abuelos así, en casa, yo no he recibido nunca nada. (Francisca, 50 años, Ecuador, en Madrid desde 1999; ha sido empleada de hogar “interna” y auxiliar en residencia; posee un título de formación profesional en Auxiliar de Enfermería; tiene doble nacionalidad)

La mejora en la trayectoria laboral con respecto al empleo de hogar es relativa, pues en ocasiones los salarios son más bajos, pero a cambio se alejan de situaciones de servidumbre doméstica y se accede a la economía formal.

El sector se ha caracterizado por la intensa circulación de las trabajadoras de unos empleos a otros, pues hay una gran proporción de contratos definidos y de corta duración, generalmente de menos de un año. Así, una misma persona acumula breves experiencias de trabajo en distintos centros, como residencias o centros de día, pero también a domicilio, tanto formal como informal, por tanto, manejan gran cantidad de información sobre el sector y sobre cómo moverse en él. A pesar de que no siempre dispongan de títulos oficiales, estas trabajadoras han adquirido a través de la experiencia laboral y la formación en contextos informales, y a un conocimiento y unas competencias dirigidas al cuidado específico de las personas mayores (Avril, 2006: 95).

Debido a los bajos salarios en los cuidados formales, generalmente por debajo de los 900 euros por jornada completa, se suelen combinar varios trabajos

y el empleo de hogar supone a menudo una manera de complementar el salario “haciendo unas horas”. Por tanto, no se produce una ruptura total con el sector menos formal. Además, al no existir una promoción dentro de la categoría genérica de auxiliar a domicilio o auxiliar de geriatría, la proyección hacia otros puestos de trabajo más cualificados es muy escasa. Así, el salto hacia otras categorías, como la de auxiliar de enfermería, es difícil y aun cuando se realiza la formación profesional el acceso al trabajo en hospitales u otros centros con un público más heterogéneo, resulta extremadamente difícil para quienes se han especializado en los cuidados de larga duración a personas mayores.

De manera paralela a la profesionalización de algunas empleadas de hogar, el sector del servicio doméstico ha ido absorbiendo nueva mano de obra, femenina y migrante, recién llegada a España. Por tanto, la composición étnica y nacional del sector se ha ido transformando de la mano de la imposición de visados a determinadas nacionalidades, de la estabilización y regularización de la población inmigrante asentada en España y por el establecimiento de nuevos flujos migratorios (Oso, 1998; Escrivá, 2000; Colectivo Ioé, 2001; Marcu, 2009), pero la pauta de la etnicización e irregularidad se ha mantenido (Rodríguez *et al.*, 2012: 185).

4.5. La crisis como freno a las trayectorias ascendentes

El contexto de crisis supone un nuevo punto de inflexión en la evolución de las trayectorias laborales dentro del sector de los cuidados de larga duración. Por un lado, el empleo de hogar ya no crece como lo hacía antes de la crisis, y pese a no ser uno de los más castigados por el desempleo, sí se ha reducido la circulación de ofertas de trabajo. Además, las condiciones laborales han empeorado de manera dramática y han bajado los salarios como consecuencia de un aumento de la competencia por los escasos empleos, que atraen incluso a sectores de población que antes los rechazaban sistemáticamente (hombres inmigrantes y mujeres españolas). Sin embargo, los empleos para cuidar mayores, en régimen interno, siguen demandándose, pues responden a necesidades urgentes y no a gasto suntuario. Por ello, para aumentar las posibilidades de conseguir trabajo a las candidatas, las religiosas de una conocida bolsa de empleo doméstico en Madrid han optado por poner en la ficha que la preferencia es “de interna”, aunque esta no sea la opción que las demandantes de empleo desean.

Por otro lado, en las empresas del SAD y las residencias cada vez se exige una mayor formación y experiencia a las candidatas. Si antes de la crisis no era necesario ningún título, ahora es difícil trabajar si un diploma de auxiliar de enfermería. Además, el Servicio Nacional de Dependencia ha impulsado un proceso de profesionalización en 2008, haciendo obligatoria la obtención de títulos oficiales en

2015, aunque debido a la falta de financiación, este proceso ha tenido dificultades para implementarse. Este cierre profesional coincide con un momento de contención del gasto y la inversión empresarial, que está haciendo que se reduzcan los puestos de trabajo en el sector. Por tanto, ante la escasez de empleos y la presión del aumento de la oferta de trabajo, muchas de las personas que habían emprendido una trayectoria de profesionalización vuelven a refugiarse en el empleo de hogar, en lugar de evolucionar de manera ascendente:

[...] y ya estuve en el paro, me puse al paro, que llevaba años trabajando. Me metí de interna porque mi marido se quedó sin trabajo, y la situación económica nuestra no iba bien [...] Entonces yo necesitaba cobrar el paro y trabajar en negro, porque tenía que yo llevar toda la casa, todo, las niñas y todo. (Rudy, 43 años, Ecuador; en Italia 1997-2000, en Madrid desde 2000; nacionalidad española; empleada de hogar interna y externa, auxiliar a domicilio y en residencia; posee un título de formación profesional en Auxiliar de Enfermería)

Como muestra el ejemplo anterior, a consecuencia de la falta de oportunidades de trabajo formal algunas empleadas “profesionalizadas” están volviendo a emplearse como internas (Moré, 2013). Otras, en cambio consideran su asentamiento en España como una fase transitoria su carrera migratoria hacia otros países de Europa. Así, la ciudadanía española y la profesionalización en los cuidados geriátricos son dos objetivos concretos para poder después instalarse en otro país de la Unión Europea (ibídem.).

5. Configuración del cuidado en París: un modelo social en vías de “industrialización”

5.1. Empleo de hogar subvencionado

En Francia, si bien en la actualidad el empleo de hogar de contratación directa tiene una importancia menor que en España, el servicio doméstico ha tenido un papel importante considerando una perspectiva histórica. A comienzos del siglo XX, constituía el 5 % del empleo total y era frecuente en las familias burguesas, para ir luego disminuyendo a partir de la segunda mitad del siglo, hasta que, a partir de finales de los ochenta, se vuelve a producir un aumento, principalmente a través del empleo directo de personal a domicilio (Devetter, Jany-Catrice, Ribault, 2010: 19).

El inesperado crecimiento de los empleos a domicilio, y especialmente entre particulares, es una pauta común en los dos países. Sin embargo, el papel desempeñado por las instituciones públicas en cada caso es totalmente diferente. En Francia, las políticas públicas han promovido el aumento de este sector, a través de su regulación, respondiendo a un

doble objetivo: por un lado, producir un estímulo al empleo, tanto creando nuevos puestos de trabajo, como reduciendo el empleo informal; y por otro, atajar las necesidades de cuidados surgidas de las transformaciones en las dinámicas familiares y la incorporación de las mujeres al mercado laboral.

El objetivo político de creación de empleo a través de los servicios de proximidad se orienta, en primer lugar, hacia la reducción de impuestos, lo que va a producir un crecimiento de las actividades, del empleo en los servicios familiares y del número de horas trabajadas. En este sentido, las políticas públicas permitieron una deducción fiscal anual media de cerca de 12.000 euros por hogar y la creación de unos 700.000 empleos directos en el periodo 1990-2006 (Balzani, 2010: 13).

A partir de finales de los ochenta, el Estado comienza a exonerar de las cargas sociales a los empleadores para fomentar los empleos de ayuda familiar y hacer emerger de la informalidad el empleo no declarado. Desde 1987, se exonera de las cargas patronales a los empleadores particulares discapacitados o mayores de 70 años, una medida que favorece la creación del público de las personas mayores como potenciales empleadores directos de servicios a domicilio (Dussuet, 2005: 49), algo que hasta entonces se hacía por medio de asociaciones sin ánimo de lucro. Así, a partir de 1987 las estructuras tradicionales de ayuda a domicilio se van a ver forzadas a abrir su actividad hacia los servicios llamados preceptivos, en los que si bien no son empleadoras, se ocupan de gestionar la relación salarial. A las exoneraciones fiscales se suma una serie de mecanismos que van a facilitar las gestiones para la contratación de una empleada a domicilio. Además de los ya señalados servicios preceptivos, se introduce el pago del salario a través de cheques; desde 1994, los cheques-servicio (CES); y desde 2005, los cheques-servicio universal (CESU) CESU, que son el medio utilizado por los dos tercios de los trabajadores del sector (Merckling, 2011: 99).

A pesar de estas condiciones de incentivación del empleo de hogar “directo”, el recurso a contratar a una empleada cuidadora por un número sustancial de horas sigue siendo un servicio de relativo lujo y poco frecuente (Merckling, 2011: 100). En la actualidad, el empleo directo en el hogar en Francia se asocia principalmente con la realización de tareas domésticas y de limpieza para particulares válidos, especialmente parejas de clase media, que optan por recurrir a una *femme de menage* para aliviar las tensiones conyugales respecto al trabajo doméstico (Molinier, 2009: 114).

5.2. Informalidad y cuidados en el hogar

La puesta en práctica de un sistema de ayudas públicas y deducciones fiscales destinadas a satisfacer las necesidades de cuidados ha contribuido enormemente a la disminución del empleo informal no declarado en Francia. Según Marbot (2008, cit. en

Hirata, 2011), el peso del empleo informal ha pasado de representar el 50 % al 30 % de los empleos a domicilio en el periodo 1995-2005. A pesar de ello, el empleo no declarado continúa siendo una realidad para una proporción significativa de empleadas a domicilio en Francia (Devetter, Jany-Catrice, Ribault, 2010: 50), principalmente para las de origen migrante (Hirata, 2011: 200). Si bien la formalización de la relación laboral otorga una visibilidad jurídica al empleo de hogar, la mejora de las condiciones de trabajo de las empleadas de hogar es escasa, debido a que la formalización beneficia ante todo a los empleadores, quienes pueden solicitar una subvención, y no a las trabajadoras, quienes no tienen por qué ver modificadas sus condiciones laborales ni el reconocimiento de las tareas que realizan (Devetter y Rousseau: 2011: 30).

Si bien no es una práctica mayoritaria, en esta investigación se ha identificado un sector de la alta burguesía parisina, tradicionalmente empleadores de servicio doméstico, que han ido transformando la demanda en empleos de cuidados según “las señoras” iban envejeciendo. Esta demanda específica se organiza a través redes católicas que llevan décadas orientando a las mujeres extranjeras hispanohablantes hacia empleos domésticos en los barrios acomodados de la ciudad (Oso, 2004). Al igual que encontraba Liliane Mozère en su investigación sobre las empleadas filipinas en París, a menudo las cuidadoras que se han encontrado en esta investigación se encontraban en situación irregular y sus empleadores no tenían interés en las ventajas fiscales que les podría ocasionar la formalización de la relación laboral (Mozère, 2002: 374). La vía de acceso al país que más se repetía era la entrada como turista, permaneciendo después diez años de manera irregular hasta conseguir el permiso de residencia excepcional, como es el caso de Luna, una mujer de 50 años, colombiana, que lleva en Francia desde 1994 y siempre ha trabajado como empleada de hogar cuidando mayores:

Al principio, no tenía papeles, tuve que esperar diez años. Porque por ley me pertenecían a los diez años si cumplía los requisitos: un contrato de arrendamiento, constancia de que uno ha estado yendo al médico, facturas de cosas que ha comprado, que ha pagado, muchas cosas. (Luna, 50 años, Colombia; en París desde 1994; empleada de hogar interna y externa cuidando mayores, permiso de residencia y trabajo)

Entre 1994 y 2004, vivió en París en situación de irregularidad administrativa, pero a ella nunca le faltó trabajo como empleada en casas particulares. Cuando consiguió regularizar su situación y accedió a un permiso de residencia y trabajo, continuó, sin embargo, trabajando en empleo del hogar, cuidando de personas mayores más o menos de la misma forma que lo había hecho hasta entonces. Esta inmovilidad laboral se debe tanto a una barrera formal, ya que su escasa competencia escrita del francés dificulta su acceso a los servicios de ayuda

a domicilio (donde suele hacerse un examen escrito en la entrevista laboral) y a la falta de un incentivo para dejar el empleo de hogar, ya que cuenta con un trabajo estable cuidando de una anciana, con plenos derechos a prestaciones sociales y bien remunerado.

5.3. El modelo social de ayuda a domicilio

Estos servicios de ayuda a domicilio para personas mayores o fragilizadas tienen una larga tradición histórica ligada a asociaciones sin ánimo de lucro y con fines filantrópicos o caritativos, de inspiración laica o religiosa, que se crearon como redes de solidaridad local para hacer frente a los desastres provocados por la Segunda Guerra Mundial. Los servicios de ayuda a domicilio han permanecido, hasta finales de los años noventa, fuera de la lógica mercantil, pues estaban inscritos en una lógica social, bajo una regulación tutelar del Estado y fuera de la esfera doméstica (Devetter, Jany-Catrice, Ribault, 2010: 28). En cuanto a su financiación, durante todo el siglo XX y hasta 1995⁷, la ayuda a las personas mayores dependientes a domicilio provenía de los mecanismos de ayuda vinculados a situaciones de pobreza y fragilidad social, se organizaban a escala local y reposaban en gran medida sobre el trabajo doméstico gratuito y de proximidad (Weber, 2014: 32).

Este sistema de ayuda a domicilio basado en la tradición social y sin ánimo de lucro se ha sostenido gracias a un importante sector asociativo, que sigue siendo el principal proveedor de servicios de ayuda a domicilio en Francia (Lada, 2011: 10). Los poderes públicos han considerado que este sector asociativo no sólo era una respuesta al problema del envejecimiento de la población y a la atención a la dependencia, sino que también podía ser una solución eficaz para hacer frente al desempleo estructural. Por ello, se han emprendido numerosas reformas destinadas a estimular la demanda, siguiendo la misma lógica de “libre elección” que en el empleo directo.

Lada (2011) caracteriza una primera etapa de reformas en el sector asociativo de la ayuda a domicilio —desde los años noventa hasta 2005— en la que las medidas, apoyadas por sindicatos y asociaciones, se dirigían principalmente hacia la formación y la cualificación de las trabajadoras y, por tanto, hacia la dignificación de las condiciones laborales y la calidad del servicio. En este sentido, se estableció el proceso de reconocimiento de la experiencia como parte de la formación profesional

(VAE), la creación del diploma oficial DEAVS (que sustituye al CAFAD, que sólo estaba abierto a las personas que ya estaban empleadas en el sector) y el acuerdo de sector que en 2002 ha revalorizado las remuneraciones, ofreciendo nuevas posibilidades en términos de carrera y de reconocimiento de conocimientos y competencias (Lada, 2011: 12). Por otra parte, esto supone una jerarquización de las trabajadoras a través de un cierre profesional. De esta manera, quienes no tienen el diploma oficial no pueden realizar ciertas tareas más cualificadas, como por ejemplo, duchar a la persona mayor, y ven reducidas su actividad a las tareas domésticas y las compras, algo que no sucede en Madrid, donde las trabajadoras son polivalentes.

Sin embargo, una segunda etapa de reformas comienza a partir de 2005, con la implementación del Plan de Cohesión Social, más conocido como Plan Borloo, que aplica una lógica de mercado para introducir el sector en el segmento competitivo del mercado de trabajo, lo que se ha producido sin que aumentara la demanda y, por tanto, harán más frágiles las nuevas mejoras en las condiciones laborales y de la profesionalización de las trabajadoras (Lada, 2011: 13). Esta política ha llevado a privilegiar una “convención de profesionalidad mercantil” sobre otras lógicas posibles en las que se asentaba la ayuda a domicilio (Ribault, 2008).

Así, se obliga a las asociaciones a competir entre ellas y con las empresas privadas o con los empleadores particulares, al tiempo que aquellas tienden a diversificar su actividad, perdiendo la función social por la que fueron creadas. Además, se ha producido un movimiento de concentración de asociaciones pequeñas, a través de absorciones, así como una diversificación de sus servicios para hacer frente al nuevo contexto. Todo ello tiene consecuencias sobre la organización del trabajo, sus límites, tiempos, la estandarización de tareas, la producción de normas de calidad o la creación de una nueva jerarquía técnica en las asociaciones. Estas herramientas de control y gestión de la fuerza de trabajo son importadas del sector mercantil y obedecen a una serie de normas que son elaboradas a distancia, y que no tienen en cuenta la complejidad y características particulares del sector, por lo que a menudo entran en contradicción con la lógica de la ayuda a domicilio a personas mayores (Lada, 2011: 14). En este mismo sentido, Weber (2014: 39-40) analiza el conjunto de estos cambios como el paso de un modelo social a un modelo industrial (“el sector de la ayuda a domicilio ha atravesado, desde la década de 2000, un proceso de racionalización industrial de las tareas”).

5.4. La reproducción social como yacimiento de empleo

Desde década de 2000, se ha considerado este sector como un “yacimiento de empleo”, pero para un sector de la población muy específico —mujeres

⁷ Los dos mecanismos principales eran una ayuda financiera; la ayuda compensatoria para una tercera persona (ACTP), con la que los consejos generales financiaban a las personas discapacitadas pobres independientemente de su edad; y una ayuda doméstica a las personas mayores pobres, servicio prestado por organismos como LOS centros de acción social, asociaciones locales o ayuntamientos. En 1995, se introduce por primera vez una prestación experimental de dependencia (PED); en 1997, la prestación específica de dependencia (PSD); y en 2002, la prestación de pérdida de autonomía (APA).

mayores, con escasa formación y principalmente inmigrantes o descendientes de la inmigración—, que se considera “difícilmente empleable” en el mercado laboral. Efectivamente, el sector de la ayuda a domicilio en la región metropolitana parisina está compuesto, en gran medida, por mujeres migrantes o descendientes de la inmigración (muchas de ellas, de África subsahariana y el Magreb) y originarias de los territorios franceses de ultramar, como las islas de Martinica o Guadalupe, por lo que los estereotipos y discriminaciones raciales están fuertemente presentes (Avril, 2014: 23).

Puesto que el fenómeno de la inmigración en Francia tiene una larga trayectoria⁸, mucho más antigua, diversa y compleja en que en España, la composición migratoria de una metrópolis como París presenta mucha diversidad en términos sociodemográficos (lugares de origen, época de llegada a Francia, edad actual y edad cuando migraron), de la cual el sector de la ayuda a domicilio es un fiel reflejo. En un estudio sobre las trayectorias laborales de las auxiliares a domicilio, se observaba una diferencia relevante entre aquellas migrantes “indiferenciables” y aquellas que “parecen extranjeras”, ya sea debido al nombre o al fenotipo: mientras que las primeras tienen unas experiencias parecidas a las francesas no migrantes, las segundas se encontraban en lo más bajo de las escalas de cualificación y tenían trayectorias más marcadas por la inestabilidad (Doniol-Shaw, Lada, Dussuet, 2007: 267-270).

En el contexto de la región de París, el sector de los cuidados está etnicizado, más que formado por personas inmigrantes, pues se trata de trabajadoras que encajan con unas características que hacen que se las considere extranjeras, no sólo por motivos jurídicos (nacionalidad extranjera), sino también raciales, pues como explica esta coordinadora, el hecho de no ser “cien por cien blanca” remite a un posible origen extranjero:

Tenemos una gran mayoría que son de origen extranjero, eh, incluso si han nacido en Francia..., pero no son cien por cien blancas, no. Sí, hay una gran parte (extranjera) una gran parte. (Coordinadora de asociación de ayuda a domicilio, París, 2013)

Un ejemplo de la política de orientar a las mujeres inmigrantes hacia este sector es el protocolo de acuerdo firmado en junio de 2008 entre los servicios de empleo, la Agencia Nacional de Servicios a la Persona (ANSP) y la Dirección de Acogida, de Integración y de Ciudadanía (DAIC), que depende del Ministerio de Inmigración. Este acuerdo fijaba distintos dispositivos para sensibilizar y orientar a las mujeres inmigrantes hacia “las potencialidades

de empleo ofrecidas por el sector de servicios a la persona”. Al contrario de lo que ocurría en Madrid, donde el papel del Estado en la relación inmigración y empleos de cuidados consiste fundamentalmente en mantenerse ausente, en este caso son las instituciones del Estado, a través de los servicios de empleo, quienes contribuyen a orientar la fuerza de trabajo femenina y racializada hacia la creciente demanda de trabajo de cuidados.

5.5. Una prestación universal para la pérdida de autonomía

Con la prestación experimental de dependencia (PED, 1995), la prestación específica de dependencia (PSD, 1997) y la prestación personalizada de autonomía (APA, 2002), en Francia la dependencia se separa del paradigma de la ayuda social para configurarse como una categoría universal de la acción pública, definida por la ley y que abre el derecho a prestaciones en especie (servicios a domicilio o en instituciones) financiados por el Estado y los consejos generales. Ese cambio de paradigma significa que no se trata de ayudar a las personas sin recursos cuando están en situación de dependencia o de discapacidad, sino de dotar de un derecho universal a todas las personas mayores dependientes (Weber, 2014: 13).

Con respecto a las ayudas anteriores, la APA ha disparado la prestación de servicios a domicilio —y no en instituciones—, puesto que no sólo es universal —aunque la cantidad final dependa también de los ingresos—, sino que además se diferencia de las prestaciones anteriores (PED y PSD) en que, cuando se utiliza para prestación de servicios a domicilio, no es recuperable después de la sucesión y no obliga a la manutención, como sí ocurría con la PED y la PSD. Sin embargo, los costes de alojamiento (*hébergement*) de personas mayores dependientes en una institución (*Ehpad*) siguen estando a su cargo y al de sus familiares. Esta particularidad de la APA ha supuesto un crecimiento exponencial de los servicios de ayuda a domicilio, multiplicándose por seis las cantidades de gasto de ayuda a domicilio (de 38 millones de euros a 250 millones de euros) y aumentado el número de trabajadores declarados (un 80 % más en el periodo 2003-2008) [Billaud, Trabut y Weber, 2014: 42]. Los criterios de elegibilidad de la APA son dos: el nivel de dependencia según criterios medicalizados —la escala Aggir y los grados GIR—; y el nivel de ingresos del hogar, cuando se trata de cuidados a domicilio.

Sin embargo, el modelo de cuidados centrado en la APA y la ayuda a domicilio se enfrenta a dificultades en su financiación. Por un lado, en un contexto de envejecimiento demográfico cada vez hay más demandantes de esta ayuda, puesto que se trata de un derecho universal para mayores de 65 años. Por otro, las administraciones locales (los consejos generales) que se encargan de su financiación tienen que recurrir a incrementar los impuestos locales para afrontar el aumento de estas partidas en sus

⁸ En 1893, tiene lugar la primera legislación que regula la inmigración en Francia y que traza, por primera vez, el vínculo entre la intervención del Estado sobre el mercado de trabajo y la definición de los extranjeros. Se trata de la Ley relativa a la Residencia de los Extranjeros en Francia y a la Protección del Trabajo Nacional. En cambio, en España la primera ley relativa a la inmigración data de 1986.

presupuestos. Ante esta situación, a menudo la inversión en la cualificación de las trabajadoras se perfila como variable de ajuste para reducir el coste de estas prestaciones (Lada, 2011). Una solución interesante, y que ha mantenido el vínculo con el modelo social francés de solidaridad nacional, familiar y profesional, ha sido la instauración de un día de trabajo suplementario cuyos beneficios son transferidos de las empresas a la Caja Nacional de Solidaridad por la Autonomía (CNSA) para contribuir a la financiación de la APA (Weber, 2014: 33).

5.6. La construcción de una jerarquía profesional

En cuanto a las trayectorias de las trabajadoras, existe una clara división entre las empleadas de hogar que se dedican a los cuidados y las trabajadoras del sector formal. Para estas últimas, al contrario que en Madrid, en los servicios de ayuda a domicilio en Francia existe una clasificación jerarquizada en función de sus niveles de competencia: las trabajadoras de nivel A sólo son aptas para realizar tareas de limpieza; las de nivel B pueden realizar tareas de limpieza y compras; las de nivel C pueden hacer limpieza, compras, aseos y acompañamientos. Para acceder a los niveles B y C es necesario cursar una formación específica. El nivel C corresponde a un título oficial, el diploma de Estado de Auxiliar de Vida Social (DEAVS). Evidentemente, esto supone una serie de barreras en las trayectorias de las trabajadoras, especialmente para aquellas que no manejan bien el idioma francés, pues las pruebas escritas son obligatorias. Para quienes acceden desde el nivel A, esto supone una trayectoria de cierta movilidad ascendente, pero quienes acceden directamente desde el nivel C se encuentran estancadas, sin poder promocionar a puestos de mayor responsabilidad. En todo caso, el discurso de la profesionalidad ha calado en estos servicios, algo que no sucede en Madrid.

En cuanto al trabajo en residencias, de nuevo al contrario de lo que suceden en Madrid, para acceder a un empleo de auxiliar en una residencia en París es necesario tener un título oficial, generalmente de auxiliar de enfermería, aunque también en algunos casos puede ser válido el DEAVS. Al igual que ocurre con las auxiliares a domicilio, esta categoría de profesional está muy feminizada y racializada. El sector ofrece estabilidad a las trabajadoras, pues los contratos fijos son frecuentes y, en muchos casos, se establecen desde el principio de su relación laboral. Sin embargo, hay mucha circulación en el sector pues las auxiliares de enfermería prefieren trabajar en hospitales y consideran las residencias como lugares “de paso” o “para el fin de carrera”. Muchas de las auxiliares entrevistadas mostraban su determinación de continuar estudiando para ser enfermeras, algo que pueden hacer sin tener que realizar el bachillerato o estudios superiores, debido a que existen “pasarelas” de formación para las auxiliares de enfermería. Entre las migrantes, todas querían asentarse definitivamente en Francia, al

menos hasta la edad de jubilación, algo que presenta una gran diferencia con el caso de Madrid, donde la re-migración era una posibilidad que muchas trabajadoras consideraban.

6. Conclusiones

Las intersecciones entre los regímenes de cuidados y migratorios dan lugar a marcos institucionales locales que son el contexto específico en el que se realizan los trabajos de cuidados. Los regímenes de cuidados no son, sin embargo, homogéneos y coherentes, sino que concentran una gran diversidad de tradiciones locales, actores sociales e institucionales, y de mecanismos políticos que pueden derivar de lógicas diversas en función del desarrollo histórico de cada contexto específico. En cada una de las dos ciudades estudiadas, se articulan modelos de cuidados que remiten a tres lógicas distintas: doméstica, social y profesional, lo que da lugar a configuraciones sociales del cuidado específicas, pero también dinámicas y en constante renegociación.

En Madrid, predominan los cuidados domésticos prestados por empleadas de hogar, muchas veces en régimen interno, siguiendo un modelo lo más parecido posible a los cuidados gratuitos y “por amor” prestados en las relaciones familiares. Este modelo de cuidados domésticos pero mercantilizados se caracteriza por requerir de las empleadas una enorme flexibilidad y disponibilidad, tanto en tiempos de trabajo como en implicación personal con las personas mayores. Los cuidados han salido del ámbito familiar, pero trasladando una organización doméstica hacia el mercado y exigiendo de las trabajadoras unas demandas propias del ámbito no mercantil. Esta mercantilización de la domesticidad se ha sostenido sobre la fuerza de trabajo, extremadamente precarizada, de las mujeres migrantes llegadas a España desde mediados de los años noventa. Una política migratoria que fomentaba la irregularidad administrativa ha contribuido a mantener este sistema, creando una bolsa de trabajadoras en situación irregular que estaban dispuestas a aceptar los peores empleos del mercado laboral. A su vez, estos cuidados domésticos conviven con un modelo de servicios sociales, basado en la lógica de atención social integral a las personas mayores como colectivo que requiere especial protección. En este sentido, los servicios sociales dirigidos a personas mayores en Madrid forman una red relativamente reciente y que sólo cubre las necesidades de los más desprotegidos. Este modelo, tanto a domicilio como en residencias, está siendo amenazado por los recortes presupuestarios ligados a la crisis económica.

En París, el modelo social de cuidados de larga duración ha predominado desde la segunda mitad del siglo XX, a través de una amplia red de servicios de ayuda a domicilio cuyos principales proveedores son asociaciones sin ánimo de lucro.

La lógica profesional se ha combinado con este modelo social para dar lugar a una clasificación profesional ligada a titulaciones oficiales, que han contribuido relativamente a revalorizar esos empleos y a reducir la precariedad de las trabajadoras. Además, siguiendo una lógica economicista que enfatiza la rentabilidad de estos servicios, se están incorporando elementos de gestión y de racionalización del trabajo diseñados sin considerar las personas a las que se dirigen. De manera paralela a estos procesos, ha habido una re-domesticación de los cuidados, a través de la subvención pública, vía desgravación fiscal, para quienes empleen de manera directa servicios en el hogar. El objetivo de este estímulo a la demanda ha sido incentivar el empleo de personas que tienen un acceso difícil al mercado laboral, como las mujeres de mediana edad, sin estudios, las mujeres migrantes o las descendientes de la inmigración. Los acuerdos firmados en 2008 entre la Oficina Francesa de la Inmigración y de la Integración (OFII) y la Agencia Nacional de Servicios a la Persona (ANSP) muestran cómo los poderes públicos también participan en la

etnización del sector de los cuidados, en concreto, al orientar los servicios de empleo hacia esos puestos del mercado laboral.

La comparación de estos dos casos muestra cómo el problema de la limitación de la interacción entre los regímenes de cuidados y migratorio confina a las mujeres migrantes a los empleos de cuidados, como sucede claramente en Madrid; pero también revela que no se trata sólo de un problema coyuntural al que se enfrenta una generación de migrantes, que tras un desclasamiento en la migración pueden recuperar su posición, sino que, como sucede en París, las mujeres racializadas ocupan una posición estructural en los mercados de trabajo asociada a los peores puestos, los menos valorados, que coinciden con los del sector de los cuidados. Si bien en Madrid se observa que las trayectorias ascendentes son difíciles, incluso sin salir del sector de los cuidados, en París se constata que la etnicización del sector de los cuidados va más allá de una cuestión migratoria y de ciudadanía, sino que tiene directamente implicaciones raciales.

- ARANGO, J. (2005): *La inmigración en España: impactos demográficos, económicos y sociales*, Avilés, Escuela de Verano UGT.
- AVRIL, C. (2014): *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, París, La Dispute.
- (2006): Le travail des aides à domicile pour les personnes âgées: contraintes et savoir-faire”, *Le Mouvement Social*, nº 216, págs. 87-99.
- BALZANI, B. (2010): *Les services à la personne*, París, La Documentation Française.
- BILLAUD, S.; TRABUT, L.; y WEBER, F. (2014): *L'échec du modèle industriel*, en WEBER, F.; TRABUT, L.; y BILLAUD, S. (dirs.), *Le Salaire de la confiance: l'aide à domicile aujourd'hui*, París, Éditions Rue d'Ulm, págs. 41-46.
- CACHÓN, L. (2009): *La España inmigrante: marco discriminatorio, mercado de trabajo y políticas de integración*, Barcelona, Anthropos.
- CARRASCO, C. (2013): “El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, nº 1, págs. 39-56.
- CARRASCO, C.; y MAYORDOMO, M. (1999): *Tiempos, trabajos y organización social: reflexiones en torno al mercado laboral femenino*, en CARRASCO, C. (ed.), *Mujeres y economía. Nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas*, Barcelona, Icaria, págs. 125-171.
- COLECTIVO IOÉ (2001): *Mujer, trabajo e inmigración*, Madrid, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- (1990): *El servicio doméstico en España. Entre el trabajo invisible y la economía sumergida*, Madrid, Juventud Obrera Cristiana de España.
- COLECTIVO IOÉ; y FERNÁNDEZ, M. (2010): *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: el mercado de trabajo y las redes sociales de los inmigrantes*, serie Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración, nº 24, Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- CUZZOCREA, A.; y LYON, D. (2011): “Sociological conceptualisations of ‘career’: A review and reorientation”, *Sociology Compass*, vol. 5, nº 12, págs. 1.029-1.043.
- DEVETTER, F. X.; y ROUSSEAU, S. (2011): *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, París, Raisons d'Agir.
- DEVETTER, F. X.; ANY-CATRICE, F.; y RIBAUT, T. (2010): *Les services à la personne*, París, La Découverte.
- DONIOL-SHAW, G.; LADA, E.; y DUSSUET, A. (2007): *Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion*, París, Université Paris-Est.
- DUSSUET, A. (2005): *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*, París, L'Harmattan.
- ESCRIVÁ, Á. (2000): “¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona”, *Papers*, nº 60, págs. 327-342.
- ESPAÑA (2011): “Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 277, 17-11-11, págs. 119.046-119.057 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-17975>].
- (2006): “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-06, págs. 44.142-44.156 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>].

- (1985): “Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 193, 13-8-85, págs. 25.617-25.618 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-17108>].
- EVETTS, J. (2007): “Analysing change in women’s careers: Culture, structure and action dimensions”, *Gender, Work and Organization*, vol. 7, nº 1, págs. 57-67.
- FERNÁNDEZ, C.; ARTIAGA, A.; y DÁVILA, C. (2013): “Cuidados, género y transformación de identidades”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, nº 1, págs. 57-89.
- FISCHER, B.; y TRONTO, J. (1990): *Towards A Feminist Theory of Care*, en ABEL, E. K.; y NELSON, M. K. (dirs.), *Circles of Care*, Albany, State University of New York Press.
- GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H.; y SUGITA, K. (2011): “Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão”, *Sociologia e Antropologia*, vol. 1, nº 1, págs. 151-180.
- HIRATA, H. (2011): “Questions sur la qualité des emplois du care: France, Brésil, Japon”, *Travail, Genre et Sociétés*, vol. 2, nº 26, págs. 199-203.
- KERGOAT, D. (2000): *Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe*, en HIRATA, H. et al. (coords.), *Dictionnaire critique du féminisme*, París, PUF, págs. 34-44.
- KING, R.; y ZONTINI, E. (2000): “The role of gender in the South European immigration model”, *Papers*, nº 60, págs. 35-52.
- LADA, E. (2011): “Les recompositions du travail d’aide à domicile en France”, *Formation et Emploi*, nº 115, págs. 9-22.
- LYON, D.; y GLUCKSMANN, M. (2008): “Comparative configurations of care work across Europe”, *Sociology*, vol. 42, nº 1, págs. 101-118.
- MARCU, S. (2009): “Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid”, *Estudios Geográficos*, nº 70, págs. 463-489.
- MARTÍN-PALOMO, M. T. (2008): “‘Domesticar’ el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 26, nº 2, págs. 13-44.
- MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2014): “¡El trabajo doméstico cuenta! Características y transformaciones del servicio doméstico en España”, *Migraciones*, nº 36, págs. 275-305.
- (2011): “La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, nº 1, págs. 93-123.
- MARTINIELLO, M.; y REA, A. (2014): “The concept of migratory careers: Elements for a new theoretical perspective of contemporary human mobility”, *Current Sociology*, vol. 62, nº 7, págs. 1079-1096.
- MERCKLING, O. (2011): *Femmes de l’immigration dans le travail précaire*, París, L’Harmattan.
- MOLINIER, P. (2009): “Des féministes et de leurs femmes de ménage: entre réciprocité du care et souhait de dépersonnalisation”, *Multitudes*, nº 37-38, págs. 113-121.
- (2006): *Le care à l’épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets*, en PAPERMAN, P.; y LAUGIER, S., *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, París, Editions de l’EHESS, págs. 299-316.
- MORÉ, P. (2015): “When Your CV is ‘To Be a Latina Woman’: The Rearticulation of Stereotypes Affecting the Identity of Ecuadorian Women in the Care and Domestic Sector”, en LA BARBERA M. C. (ed.) *Identity and Migration in Europe: Multidisciplinary Perspectives*, Cham, Springer, págs. 193-208.
- (2013): “La vuelta de las ‘internas’: crisis y condiciones laborales en el empleo de hogar y el trabajo de cuidados”, *Sociología del Trabajo*, nº 79, págs. 30-48.
- MOZÈRE, L. (2002): “Des domestiques philippines à París, un marché mondial de la domesticité?”, *Revue Tiers Monde*, vol. 43, nº 170, págs. 373-396.
- OSO, L. (2004): *Españolas en París. Estrategias de ahorro y consumo en las migraciones internacionales*, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- (1998): *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- PAJARES, M. (2009): *Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2009*, Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- PARELLA, S. (2004): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.
- PÉREZ-OROZCO, A. (2014): *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*, Madrid, Traficantes de Sueños.
- PLA, I. et al. (2004): *Informalidad del empleo y precariedad laboral de las empleadas de hogar*, Valencia, Instituto de la Mujer de la Generalitat Valenciana; Valencia, Universidad de Valencia.
- RIBAUT, T. (2008): “Aide à domicile: de l’idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités”, *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 2, nº 2, págs. 99-118.
- RODRÍGUEZ, V. (ed.) (2012): *Inmigración y cuidados de mayores en la Comunidad de Madrid*, Madrid, BBVA.
- SALLÉ, M. A. (1985): *Situación del servicio doméstico en España*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- SARASÚA, C. (1994): *Criados, nodrizas y amos. El servicio doméstico en la formación del mercado madrileño*, Madrid, Siglo XXI.
- SHUTES, I.; y WALSH, K. (2012): “Negotiating user preferences, discrimination, and demand for migrant labour in long-term care”, *Social Politics*, vol. 19, nº 1, págs. 78-104.
- TORNS, T. (1995): “Mercado laboral y desigualdades de género”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, nº 6, págs. 81-92.
- VIDAL-COSO, E.; y MIRET, P. (2009): “Labour trajectories of immigrant women in Spain: Towards a social upward mobility?”, *Papers de Demografia*, nº 353, págs. 1-31.
- WEBER, F. (2014): “Le maintien à domicile: à quel prix?”, en WEBER, F.; TRABUT, L.; y BILLAUD, S. (dir.), *Le Salaire de la confiance. L’aide à domicile aujourd’hui*, París, Éditions Rue d’Ulm, págs. 9-40.

La profesionalización del sector de los cuidados

Carolina Recio Cáceres*

<carolina.recio@uab.cat>

Sara Moreno-Colom*

Vicent Borràs Català*

Teresa Torns Martín*

* Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball, Institut d'Estudis del Treball, Universitat Autònoma de Barcelona

Mendebaldeko gizartearen erronka nagusienetakoa da biztanleriaren zahartzea, eta horren ondorioz moldatu egin behar da zainketa sozialen antolatzeko modua. Zein gizarte-babes, nork edo nola bete behar dira zainketa-jarduerak horiek? Galdera horien erantzun politikoa zehazten da zainketa izaera profesionala lortzeko modu bateko edo besteko sistema bat bideratzean. Artikulu honen xedea da Norberaren Autonomia Sustatzeko eta Mendetasunaren Arretarako Legea aintzat hartuz, epe luzeko zainketak profesional bilatzeko prozesu horien mugak aztertzea. Oinarritzko hipotesiaren arabera, izaera sozial eta egiturazko faktore batzuek mugarri gertatzen dira kualifikatua eta laneko baldintza egokiak dituen enplegua sortzeko. Izaera kualitatiboa duen estrategia bat proposatzen da, eta oinarri hartzen da zaintzaileen profil desberdinak kontuan hartzen dituzten diskurtso eta imaginarioen azterketa burutzea. Bertan lortutako emaitzen arabera, zailtasunak nabarmentzen dira, eta jatorri izaten dituzte, batetik, gaur egungo profesionalen logika, eta, bestetik, Espainiako gizartearen nagusi diren balio, ildo eta familia- eta kultura-tradizioak babesten dituzten imaginario kolektiboak.

GAKO-HITZAK:

Zahartzea, epe luzeko zainketak, imaginarioa, merkatu profesionalak, kualifikazioa.

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos de las sociedades occidentales, que obliga a pensar cómo organizar socialmente los cuidados: ¿qué tipo de protección social, quién debe prestar los cuidados o cómo deben prestarse? La respuesta política a estas preguntas se traduce en un sistema u otro de profesionalizar el trabajo de cuidados. El objetivo de este artículo es analizar los límites del proceso de profesionalización de las ocupaciones vinculadas a los trabajos de cuidado de larga duración a partir de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. La hipótesis principal apunta hacia la existencia de factores socioestructurales que limitarían las posibilidades de construcción de un empleo reconocido, cualificado y, por tanto, con buenas condiciones laborales. Se propone una estrategia metodológica cualitativa, basada en el análisis de los discursos y los imaginarios de distintos perfiles de personas cuidadoras. Los resultados obtenidos permiten constatar la existencia de dificultades que provienen de la lógica de las profesiones existentes y de los imaginarios colectivos que amparan los valores, pautas y tradiciones familiares y culturales hegemónicas en la sociedad española.

PALABRAS CLAVE:

Envejecimiento, cuidados de larga duración, imaginarios, mercados profesionales, cualificación.

1. Introducción

Los cuidados de larga duración conforman el núcleo duro de las necesidades sociales surgidas con los cambios demográficos habidos en las sociedades del bienestar contemporáneas durante las tres últimas décadas. La razón primordial reside en el envejecimiento de la población que se encuentra limitada para desarrollar, de manera autónoma, las actividades cotidianas (Bettio *et al.*, 2012). Una situación que parece haberse consensuado en torno al término dependencia. Tales factores generan un agujero demográfico, dada la paulatina desaparición de las mujeres de la “generación sándwich” (Miller, 1981; Williams, 2004¹). Pickard (2012) reconoce la existencia de este agujero demográfico en el conjunto de países europeos, bajo la idea de *care gap*. La literatura científica destaca cómo las mujeres de las familias han sido, y son hasta la fecha, las principales encargadas de gestionar, planificar y ejecutar las tareas de cuidados y atención a las personas dependientes de la familia. Este protagonismo femenino también puede observarse si se atiende a los datos de empleo en el subsector de servicios de cuidados, tanto en el ámbito público como en el privado (Torns *et al.*, 2014).

El reto que supone el denominado *care gap* en las sociedades occidentales obliga a revisar la organización social de los cuidados. En este sentido, se plantean cuestiones sobre el tipo de protección social que deben ofrecer los Estados, sobre quién debe prestar los cuidados o sobre cómo deben prestarse. Las respuestas políticas a estas preguntas se traducen en distintos sistemas de profesionalización del trabajo de cuidados, básicamente porque, como argumentan distintas voces, el Estado y sus políticas sociales son elementos clave para entender los procesos a partir de los cuales los cuidados se profesionalizan (Henriksson, *et al.*, 2006; Kuhlmann y Lynn, 2008). Desde esta perspectiva teórica, se plantea el análisis de los procesos de profesionalización de los cuidados de larga duración en España, atendiendo a sus características como Estado del bienestar y a las políticas impulsadas en el ámbito de los cuidados.

Con relación al modelo de Estado, tradicionalmente el régimen de cuidados español se ha considerado un ejemplo de familismo implícito, cuya cultura de los cuidados se centra en la familia y posee una protección social débil (Leitner, 2003; Saraceno, 2010). El peso familiar se complementa con una escasa asunción de responsabilidades domésticas por parte de los hombres y una presencia notoria de mujeres inmigradas como servicio doméstico que cubren, desde la informalidad, los huecos que dejan las mujeres de la familia (Parella, 2003; Martínez Buján 2011; Krüger y Jiménez 2013). Además, como

recuerda Saraceno (1995), a la informalidad familiar se le añade una visión asistencialista de los servicios públicos que se perciben como sustitutos de la familia y no como un derecho individual y universal.

Con relación a las políticas, a principios de la década de 2000, en España surgen los primeros documentos y señales de alarma sobre el envejecimiento de la población. Prueba de ello es la publicación, en 2005, del *Libro blanco de la dependencia*. Se trata de un documento que, más allá de diagnosticar la situación, señalaba el incremento de un sector de población con necesidades de cuidado que no iban a ser resueltas a través del cuidado informal, el que habitualmente habían realizado las mujeres adultas de las familias. La población dependiente iba a necesitar unos cuidados sociosanitarios, en otras palabras, cuidados muy específicos debidos a su maltrecho estado de salud. Unos cuidados que, además, y en vistas del incremento de la esperanza de vida, podían prolongarse durante bastante tiempo. Los cuidados a las personas dependientes iban a requerir una expansión de los dispositivos públicos —o público-privados— y la creación de cuerpos de profesionales específicos, capacitados para dar una respuesta profesionalizada a las necesidades sociosanitarias que plantearían el aumento de usuarios dependientes.

A finales de 2006, se aprobó definitivamente la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD). Este nuevo marco regulador se aprobó con el fin de consolidar un sistema estatal de servicios y prestaciones. Los cambios sociales y legislativos hacían prever un proceso de transición hacia un nuevo planteamiento de los servicios sociales y, en concreto, de los servicios orientados a la atención de las personas en situación de dependencia. Tal transición parecía estar destinada a la construcción de un sistema público universal y basado en cuidados profesionales. Sin embargo, las referencias de la LAPAD a la profesionalización eran bastante vagas y se limitaban a definir los cuidados profesionales como aquellos que no prestan miembros de la familia (artículo 2). Asimismo, en el apartado destinado a definir la calidad del servicio, se defendía la necesidad de avanzar en materia de calidad de empleo y en la definición de los requerimientos formativos (título II, artículos 35 y 36):

Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro. [Artículo 2. Definiciones]

Tomando como punto de partida la declaración de intenciones que incluye la LAPAD, el presente artículo analiza las dificultades y límites para profesionalizar las ocupaciones vinculadas a los cuidados de larga duración en España, ejemplo de régimen de

¹ Williams se refiere con esta expresión a las mujeres de la generación contigua, es decir, mujeres de 45 a 65 años que están cuidando simultáneamente de sus hijos/as y sus padres/madres.

cuidados familista². Concretamente, se entiende que la profesionalización supone el reconocimiento y el prestigio de los saberes vinculados al cuidado y, por tanto, la necesidad de contar con personal adecuado y formado para satisfacer las necesidades de cuidados sociosanitarios. La hipótesis principal apunta la existencia de factores socioestructurales que limitarían las posibilidades de construcción de un empleo reconocido, cualificado y, por tanto, con buenas condiciones de empleo. Con el fin de analizar hasta qué punto dichos factores representan una dificultad para la profesionalización de los cuidados, se desarrolla una estrategia metodológica cualitativa, basada en el análisis de los discursos y los imaginarios de distintos perfiles de personas cuidadoras y personas expertas en el sector.

El artículo contiene tres apartados: el marco teórico, la descripción de la estrategia metodológica y la presentación de los resultados. Tras esbozar el estado de la cuestión sobre la discusión teórica que relaciona los conceptos profesión, cuidados y género, se presenta brevemente la investigación que sirve de base empírica para el artículo. El apartado de resultados señala las principales claves interpretativas del caso español, que se sintetizan en las conclusiones finales, recuperando la discusión teórica. En este sentido, se plantea la existencia de dificultades para profesionalizar los cuidados, dificultades debidas a la lógica de las profesiones existentes, así como de los imaginarios colectivos que amparan los valores, pautas y tradiciones familiares y culturales hegemónicas en la sociedad española.

2. La profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración

2.1. El desarrollo tardío de los sistemas de organización social del cuidado en Europa

Kuhlmann y Lynn (2008) explican que la emergencia de proyectos profesionales está muy ligada al desarrollo de las sociedades modernas y los Estados del bienestar nacionales a finales del siglo XIX y principios del XX. Asimismo, defienden, junto con otras autoras, que la idea de las profesiones responde a proyectos de hombres blancos de clase media-alta con pretensiones de movilidad social ascendente (Davies, 1996). En esta misma línea, Henriksson (2006) recuerda como la noción de profesión es una construcción masculina que da forma a los proyectos profesionales. Asimismo, la investigación feminista subraya que el desarrollo del Estado del bienestar devalúa el trabajo de cuidados, dándole un espacio limitado en las políticas sociales (Julkunen, 1986; Rantalaiho, 1986, cit. en Henriksson, 2006).

Efectivamente, el modelo de bienestar, creado en Europa tras la Segunda Guerra Mundial, si bien produjo un gran volumen de empleo femenino, no siempre tuvo en cuenta todas las necesidades sociales que cubrir, ni se preocupó por la calidad de los empleos creados. En principio, las primeras políticas de bienestar, se enmarcaron en el ámbito de los servicios que pudieran dar cobertura a las necesidades de protección social de la población activa en el mercado laboral. Ello explicaría el desarrollo de las tres grandes áreas con servicios que, en la actualidad, dan cobertura universal en aquellos países donde el Estado del bienestar existe: pensiones, educación y sanidad. Tal cobertura, sin embargo, no tuvo en cuenta la variabilidad de las necesidades de cuidados y de bienestar de las personas en su vida cotidiana, a lo largo del ciclo de vida. Y si bien se aceptó que las necesidades cotidianas de cuidados eran perentorias al comienzo de la vida, no se previó que el alargamiento de ese ciclo de vida iba a cuestionar la bondad del modelo social europeo. Un modelo, hoy en crisis, que siempre tuvo como eje prioritario asegurar la producción de bienes y servicios, dando por supuesto que cualquier persona adulta podía afrontar el bienestar cotidiano por sí misma. Esta suposición enmascaró el hecho de que la gran mayoría de la población obtuviese y procurara ese bienestar cotidiano a través de intercambios más o menos equitativos de trabajo de cuidados, dinero, tiempo, amor o bienes en especie.

Así, no parece aventurado afirmar que este modelo social europeo siempre ha dado por supuesto que los cuidados y el bienestar cotidiano existen, pero no tienen por qué ser valorados o reconocidos. Una realidad a la que Carol Pateman (1995) se refiere como el contrato sexual sobre el cual, sin jamás citarlo o tenerlo en cuenta, se construyó el pacto social entre capital y trabajo. Como consecuencia, las mujeres son, de manera mayoritaria, quienes llevan a cabo el trabajo de cuidados, tanto en forma de servicios pagados como en su versión de trabajo familiar no pagado. Ello las convierte en las principales procuradoras del bienestar cotidiano. Borderías, Carrasco y Torns argumentan que esta situación “entre otras cosas deriva de una naturalización de los trabajos de cuidado, capaz de enmascarar la capacitación técnica que requieren las personas que trabajan en este tipo de servicios [...], que quedan así encerrados en un círculo vicioso que gira en torno al amor como única fuente de emoción, lo femenino, la falta de prestigio, la descualificación y, en consecuencia, los bajos salarios” (2011: 47). Las mismas autoras recuerdan que, con este modelo, la sociedad del bienestar refuerza las desigualdades de género, clase y etnia.

En este contexto, uno de los problemas para la organización social de los cuidados de larga duración reside en las dificultades para construir sistemas de atención sociosanitaria con una estructura profesional nítida. A partir de la literatura especializada, se identifican dos obstáculos para

² Se trata de un trabajo surgido en el marco de una investigación más amplia dirigida por la Dra. Teresa Torns Martín y financiada por el Instituto de la Mujer (PROFESOC, ref. 2011-0004-INV-00120).

la profesionalización de los cuidados. En primer lugar, la dificultad de delimitar qué actividades se inscriben bajo el apéndice de empleo de cuidados (Christopherson, 1997; Cameron y Moss, 2007; Anxo y Fagan, 2005). Esta complejidad, vigente en buena parte de los países europeos, se traduce en una estructura profesional difusa. Los análisis realizados señalan la inexistencia de una profesión específica en el área de los cuidados de las personas consideradas como dependientes, a diferencia de lo que sucede en sectores como la salud y la educación, donde, ayudados por una mayor tradición histórica, sí es posible reconocer profesiones y categorías bien delimitadas. Por el contrario, y en segundo lugar, en el campo de la atención a las personas consideradas como dependientes existe sólo un conjunto difuso de profesiones o categorías profesionales caracterizadas por: falta de requerimientos formativos, baja cualificación, bajos salarios, escaso reconocimiento profesional y pocas posibilidades de desarrollar una trayectoria profesional ascendente (Johansson y Moss, 2004; Anxo y Fagan, 2005). Así pues, se trata de empleos precarios, de bajísima calidad y tan próximos al asistencialismo como alejados de unos servicios públicos profesionalizados y prestigiados³. Para entender este carácter desigual del trabajo de cuidados, es preciso considerar su vinculación con los saberes femeninos (Torns *et al.*, 2014).

2.2. Aproximaciones teóricas a la profesionalización de los cuidados

Con el fin de analizar los límites existentes en la construcción de profesiones en torno a los cuidados, se propone una aproximación teórica compleja que incorpore como factores explicativos elementos materiales, simbólicos y culturales. La perspectiva tradicional de la sociología ha centrado sus análisis en la funcionalidad de las profesiones, sin problematizar ni su proceso de construcción social, ni las relaciones de poder que esconden en términos de jerarquías laborales y prestigio social (Henriksson, 2006). Desde esta aproximación, la subordinación de las ocupaciones de las mujeres en el sector de los cuidados se ha tratado como una consecuencia natural de la división del trabajo en el ámbito de la salud. Pero a partir de los años setenta, surgen propuestas críticas que subrayan desde el carácter histórico de las profesiones hasta las relaciones de dominación y monopolio que existen dentro de los grupos profesionales. Distintos análisis sobre los procesos de construcción de las profesiones señalan la importancia de los Estados y sus políticas, así como el peso que juega la clase social, el género y la etnia. Más concretamente, la investigación feminista evidencia cómo los privilegios profesionales de los grupos masculinos se institucionalizan a través

del Estado, en un proceso donde se marginaliza el trabajo de las mujeres. Además, los estudios comparativos ponen de manifiesto cómo las variaciones nacionales en los grupos profesionales y las relaciones de género dan lugar a distintos patrones de segregación ocupacional (Crompton y Le Feuvre, 2003). Estos estudios sugieren realizar análisis multinivel de los procesos de género que se dan en las instituciones sociales que representan las profesiones (Henriksson, 2006).

Tomando como punto de partida estas reflexiones, desde la sociología del trabajo y de las profesiones con perspectiva de género se plantean algunas cuestiones sobre las dificultades que limitan el avance hacia sistemas de cuidados profesionalizados. A continuación, se detallan tres aproximaciones consideradas por su potencial explicativo, centrado en los mercados profesionales, la construcción social de las cualificaciones y las relaciones de poder, respectivamente.

2.2.1. Cuidados y construcción de mercados profesionales

Friedson construyó el concepto de profesión interrelacionando tres dimensiones: la visión durkheimiana de moralidad y desempeño de una profesión; la visión de Talcott Parsons sobre el conocimiento experto; la visión de Abbot sobre la jurisprudencia que diferencia una profesión de otra. En este sentido, defendía que el paso de una actividad laboral a una profesión reconocida depende del rol/estatus de los sistemas de formación histórica y territorialmente contextualizados, de la acción de las asociaciones profesionales y de las posibilidades para generar un segmento del mercado relativamente protegido, mediante el requerimiento de certificados o licencias (Friedson, cit. en Gadrey, 1994). Esta definición es válida para profesiones consolidadas y bien valoradas, como por ejemplo, la profesión médica o la abogacía. Ello implica contar con una acción firme de grupos profesionales y trabajadores que defiendan y definan la profesión. Aquellos empleos considerados altamente cualificados tienen mayores probabilidades de estar en los segmentos laborales de mayor prestigio social, mejores condiciones salariales y convertirse en mercados profesionales (Recio, 1997).

En la medida que las actividades de cuidados no se encuentra entre estos segmentos cualificados, se articulan otras propuestas teóricas capaces de combinar el conocimiento experto sobre el cuidado con una atención personalizada de las personas usuarias. La profesión de cuidar implica generar y consolidar sistemas de cualificaciones, credenciales profesionales, códigos éticos y normativas específicas, y al mismo tiempo, no se puede perder de vista que las personas usuarias deben tener reconocido el derecho a decidir cómo quieren ser cuidados. Como crítica a Friedson, Knijn y Verhagen (2007) conciben la profesionalidad en el área de los

³ En el caso español, la complicidad de la Administración en el desprestigio de estos empleos se evidencia en el Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar, una norma laboral que durante muchos años, hasta la aprobación de la LAPAD y el posterior Decreto 1620/2011, permitió prácticas abusivas y discriminatorias.

cuidados como un escenario nuevo y distinto, sujeto a tres lógicas para organizar y pensar el empleo. En primer lugar, *la lógica del Estado*, que parte de la idea de igualdad para definir las obligaciones y los derechos de ciudadanía sobre el cuidado y diseñar una red de servicios y prestaciones. En segundo lugar, *la lógica del mercado*, que no parte de una idea de igualdad, sino que se basa en la elección privada de los servicios de cuidado, que se convierten en productos intercambiables bajo el criterio del máximo beneficio. Y en tercer lugar, *la lógica de la familia*, que se asienta sobre un concepto de privacidad sensiblemente distinta del carácter privado de la lógica de mercado, erigiéndose sobre conceptos como emotividad, intimidad, solidaridad, empatía, reciprocidad. Las autoras citadas defienden que la profesionalización de los cuidados se debe construir sobre la base del conocimiento experto, y no sobre la vinculación del empleo con las tareas del hogar realizadas por mujeres (Duyvendak *et al.*, 2005; Knijn y Verhagen, 2007).

2.2.2. Cuidados, segmentación del mercado de trabajo y construcción social de la cualificación

Partiendo de los planteamientos sobre la segmentación del mercado de trabajo, otros estudios en relación con los empleos en el sector de los cuidados plantean una crítica a la construcción supuestamente neutra de las cualificaciones. En gran parte, estos trabajos provienen de la tradición francesa de los estudios de la cualificación, incorporado consideraciones al análisis específico de los empleos del cuidado (Ribault, 2008 y 2009; Jany Catrice *et al.*, 2009; Devetter *et al.*, 2008). Estos autores cuestionan la idea de profesión, al tratarse de un concepto que justifica una posición jerárquica de una actividad sobre otra. La profesionalización sería una construcción ideológica basada en la limitación de las puertas de entrada y en la adquisición de una posición de poder respecto a otro grupo profesional, promoviendo la individualización de las relaciones laborales.

En general, estos autores centran sus críticas sobre los procesos habituales de construcción de una profesión de prestigio, porque difícilmente se adecuan a los empleos de cuidado. Los parámetros habituales para medir las profesiones no consideran los aspectos específicos de estos empleos que escapan a ciertas formas de medición de la cualificación profesional. Esto implica la justificación que aquellos trabajos sin valor social tengan pésimas condiciones de empleo y se sitúen en los últimos puestos de la cadena clasificatoria de los empleos (Jany-Catrice *et al.*, 2009). En este sentido, recuerdan que los empleos del cuidado se entienden como la externalización del trabajo doméstico y familiar, un campo sin valor social y con muchas barreras para construirse como profesión. Estas posiciones recuerdan que la profesionalización requiere un proceso de racionalización y estandarización de las tareas, pero advierten que este circuito profesional,

válido para un empleo industrial, no se adecua a las economías donde predominan las actividades del sector terciario (Devetter y Rosseau, 2007; Dussuet, 2002 y 2005; Ribault, 2008 y 2009). En esta línea argumental, se defiende que el proceso de mejora del empleo, y si se quiere, de profesionalización, no se nutre sólo de las acciones realizadas en el mercado de trabajo. Se trata de empleos demasiado vinculados a los imaginarios del trabajo doméstico y familiar. Una mejora de los empleos debe ir ligada a un cambio de los imaginarios y las prácticas sociales sobre el trabajo doméstico y familiar. Una tarea difícil, porque como Fraisse (2000) advertía, resulta muy difícil dotar de valor una actividad que socialmente se asocia a la privacidad, a la domesticidad y a la servidumbre.

2.2.3. Cuidados, profesionalización y relaciones de poder

Más allá de la construcción de los mercados profesionales y las cualificaciones, otro conjunto de análisis tratan de explicar por qué hay ocupaciones, dentro del área del cuidado, que han conseguido cristalizarse como profesiones y otras que no. Se trata de una visión distinta sobre la construcción de profesiones, interesada en explicar cómo las relaciones de poder condicionan el significado del cuidado que se asocia a ciertas tareas y, en función de él, se reconoce o no como un conocimiento profesional (Hugman, 1991). El poder de los grupos sociales para intervenir en la determinación de los tipos de profesionales es un elemento central en la institucionalización de una profesión (Evertsson, 2000; Hugman, 1991). La capacidad para consolidar una profesión cualificada y reconocida socialmente también depende de la capacidad de presión de los actores sociales en las instancias políticas y económicas, sobre todo teniendo en cuenta el papel del Estado en el control y definición de las profesiones (Hugman, 1991). En este sentido, Abbot (1988) defiende que la consolidación e institucionalización de las profesiones en el área del cuidado se determina de dos formas: por un lado, el tipo de relación entre el empleo y el trabajo doméstico y familiar; por el otro lado, el contexto político y económico, que influye en el peso de los actores sociales para negociar y delimitar el estatus de estas profesiones. La historia de profesiones similares, siendo la enfermería el ejemplo paradigmático, pone de relieve una estrategia de acciones de poder por parte de grupos de presión, que consiguen así establecer mecanismos para limitar la entrada de personal y la adquisición de privilegios profesionales (salarios, reconocimiento). En este sentido, estudios recientes, como el de Hebson *et al.* (2015), apuntan la relación entre género y clase social para explicar el empleo de las trabajadoras de la atención domiciliaria en el Reino Unido. A través del concepto de *habitus* de Bourdieu, explican que no sólo el género explica la poca calidad de dichos empleos, también el origen de clase y la cultura de clase permiten entender que determinados

colectivos de mujeres acepten y vivan como satisfactorios empleos de muy baja calidad. En el caso de la atención domiciliaria, las difusas fronteras entre el empleo remunerado y el no remunerado se suman a las dificultades para realizar un trabajo muy adscrito socialmente al espacio privado. Todo ello condiciona las relaciones interpersonales y contribuye a la invisibilización de los cuidados como un trabajo de las mujeres.

3. Metodología⁴

El principal objetivo de la estrategia metodológica ha sido desbrozar y hacer emerger las dificultades materiales, simbólicas y culturales que permanecen en el imaginario de la sociedad española a la hora de vehicular unos servicios de cuidados de calidad, profesionalizados y dotados de reconocimiento social y económico. Para ello, se ha optado por una estrategia cualitativa con el fin de captar y analizar las expectativas, las representaciones, las preferencias, las exigencias y los discursos que las personas con responsabilidades formales o informales de cuidados tienen en relación con el trabajo que desempeñan como cuidadoras. Los discursos de las personas trabajadoras y de las mujeres cuidadoras en la familia permiten visibilizar las limitaciones de profesionalización de estos cuidados. Esos discursos muestran los imaginarios sobre el concepto de cuidar y cómo lo perciben los distintos actores implicados en el ámbito del cuidado.

En concreto, el trabajo de campo ha contemplado tres subfases, en función de la composición del universo de informantes analizado y el objetivo perseguido. En las dos primeras, se han realizado entrevistas en profundidad y grupos de discusión a distintos colectivos implicados en el cuidado de larga duración y en su organización social. En todos los casos, se ha limitado el universo de análisis a las mujeres, dado el carácter femenino de las cuidadoras tanto formales como informales. Para la selección de las personas, se ha utilizado la estrategia de bola de nieve, junto con la captación profesional. Todas las entrevistas y grupos de discusión se han transcrito literalmente para realizar el análisis de contenido con el soporte del software Atlas.ti.

Concretamente, durante la primera fase se han realizado 25 entrevistas en profundidad a empleadas en el sector de atención a las personas, en función del espacio donde prestaban el cuidado (hogar o institución), la relación contractual (formal o informal) y el lugar dentro de la estructura ocupacional del sector (prestadoras de atención directa o gestoras del

cuidado). El objetivo de la entrevista ha sido captar los imaginarios a partir de la trayectoria laboral de las empleadas. Durante la segunda fase, se han realizado 8 grupos de discusión con cuidadoras familiares. El perfil de los grupos de discusión era el de mujeres mayores de 45 años que ejercían el rol de principal cuidadora en la familia. Se ha definido una tipología considerando el origen socioeconómico, el tipo de cargas de cuidado y la variable generación-ciclo de vida del universo de análisis. En concreto, se consideró necesario diferenciar las mujeres cuidadoras de la familia según sus condiciones materiales (situación laboral y nivel de estudios) y la etapa donde se encuentran desde la perspectiva del ciclo vital (generación sándwich 45-65 años y más de 65 años). El objetivo del grupo de discusión ha sido la captación de los imaginarios colectivos hegemónicos, confrontados con una misma situación vital. Finalmente, en la tercera fase se han realizado entrevistas semiestructuradas a profesionales, con el fin de discutir los resultados del trabajo de campo previo y avanzar en la construcción de propuestas para la profesionalización del trabajo de cuidados⁵.

4. Resultados

A partir de los planteamientos teóricos expuestos, se presentan los resultados identificando dos bloques importantes de dificultades para la profesionalización de los cuidados. El primero se refiere al contenido y los significados atribuidos a los cuidados. Se trata de dificultades que están en sintonía con las aproximaciones que, desde la sociología del trabajo, han señalado la importancia de los imaginarios sociales sobre el cuidado, situándolo más cerca de las relaciones serviles que del desempeño profesional. El segundo bloque tiene que ver con las limitaciones propias de la construcción de una estructura profesional específica. En este caso, son limitaciones relacionadas con el proceso de construcción de los empleos, donde es fundamental analizar cómo se prestigian los saberes que pueden generar la consolidación de un segmento profesional.

4.1. Los cuidados: contenido, valor e imaginarios

Uno de los principales límites para la profesionalización debe buscarse en la propia indefinición de lo que implica cuidar y del significado que las distintas personas entrevistadas dan al trabajo de cuidados. Esta dificultad viene dada por la existencia de una multiplicidad de maneras, espacios y condiciones de trabajo según los condicionantes específicos que los cuidados requieren. El consenso sobre los aspectos básicos que implican los cuidados, o dicho de otro modo, los indicadores

⁴ La base empírica del presente artículo presenta una parte de los resultados obtenidos en el trabajo de campo del proyecto PROFESOC (ref. 2011-0004-INV-00120). El objetivo general de esta investigación ha sido analizar las posibilidades de profesionalizar los trabajos vinculados a la atención y los cuidados de larga duración; y entre los objetivos específicos, han estado el análisis de las dificultades y limitaciones de la profesionalización.

⁵ La primera fase del trabajo de campo se realizó durante entre enero y abril de 2012, la segunda fase se desarrolló entre abril y julio de 2012, y la tercera fase se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2012.

principales sobre los cuales se basan las exigencias de familiares y de los propios trabajadores son tres: la higiene personal y del espacio; la alimentación; y los aspectos relacionados con la medicalización (administración de medicamentos, curas de heridas o llagas, entre otros). Si bien es cierto que son exigencias muy básicas, apuntan claramente cuáles son los estándares sobre los que se configura la exigencia social sobre un sistema de cuidados. No obstante, pueden variar en función de factores como la clase social de los dependientes, la tradición y experiencia de las instituciones que ofrecen los servicios de cuidado, los espacios donde se proporciona los cuidados, y los perfiles y condiciones laborales de las trabajadoras:

El tema de la higiene. Yo creo que todo, porque hay gente que se queja por la higiene, el orden, la alimentación. (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

Aquí estás cuidando a una persona, le estás dando de comer, lo estás duchando, lo estás trayendo al lavabo y limpiando, le estás cambiando los pañales. (Trabajadora Centro de Día, gestora)

Estar pendiente de la persona que está enferma: que esté bien aseado, curado, con sus pastillas y medicinas. que [las] hayan tomado puntualmente, como debe ser. (Empleada en el hogar)

Más allá de este consenso sobre los aspectos básicos que implican los cuidados, es interesante subrayar que el discurso de las empleadas del hogar incluye referencias al trabajo doméstico, una realidad ausente e invisible en el discurso de las trabajadoras en los centros. En este sentido, se observa cómo el espacio donde se realizan los cuidados puede condicionar tanto las tareas que se han de realizar como la consideración de éstas, siendo la dicotomía público/privado una dimensión clave para entender si la responsabilidad de los cuidados también lleva aparejada el trabajo doméstico.

4.2. Un trabajo sin valor social y sobrevenido

Las características propias de los cuidados, más allá de las condiciones laborales en las que se realizan, hacen que prácticamente todas las trabajadoras consideren que es un trabajo muy duro. Esta consideración se da, sobre todo, las que dedican muchas horas a esa actividad, fundamentalmente las que trabajan en centros residenciales o las que trabajan en los domicilios particulares, donde se da una sobrecarga continua de trabajo, en muchos casos sin apenas descansos. Esta situación contrasta con la de las trabajadoras de los servicios de atención domiciliaria (SAD), donde el hecho de realizar servicios a domicilio, con usuarios diferentes y cambios cada hora, les descarga de la presión que supone el cuidado ininterrumpido. Con todo, las trabajadoras coinciden en que la situación de

deterioro físico y mental de los dependientes es lo que confiere más dureza y capacidad de desgaste al trabajo que realizan. Todas son conscientes de que necesitarían formación, recursos y, sobre todo, algún tipo de soporte para poder sobrellevar emocionalmente lo que representa su cotidianidad como cuidadoras. Significativamente, su discurso hace más hincapié en la necesidad de tener acceso a “vías de escape” de la carga que les supone el trabajo que en la importancia de la formación reglada para la consolidación de la profesión:

Yo creo que necesitan una preparación, no sé unas charlas o unas clases de pilates, o de yoga (ríe), algo durante la vida laboral, porque no se puede vivir así. Yo les veo las caras a algunas y no se puede vivir así toda la vida, es dañino para uno mismo o los demás. Es lo que yo haría para el trabajo, porque si tú estás bien, está bien todo lo otro. (Trabajadora Centro Residencial, gestora).

Otro de los consensos que verbalizan aquellas trabajadoras que más horas dedican, y cuyas condiciones laborales son más precarias y de mayor sumisión, es la consciencia de que la labor que realizan es muy importante, pero que nadie la valora:

Yo encuentro que esto no está pagado ni con todo el oro del mundo, a veces haces cosas, que digo: “¡Dios mío, quién te valora esto! Eres tú y lo que haces, sin esperar nada a cambio. Una nómina no es lo bastante, no es lo que cobras.

A veces me dicen “yo te pago, tienes que hacerme lo que quiera yo”. Es una misma [la] que tiene que decir y valorarse que lo que hace está bien, porque si tienes que esperar que alguno te lo diga... No lo sé, yo no sé si los familiares son conscientes de las cosas que una llega a hacer por sus familiares que están allí. (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

El trabajo de cuidados no está valorado ni por las familias que lo necesitan, ni por los propios usuarios que lo reciben, lo que dificulta sobremanera que sea reconocido socialmente como un derecho de ciudadanía. Incluso para las mismas instituciones que ofrecen el servicio, el discurso siempre se vincula a la familia como principal responsable del cuidado, y por tanto, quien debe realizar la principal aportación:

Mi trabajo está muy poco valorado, muy poco. Poquísimo, nada. De hecho, la gente se piensa que esto es gratis, ¿vale? Que por el hecho de que sea una persona mayor, ya no tienen que pagar nada. Perdona, aquí estamos muchas horas, son 11 horas diarias. Profesionales. Gente que está trabajando para que tu padre o tu madre estén bien. Que es muy difícil llevar un grupo de gente que... Pero no lo valoran, no lo valoran. ¡Ah! Se piensan que ¡hala!, ¡que están allí asentados y ya está! ¿Sabes? Y no. ¡Hay todo un seguimiento de trabajo importante! (Trabajadora Centro de Día, gestora)

Esta ausencia o baja valoración del trabajo de cuidados obedece, en cierta medida, a un discurso social que se ampara en la percepción sobre el carácter sobrevenido e individual de este tipo de cuidado. A diferencia de lo que sucede con los hijos, los cuidados de los mayores no se planifican, aparecen sin estar preparado para ello y se perciben como un problema individual que depende de cada familia. La lógica general argumenta bajo un solo supuesto: “me ha tocado y lo debo solucionar como pueda”. En este sentido, los cuidados aparecen como un objetivo en sí mismo, que condiciona la vida de los cuidadores, lejos de pensarse como una necesidad social que, en mayor o menor medida, afecta a todos y, por lo tanto, que demanda respuestas políticas en términos de voluntades y recursos.

4.3. Hogar e individualización

El análisis de las entrevistas y los grupos de discusión también pone de manifiesto las preferencias de las personas por el hogar familiar como el espacio del cuidado, dejando la institución como una opción residual y tan sólo válida para situaciones de gran dependencia. El hogar de la persona usuaria emerge como el escenario principal, ya sea porque se realiza un cuidado por parte de las mujeres de la propia familia, ya sea porque se contrata formal o informalmente personal de apoyo en el hogar. Esta centralidad del hogar familiar conlleva la preferencia por la individualización de los cuidados, al facilitar las elecciones sobre cómo y cuándo se prestan. A menudo, emerge de los discursos que una buena atención es aquella que permite ofrecer una atención individualizada a cada usuario. Este ideal iría a contracorriente de la lógica de la institucionalización, donde la organización del trabajo suele parcelar mucho las tareas de las profesionales y limitar los tiempos de atención directa. En este sentido, los trabajos que se realizan en los centros de día y residencias están fuertemente “rutinizados” y obedecen a una lógica cuasi industrial-fordista de distribución de tareas en tiempos que dificulta la atención individualizada del cuidado, y limita la autonomía de la trabajadora para decidir cuestiones importantes sobre su propio trabajo. Un tiempo disponible que además está relacionado con el número de personas que hay que cuidar y con el tamaño de las plantillas de profesionales del centro, dos elementos que pueden variar según el centro de trabajo y que tienen una incidencia importante en cuanto a los ritmos y cargas de trabajo.

A las nueve de la noche, y... bueno, yo llego, me visto y dejo mis cosas abajo, pongo una lavadora —porque nos toca hacer lavandería al turno de noche— y me subo arriba. Acuesto a la gente... Una vez acostados, acto seguido me pongo a revisarle el cambio pañal, porque no todo el mundo trabaja en condiciones para que estén tres horas bien, por eso yo prefiero revisarlo y ponerlo

en condiciones. Entonces, también nos toca hacer el comedor donde desayunan todos: barrer, fregar las mesas, montar los servicios... Ahí se pasa unas dos horas y media ya. Luego me preparo el carro de la medicación nocturna que se da a las doce a los que toman sus pastillas o a los que quieren un vaso de leche, al que es diabético unas gotas, lo que haga falta. Hago otra ronda de una hora y media en repartir, más o menos. Serán casi la una. Dejé el carro y otra vez, otra ronda para mirar los pañales, y en cada ronda, cambio de postura al residente (Trabajadora Centro Residencial).

En cambio, los trabajos realizados en el propio hogar, ya sea por cuidadoras de la atención domiciliaria o por cuidadoras contratadas de manera más o menos formal, permiten una mayor individualización. La clave fundamentalmente radica en que hay un tiempo en que tanto el cuidador como el dependiente saben que se estará “pendiente de ellos”, un tiempo en el que se atiende una necesidad específica de un único usuario. Este eje de la personalización del cuidado frente a la impersonalidad de éste en la institución aparece conectado con las relaciones de mayor o menor poder que se establecen entre persona cuidada y persona cuidadora (o entre familiar de la persona cuidada y persona cuidadora). El ideal del hogar familiar apunta a la percepción de un espacio donde se respeta la individualidad e intimidad del dependiente, al mismo tiempo que permite conservar el poder de decisión de cómo, cuándo y de qué manera se lleven a cabo las tareas de cuidado. Si bien desde una perspectiva de la profesión, la centralidad del hogar en los cuidados contribuye a su devaluación en la medida que, a menudo, implica aceptar la informalidad, la precariedad y la no profesionalización. A pesar de que en las entrevistas se reconoce que las trabajadoras informales realizan tareas especializadas, los requerimientos formativos brillan por su ausencia; tanto, que se puede recurrir a contradicciones en los discursos que, por un lado, apelan a la calidad del cuidado en el hogar en comparación a los centros residenciales, pero que, sin embargo, aceptan trabajadoras en casa sin conocimientos específicos. La contratación de mujeres inmigrantes apenas establece unas exigencias sobre qué saberes deberían tener las personas contratadas, y se asume contratarlas en condiciones muy precarias, como si esos aspectos no intervinieran también en la calidad del cuidado.

4.4. Estructuras profesionales y cualificaciones

Los cuidados de larga duración son un trabajo sucio, poco visible, que tan sólo van a poder realizar aquellas mujeres para las que este empleo es un proyecto laboral y no un proyecto profesional. Se han visto las connotaciones simbólicas que tiene el trabajo de cuidados de larga duración, se ha visto cómo lo viven y lo perciben las personas usuarias y las familias: se trata de un trabajo duro que apenas nadie reconoce. Sobre esta base se configuran los empleos y las profesiones vinculadas a este tipo

de trabajo. Son cualificaciones y estructuras que dificultan que el trabajo de cuidados cotidiano y continuado sea considerado un trabajo prestigiado. Sí pueden serlo otro tipo de tareas vinculadas al trabajo de cuidados de larga duración, pero más alejadas de esa atención directa y cotidiana. Esto significa que se marcan líneas divisorias entre las trabajadoras. Las distinciones entre profesionales, aunque aparentemente neutras, en la práctica esconden una estructura muy jerarquizada que evidencia una desigual distribución de los prestigios, una estructura que pone de relieve el menor valor de las tareas de cuidado cotidiano, continuado y no médico. Se visibiliza en los discursos de las propias trabajadoras, y de las personas expertas, la aceptación de la menor valoración del trabajo de cuidados más próximo a la persona usuaria, aquellos que llamamos “trabajos de atención directa”.

4.4.1. Perfiles y jerarquías profesionales

Las trayectorias laborales y las posiciones de clase social son distintas entre las trabajadoras en el sector de cuidados de larga duración. En este sentido, se identifican tres perfiles: mujeres inmigrantes como cuidadoras informales, mujeres autóctonas de clase obrera como trabajadoras de SAD, mujeres autóctonas jóvenes como trabajadoras sociales.

La informalidad está reservada para mujeres inmigrantes que, sin tener experiencia en el sector, entienden que ésa es la única vía de entrada al empleo en el país receptor. Su proyecto laboral no es profesionalizador, sino de pura subsistencia o, en el mejor de los casos, una estrategia para conseguir la regularización:

Yo me vine aquí porque yo estaba en una buena empresa de allá, de Ecuador. Trabajé como quince años en una empresa, quince años, y esa empresa liquidó. Y después, como a mí me gustaba trabajar y ser independiente... Me gustaba tener, que yo, que yo trabaje, desde luego ayudarlo también. Y, entonces, ya ahí, en ese tiempo, ya, como son los hombres allá, que andan con la una, con la otra, y nos separamos, nos divorciamos. Y yo cogí mi rumbo y se me presentó una oportunidad de venirme, y me vine, solita. Me aventuré sola. Y llegué por primera vez a Málaga. Allá fue mi primera experiencia que tuve yo de un trabajo. También, una pareja de esposos: un médico forense y ella una abogada, y dos niños. Allí estuve trabajando como tres años. (Empleada en el hogar)

En el caso de las trabajadoras de atención directa del SAD, su trayectoria es algo distinta, puesto que la mayoría son mujeres autóctonas de clase obrera, con experiencia laboral, aunque sea en otros sectores, y a las que la necesidad de trabajar las ha ido conduciendo a un sector con cierta estabilidad en el empleo femenino. La necesidad y voluntad

de estar presentes en el mercado de trabajo es su “proyecto laboral de vida”. Suelen expresar cierta satisfacción con su empleo, porque saben que están generando bienestar a otras personas. Asimismo, asumen con naturalidad su precariedad, en parte por su posición de clase social y por el “escaso” valor que ellas mismas dan a las tareas de cuidado. Tienen experiencia laboral y hábitos laborales, su trayectoria vital pasa por el trabajo en el mercado de trabajo, compartido con su trabajo de cuidadoras en sus propios hogares. Entre las mujeres entrevistadas, abundan las historias de vida que relatan cómo, antes de la entrada en el sector de los cuidados, habían abandonado el mercado de trabajo para cuidar a familiares a su cargo. Esta experiencia informal que acumula la mayoría de ellas al tener familiares cercanos a su cargo es percibida como un saber necesario para poder desempeñar mejor su trabajo:

Yo trabajé 36 años en una empresa de cerámica aquí, en Cerdanyola. Empecé con 14 años. Había estudiado, tenía bastante titulación para poder trabajar en otro trabajo, pero me gustó la cerámica, la artesanía. Entonces, como era una empresa y estábamos todo mujeres y, bueno, había alguno que otro hombre, pero, bueno, y había buen ambiente., eso me encantó. Total, que duré 36 años, el tiempo [hasta] que la empresa cerró. Entonces, yo no quería seguir trabajando en una empresa, porque acabé harta de todo el día encerrada. Entonces, oí hablar de este trabajo, y hicimos un cursillo en El Safareig, aquí, en Cerdanyola..., que era todo de mujeres, que estabas en el paro. (Trabajadora SAD, atención directa)

Me quedé en paro, como quien dice. Entonces mi suegra enfermó, de cáncer, lo típico, estas cosas que pasan. Era ya en el ochenta y algo, cuando empezábamos a ser ricos, y entonces yo ya estuve sin trabajar como 10 años o así. (Trabajadora Centro de Día, atención directa)

Finalmente, las trabajadoras sociales son las encargadas de gestionar los servicios (determinar horarios, distribuir tareas) y coordinar a las trabajadoras auxiliares, tanto en las residencias como en el SAD. La mayoría, y a diferencia de las otras trabajadoras, son mujeres autóctonas jóvenes que acceden a este empleo como parte de su trayectoria profesional. Tienen titulación universitaria y se perciben como las profesionales de los servicios sociales, una distinción que refuerza el desprestigio sobre aquellos trabajos más manuales y cotidianos:

Hombre, siempre. Siempre, siempre, cuando la directora dice algo, es la palabra que queda, ¿vale?, es la palabra que queda. Y después, siempre, el profesional del equipo interdisciplinar siempre también tendrá. Su palabra tendrá más peso que la de las auxiliares, porque al fin y al cabo, es quien hace su terapia y es quien trae su grupo. Pero siempre, siempre, damos la oportunidad [de] que todo el mundo haga su valoración. (Trabajadora Centro Residencial, gestora)

La diferencia no se establece sólo entre perfiles profesionales: estas figuras laborales también desempeñan sus tareas en espacios distintos. El espacio en el que se desarrolla el cuidado interviene en la forma de organizarlo y en las exigencias de su prestación. Cuando el hogar es protagonista, se tiende a observar relaciones casi de servilismo y esclavitud, aunque la persona que está contratada (formal o informalmente) destaque la importancia de generar vínculos emocionales o amorosos, de carácter casi familiar. En el caso que los cuidados se realicen en una institución, el contenido del trabajo es distinto, está mucho más pautado, tanto, que a menudo los discursos de los procesos de trabajo recuerdan a la típica cadena de montaje de una empresa fordista. En ese caso, las relaciones entre personas implicadas en el proceso de cuidar se expresan de forma distinta, y es ahí donde, se torna evidente el escaso valor de la atención directa, visibilizándose la estructura jerárquica de las profesiones vinculadas al trabajo de cuidados.

En efecto, además de la estructura profesional, resulta relevante constatar la existencia de una jerarquía profesional clara que facilita la persistencia de la no profesionalización de los trabajos de cuidados. La banalización e invisibilidad de los cuidados justifican la diferencia entre las tareas de atención continuada y la gestión de los cuidados. El imaginario del profesional, en particular el de aquellas personas que atienden directa y cotidianamente a la persona dependiente, es el de llevar a cabo un trabajo sucio, poco visible, que tan sólo van a poder realizar aquellas mujeres que se conforman, o se ven atrapadas, en una actividad laboral, sin aspiraciones profesionales. Estas connotaciones impiden que las tareas básicas puedan alcanzar un mayor prestigio. Sin embargo, sí parece que pueden prestigiarse otro tipo de tareas vinculadas al contenido de los servicios de cuidados de larga duración, cuando quedan alejadas de esa atención directa y cotidiana. Esta situación, no obstante, supone la existencia de una estructura jerárquica de las profesionales implicadas alrededor de los cuidados de las personas dependientes, la cual, a su vez, esconde una desigual distribución de poderes y prestigios. El último escalón de esta jerarquía siempre está ocupado por quienes se dedican a las tareas cotidianas de unos cuidados continuados, salvo los de carácter médico. En esos casos, tan sólo se consideran con rango profesional las tareas y actividades relacionadas con la gestión y organización de los cuidados o los cuidados no cotidianos. Una realidad que, probablemente, tiene mucho que ver con el proceso no neutral, desde el punto de vista de género, clase y etnia, de la construcción de las cualificaciones profesionales.

4.4.2. Los saberes: invisibilidad de las cualificaciones y naturalización de las competencias

Las entrevistas explican que los saberes necesarios para realizar los trabajos de cuidado continuado requieren actitudes y aptitudes específicas que,

en caso de no tener, implica no saber hacer esa tarea. Sin embargo, estas actitudes y aptitudes a menudo no están suficientemente reconocidas, de manera que los saberes relacionados con el trabajo de cuidados están desprestigiados. Este desprestigio contribuye a invisibilizar conocimientos y a naturalizar competencias.

Desde el punto de vista de la invisibilidad de cualificaciones, entendida como forma de no reconocimiento de los conocimientos, en los discursos analizados se detectan dos ideas que aparecen como complementarias y contradictorias. En primer lugar, se observa que aquello que delimita un buen trabajo en este ámbito está muy relacionado con competencias actitudinales, de saber estar. Estos elementos que pueblan el campo de lo subjetivo suelen tener una difícil traducción en modo de capacitación técnica. Es decir, escapan a la lógica dominante de construcción de la cualificación, pero sin embargo, se entienden como imprescindibles para el buen desempeño de la profesión. De hecho, la experiencia no laboral se toma en cuenta: los años de vida necesarios para realizar este empleo se consideran un elemento positivo para el desempeño de la actividad. El problema es que no se convierten en competencias educativas evaluables. La experiencia de vida, entendida como los aprendizajes realizados por estas mujeres en su vida privada, no son tomados en consideración, aunque todos los actores los consideran aprendizajes necesarios para la realización de este trabajo:

Mira, las auxiliares, desde mi punto de vista, tienen que ser personas con un bagaje personal importante, que sepan traer una familia. ¿Y por qué te lo digo, esto? Porque, mira, las abuelas tienen su picaresca, y quieren que le rías las gracias y quieren que te las ganes. Y las chicas, si son un poco listas, se las sabrán ganar. Aunque te caiga bien o mal, pero tú sabrás traértela, ¿me entiendes? En cambio, una chica que tiene poca, no sé, poca; [que sea] muy poco experimentada en la vida, seguramente, pues, se le pondrá de culo a la abuela, no le reirá las gracias, si la abuela se queja, le pondrá mala cara, etcétera, etcétera, etcétera. Entonces, a mí este tema que tienen algunas auxiliares, que tienen sus 45 años, que ya están bastante..., bueno, que la vida, pues, ya les ha dado unos cuantos palos y han sabido salirse con su vida, con su historia personal, con sus familias, pues yo esto lo valoro mucho. (Trabajadora Centro Residencial, gestora)

En segundo lugar, una mirada más precisa de la realidad hace emerger cualidades de este empleo que encajarían a la perfección con aquellas competencias que se espera deben tener personas con alta cualificación: responsabilidad, capacidad de decisión, autonomía, rapidez de reacción, empatía, capacidad de detección de necesidades. Son competencias exigidas tanto por las profesionales de la gestión como por los familiares, pero no son reconocidas para la cualificación formal de estos trabajos:

Sobre todo, el servicio, aparte de dar una atención al usuario, el SAD es un chivo expiatorio para que haya alguien en ese domicilio, para saber qué pasa. Independientemente de que se hagan tareas de higiene y todo eso, nosotros, cuando se pone el servicio, es para saber qué pasa en ese domicilio. Entonces claro, tiene que ser una persona que sea receptiva, que sea..., que se fije en los detalles, que vea las cosas. No que vaya, pues mira, hago un plato de sopa y me voy. No, eso no es la función del SAD. El SAD es estar ahí, ver qué pasa, escuchar, ser receptora, ver qué puede pasar, qué problemáticas... Tienes que estar alerta. Más que la tarea en sí que realizan, eso es lo de menos. Para mí es lo de menos. Es más saber qué hay, qué no hay, qué necesidades tiene, a nivel de salud sobre todo, por ejemplo, control de medicación, cosas así. Quién entra en casa, quién no entra. Es más un poco detective —por así decirlo—, que no técnico. (Trabajadora SAD, gestora)

Desde el punto de vista de la naturalización de las competencias, se observa que el imaginario de los cuidados, como una característica femenina, contribuye a desprofesionalizar las habilidades necesarias para una buena atención. En este sentido, aparece una dicotomía entre las competencias actitudinales (más presentes en la familia) y las competencias técnicas (más presentes en el ámbito profesional) que invisibiliza las competencias aptitudinales de mediación, comunicación y gestión. La naturalización existente en los círculos informales acentúa el peso de los lazos familiares. Así, la competencia aptitudinal se convierte en la construcción de lazos de cariño y amistad, enmascarando esas competencias aptitudinales que requiere el buen desempeño del trabajo de cuidados:

Ya nos cogió más cariño, ya no estaba cascarrabias, le hacíamos las bromas, con cariñitos. Mi hermana, la que lo cuidaba por la noche, también es cariñosa, también le hacíamos los mimitos, porque yo creo que veíamos el cariño paternal de papá que dejamos en casa. Entonces, tú [lo] buscas. Y a mi hermana, le pasó igual. Yo le decía: “tú eres como mi padre”. Claro que él era blanco, colorado, y mi papá era moreno, pero... (ríe). Entonces, yo le decía: “usted es como mi papá”. Y entonces él comienza a sentir el cariño, ¿no? (Empleada en el hogar)

En los círculos profesionales, esta naturalización se esconde tras la idea de un trabajo vocacional, mientras que entre las trabajadoras de los servicios, se apela a la necesidad de disfrutar con el trabajo, argumentando que la dureza que lo caracteriza sólo se soporta si reporta alguna satisfacción:

Sí, me gusta. Porque para aguantar y hacer los cambios de pañales, que hay variedad de cosas que se ven, verles las úlceras en los culos, las situaciones son duras, y a veces se te mueren en tus brazos... Entonces, eso es duro, porque llegas

a cogerles mucho cariño. (Trabajadora centro residencial, atención directa)

A mí, sí. Si no, no estaría. Yo no pensaba que me gustara tanto. No, sí que me gusta, mucho, ¿eh? Además, me lo paso bien con ellos. Y a lo mejor están aquí y están pintando, o lo que sea, y sale una música y me pongo a bailar. (Trabajadora Centro de Día, atención directa)

En cualquier caso, la visión más generalizada sería la construcción de una profesional, con sentimiento de grupo y vocación para el puesto de trabajo. Eso recuerda a la idea de segmento profesional y la necesidad de articular una cierta estructura de poder capaz de regular las puertas de acceso a la profesión. Un panorama que *a priori* parece estar lejos de la atención directa. Asimismo, es necesario resaltar la contradicción que se produce en torno a los conocimientos de las gestoras del cuidado. En su mayoría, son diplomadas universitarias, por tanto, con conocimientos reconocidos y con cierto prestigio. Sin embargo, para la práctica cotidiana de su trabajo, suelen manifestar que los estudios universitarios no las preparan para tratar personas mayores, una preparación que sí tienen las trabajadoras auxiliares:

Es que el problema es que la enseñanza universitaria es muy genérica, es muy básica, y no te prepara. No te prepara para una tarea en concreto, porque después, en el tema de trabajo social, es tan amplio el abanico de lugares donde puedes tú trabajar, que claro, no puede ser muy específica, tampoco, la carrera. O sea, si ahora estuviera trabajando en la prisión o estuviera trabajando en una escuela. (Trabajadora Centro de Día, gestora)

Por otro lado, las mismas gestoras reconocen que aquello más importante para el buen desempeño de su trabajo es saber cuidar, saber relacionarse con las personas. De ahí la contradicción: la formación tiene un reconocimiento formal, pero se necesitan cualidades que no se aprenden en esa formación reglada. Unas cualidades que, cuando las que las tienen son las trabajadoras de la atención directa, no tienen valor ni prestigio:

Lo que más me gusta es, o sea, cuando puedo estar sin presión con ellos, haciendo. Haciendo actividades, el programa. No me gusta tanto la programación, pero me gusta más lo, ya, llevar a cabo la actividad, o sea, hacer. Hacer las excursiones con ellos, hablar con ellos, y ver lo que disfrutan, lo que no disfrutan. Esto es lo que más me gusta. Tener, tener tiempo sin presiones para hablar, para escucharlos, porque te expliquen sus historias. Es lo más, es lo más bonito de todo. (Trabajadora Centro de Día, gestora)

En definitiva, a partir de los análisis del discurso, emergen dos cuestiones fundamentales: la dificultad para explicar qué es un buen cuidado, incluso

para las propias profesionales, y la evidencia de las relaciones de poder que guarda el trabajo de cuidar a las personas. Estas dos cuestiones están íntimamente relacionadas con las dificultades de prestigiar el sector de los cuidados de larga duración. Un sector donde existe una jerarquía entre las profesiones ya existentes que afecta al contenido y desarrollo de las tareas que se ven obligadas a desempeñar las actuales empleadas de los servicios. El tipo de trabajo (contenido) influye en las exigencias formativas y en el reconocimiento de las cualificaciones profesionales, al estar ligado a los imaginarios sobre el subestimado trabajo doméstico y familiar. Así se entiende el proceso no neutral, desde la perspectiva de género, de la construcción de la cualificación profesional que no incorpora determinados saberes que son imprescindibles para el desempeño de las tareas de cuidado y que, al contrario de lo que está aceptado socialmente, no todo el mundo adquiere. Asimismo, los resultados ponen de manifiesto la importancia del espacio donde tienen lugar las tareas de cuidados como una dimensión explicativa de las dificultades de profesionalización. Un espacio en el que se producen relaciones distintas entre quien presta, quien recibe y quien encarga los cuidados.

5. Conclusiones

A lo largo del texto, se han planteado algunos de los principales debates sobre la profesionalización en el sector de los cuidados de larga duración en España. El artículo se inicia con un recorrido sobre el olvido de este sector en el nacimiento y desarrollo del Estado del bienestar, en parte porque el pacto fundacional se erigió sobre la aceptación de la división sexual del trabajo. Sin embargo, el envejecimiento de la población europea ha supuesto un reto para los Estados, que deberán atender las necesidades de cuidados de larga duración de una forma u otra. En España, parece claro que el régimen de cuidados sigue muy anclado en un modelo familiar como eje central desde donde resolver las necesidades de cuidados. O lo que es lo mismo, que son las familias, y especialmente las mujeres adultas de las familias, quienes se encargan de pensar, resolver y, en gran medida, ejecutar los cuidados de larga duración.

El objetivo del artículo ha sido analizar los límites que dificultan la profesionalización del trabajo de cuidados de larga duración teniendo en cuenta el contexto institucional del sistema de cuidados español. El trabajo de campo ha permitido hallar algunas respuestas, distinguiéndose dos núcleos importantes de dificultades que hacen difícil desarrollar una estrategia de cualificación de los trabajos: factores relacionados con los imaginarios sociales sobre el contenido del cuidado y sobre quién debe prestarlo; y factores que ligados al reconocimiento de las cualificaciones y las estructuras jerárquicas dentro de la profesión.

La dificultad de definir el cuidado, las exigencias de quién decide cómo se cuida, la individualización del cuidado, la preferencia por el espacio del hogar, no parecen ser buenos aliados para emprender la construcción de un segmento cualificado. En este sentido, se ha explicitado que los imaginarios del cuidado familiar pesan mucho y dificultan que estos empleos sean vistos como algo profesional. Esto significa que los imaginarios sobre el cuidado son compartidos por familiares que cuidan o gestionan el cuidado, trabajadoras del hogar, trabajadoras en las instituciones e incluso por parte de los profesionales que tienen cierta capacidad de incidencia en el diseño del sistema de atención a las personas. La persistencia de un modelo familista propio de un país mediterráneo limita la capacidad de avanzar hacia sistemas de profesionalización. En este sentido, del análisis del discurso de las personas entrevistadas emerge una cultura de los cuidados familista y un ideal de cuidados donde predomina el deseo de ser cuidado “en casa y con la familia”. A pesar del reconocimiento legal de la necesidad de profesionalización que supone la LAPAD, persisten límites que hacen difícil la construcción de un sistema profesionalizador en el sector de los cuidados de larga duración. La persistencia de la división sexual del trabajo se traduce en un imaginario colectivo sobre el cuidado y su vinculación exclusiva al ámbito privado y del hogar. Los saberes, aptitudes, y conocimientos que requiere el desempeño de estas actividades parecen continuar muy impregnados de esos imaginarios colectivos que son especialmente fuertes en una sociedad familista como la española.

Por otro lado, la cualificación necesaria para el buen desempeño del trabajo de cuidados no logra convertirse en cualificación formalmente reconocida. Esto apunta a que el propio contenido del trabajo, un trabajo socialmente vinculado al trabajo doméstico y familiar, femenino e invisible, explica las dificultades para prestigiar los saberes relacionados con el desempeño del trabajo de cuidados de larga duración. La construcción de la cualificación profesional se realiza bajo esos supuestos y es asumida por la mayoría de profesionales, quienes naturalizan las habilidades aprendidas y las capacidades necesarias para desempeñar con calidad el trabajo de atención a las personas. No se valoran los saberes necesarios para el buen desarrollo de una actividad de estas características, no se tienen en cuenta aquellos saberes indispensables para la generación del bienestar de la persona cuidada, algo de lo que son muy conscientes las propias trabajadoras. Aunque las tareas que conlleva el trabajo de cuidados en la atención directa (cuidado físico y continuado) pueden conllevar procesos de capacitación técnica que conduzcan a unas mejores condiciones de empleo y un mayor reconocimiento del trabajo, lo que parece entorpecer es la persistencia de la desigualdad y la justificación de la estructura jerárquica entre profesionales. En este sentido, resulta difícil pensar en estrategias para prestigiar los empleos relacionados con el cuidado

cotidiano de las personas. Se observa que el ideal de “en casa y en familia”, que entiende que el buen cuidado es el que prestan las mujeres adultas de las familias, traspasa los procesos de construcción de la profesión y dificulta que las propias profesionales se imaginen como empleadas cualificadas.

Este elemento también genera una diferencia y desigualdad clara entre perfiles profesionales, es decir, entre las personas que trabajan en la atención directa (tareas directamente relacionadas con el cuidado personal) y las personas que desempeñan tareas de gestión (tareas de organización de los cuidados en el ámbito profesional).

Por el contrario, recuperando alguno de los debates teóricos expuestos, aquello que parece más

claro es que, dada la estructura del sector y sus condiciones, va a ser difícil hacer emerger estrategias profesionales sólidas, capaces de articular una demanda clara de la profesionalización del sector. El análisis de las percepciones subjetivas de las profesionales y empleadas entrevistadas nos indica que la profesionalización está lejos de poder paliarse reformulando la acreditación de las habilidades y competencias actualmente transmitidas en la formación requerida. Finalmente, cabe subrayar que las demandas de individualización del cuidado contribuyen a invisibilizar la relación conflictiva entre quien presta y quien recibe: se anteponen la necesidad de unos, ocultando las relaciones de poder y las desigualdades que conlleva el trabajo de cuidados cuando no se percibe como una profesión.

- ABBOT, A. (1988): *The System of Professions. Essay on the Division of Expert Labour*, Londres, University of Chicago Press.
- ANXO, D.; y FAGAN, C. (2005): "The family, the state and now the market: The organisation of employment and working time in home services for the elderly", en BOSCH, G.; y LEHNDORFF, S. (eds.) *Working in the Service Sector. A Tale from Different Worlds*, Londres, Routledge.
- BETTIO, F.; y VERASCHAGINA, A. (coord.) (2012): *Long-Term Care for the Elderly. Provisions and Providers in 33 European Countries*, Luxemburgo, Comisión Europea [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf].
- CAMERON, C.; y MOSS, P. (2007): *Care Work in Europe. Current Understandings and Future Directions*, Londres, Routledge.
- CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C.; y TORNOS, T. (2011): *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata.
- CRISTOPHERSON, S. (1997): *Childcare and Elderly Care: What Occupational Opportunities for Women?*, serie OCDE Labour Market and Social Policy Occasional Papers, nº 27, OECD Publishing [<http://dx.doi.org/10.1787/047834852710>].
- CROMPTON, R.; y LE FEURVE, N. (2003): "Continuity and change in the gender segregation of the medical profession in Britain and France", *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 23, nº 4-5, págs. 36-58.
- DAVIES, C. (1996): "The sociology of professions and the profession of gender", *Sociology*, vol. 30, nº 4, págs. 661-78.
- DEVETTER, F.; y ROSSEAU, S. (2007): "Services domestiques: quelles perspectives pour une stratégie d'industrialisation?", *Revue d'Économie Industrielle*, vol. 119, nº 3.
- DEVETTER, F. X. et al. (2008): *L'Aide à domicile face aux services à la personne. Mutations, Confusions, paradoxes*, Lille, Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques.
- DUSSUET, A. (2002): "Le genre de l'emploi de proximité", *Lien Social et Politiques*, nº 47, págs. 143-154.
- DUSSUET, A. (2005): *Travaux des femmes, enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.
- DUYVENDAK, J. W.; KNIJN, T.; y KREMER, M. (2005): *Policy, People, and The New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*, Ámsterdam, Amsterdam University Press.
- ESPAÑA (2011): "Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar", *Boletín Oficial del Estado*, nº 277, 17-11-11, págs. 119.046-119.057 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-17975>].
- (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-06, págs. 44.142-44.156 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>].
- (1985): "Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar", *Boletín Oficial del Estado*, nº 193, 13-8-85, págs. 25.617-25.618 [<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-17108>].
- EVERTSSON, L. (2000): "The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state

- occupations”, *Gender, Work and Organisations*, vol. 7, nº 4, págs. 230-241.
- FRAISSE, G. (2000): “Servidumbre, servicios de proximidad y democracia”, en M. MARUANI, M.; ROGERAT, C.; y. TORNS, T. (eds.), *Las nuevas fronteras de la desigualdad*, Barcelona, Icaria.
- GADREY, J. (1994): “La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle?”, *Revue Française de Sociologie*, vol. 35, nº 2, págs. 163-195.
- HEBSON, G.; RUBERY, J.; y GRIMSHAW, D. (2015): “Rethinking job satisfaction in care work: Looking beyond the care debates”, *Work, Employment and Society*, vol. 29, nº 2, págs. 314-330.
- HENRIKSSON, L.; WREDE, S.; y BURAU, V. (2006): “Understanding professional projects in welfare service work: Revival of old professionalism?”, *Gender, Work and Organization*, vol. 13, nº 2, págs. 174-192.
- HUGMAN, R. (1991): *Power in Caring Professions*, Basingstoke, MacMillan.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España: libro blanco*, Madrid, Imsero [http://www.dependencia.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/libroblanco.pdf].
- JANY-CATRICE, F.; PUISSANT, E.; y RIBAUT, T. (2009): “Associations d’aide à domicile: pluralité des héritages, pluralité des professionnalités”, *Formation Emploi*, vol. 107, nº 3, págs. 77-91.
- KNIJN, T.; y VERHAGEN, S. (2007): “Contested professionalism payments for care and the quality of home care”, *Administration and Society*, nº 39, págs. 451-474.
- KRÜGER, K.; y JIMÉNEZ, E. (2013): “La Ley de Dependencia, ¿un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización”, *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XVII, nº 436.
- KUHLMANN, E.; y LYNN, I. (2008): “Gender, professions and public policy: New directions”, *Equal Opportunities International*, vol. 27, nº 1, págs. 5-18.
- LEITNER, S. (2003): “Varieties of familism. The caring function of family in comparative perspective”, *European Societies*, vol. 5, nº 4, págs. 353-375.
- LYON, D.; y GLUKSMANN, M. (2008): “Comparative configurations of care work across Europe”, *Sociology*, vol. 42, nº 1, págs. 101-118.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2011): “La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migraciones internacional”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 28, nº 1, págs. 93-123.
- MILLER, D. A. (1981): “The ‘sandwich’ generation: Adult children of the aging”, *Social Work*, septiembre, págs. 419-423.
- PARELLA, S. (2003): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.
- PICKARD, L. (2012): “Substitution between formal and informal care: A natural experiment in social policy in Britain between 1985 and 2000”, *Ageing and Society*, nº 32, págs. 147-175.
- RECIO, A. (1997): *Trabajo, personas, mercados: manual de economía laboral*, Barcelona, Icaria.
- RIBAUT, T. (2008): “Aide à domicile: de l’idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités”, *Revue Française de Socio-économie*, vol. 2, nº 2, págs. 99-117.
- RIBAUT, T. (2009): *La qualité de l’emploi dans les services à la personne: le cas français*, *Working Papers. Serie Recherche*, nº 1, Institut de Recherche de la Maison Franco-Japonaise.
- SARACENO, C. (1995): “Familismo ambivalente y clientelismo categórico en el Estado del bienestar italiano”, en SARASA, S.; y MORENO, L. (eds.), *El Estado del bienestar en la Europa del Sur*, Madrid, CSIC.
- SARACENO, C. (2010): “Social inequalities in facing old-age dependency: A bi-generational perspective”, *Journal of European Social Policy*, nº 20, págs. 32-44.
- TORNS, T. et al. (2014): *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado*. [http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2014/docs/Nuevas_profesiones_organizacion_social.pdf].
- WILLIAMS, C. (2004): “The sandwich generation”, *Perspectives on Labour and Income*, vol. 5, nº 9, págs. 5-12.

Conclusión

Propuestas para construir un modelo de gestión de los cuidados de larga duración basado en la equidad social, la igualdad de género y la cohesión territorial

Raquel Martínez Buján

Universidade da Coruña

Lucía Martínez Virto

Universidad Pública de Navarra

<lucia.martinez@unavarra.es>

En el despliegue de cada uno de los artículos de este número especial sobre *La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de crisis y de precariedad laboral* se han analizado los cambios que la provisión del trabajo de cuidados ha experimentado en las últimas décadas. Por ello, los documentos incluidos dividen su atención en los nuevos derroteros de las directrices de la política estatal en el ámbito de la atención personal y su diversidad en la implementación a escala regional, en las modificaciones en la distribución de las tareas de cuidar en el interior de las familias, así como en la cada vez mayor presencia del mercado privado en la externalización de estas actividades (especialmente en forma de servicio doméstico). A partir de la información que proporcionan cada una de las contribuciones, presentamos una serie de reflexiones, propuestas o estrategias que podrían seguirse para desarrollar un modelo de gestión de los cuidados de larga duración que permita su distribución acorde a las necesidades de las personas dependientes y sus cuidadores familiares, y que se adecue a las fórmulas de privatización seguidas en este ámbito. En concreto, aglutinamos estas estrategias en tres ejes de actuación que pasamos a comentar a continuación.

1. Promover un modelo social que considere los cuidados como aspecto central

Es necesario crear una estructura laboral, económica y política que permita mantener la responsabilidad de la política pública en este ámbito, pero que también incluya y reconozca la participación de las familias en la provisión. Las intervenciones deben ir dirigidas a fomentar un mercado de trabajo que sea acorde a las necesidades de las familias y de los trabajadores/as, superando las contradicciones entre los tiempos de trabajo y los tiempos de reproducción de la vida. Al mismo tiempo, la política pública debe encaminarse a potenciar medidas que no redunden en delegar la carga de los cuidados dentro de las familias en las mujeres; las medidas que se implementen deben estar a la altura de las expectativas sociales y profesionales de las nuevas generaciones y no pueden sostenerse en la sobrecarga a las mujeres de mediana edad con las actividades de cuidados. Ya se ha demostrado en los documentos que se incluyen en este monográfico que algunas recientes directrices, como las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar, no suponen en todos los casos una ayuda monetaria que solventa la carga de la asistencia en los domicilios, sino que fomentan precisamente que las cuidadoras de la parentela sigan ejerciendo estas actividades. En este sentido, las políticas públicas de actuación en el marco de los cuidados de larga duración deberían tender a incluir una perspectiva de género y generacional que evite el encapsulamiento de ciertos grupos sociales (definidos por su sexo y edad) en esta ocupación.

2. Vincular políticas de empleo activo con el sector de cuidados a la dependencia

La privatización del trabajo familiar de cuidados en España ha sido una de las principales modificaciones que ha experimentado la organización social de los cuidados en nuestro país. En las últimas dos décadas, se ha incrementado el número de hogares que contratan a empleadas de hogar para cumplir con estas tareas y, de hecho, los análisis académicos redundan en afirmar que esta actividad se convirtió en el sector de actividad principal de las mujeres migrantes procedentes de América Latina. Así, pioneras corrientes teóricas sobre este ámbito, como ya la mundialmente reconocida ‘teoría del trabajo social’, han coincidido en caracterizar el régimen de cuidados en España como el de ‘una migrante en la familia’. Si la familia no puede o no quiere desempeñar las tareas de atención personal, se busca la opción de dispensación de los cuidados más similar a los que puede realizar la familia, es decir, aquellos que se caracterizan por una elevada carga afectiva y que no están profesionalizados. La contratación de empleadas de hogar alivia las tensiones que el trabajo de asistencia genera dentro del grupo de parentesco, sin perder la ideología dominante de que deben ser los parientes los que se encarguen de su gestión. Además, la figura de la cuidadora privada permite a la persona mayor envejecer dentro de su entorno.

No debemos obviar que esta privatización de los cuidados en torno al servicio doméstico se produce principalmente en aquellos países con una cultura de cuidados más centrada en la familia y con una escasez en la cobertura de los servicios sociales públicos. Que sean mujeres migrantes latinoamericanas las trabajadoras sobre las que recae esta actividad ya depende del modelo migratorio y de cómo se estructura el mercado laboral en este sector. En el caso español, la acelerada llegada de población migrante irregular, sobre todo procedente de América Latina en el período 2003-2007, donde los flujos migratorios fueron eminentemente femeninos, junto con una desregulación en las ocupaciones relacionadas con los cuidados a domicilio, propiciaron la absorción de estas mujeres en el servicio doméstico. Los estudios cualitativos que han analizado la incidencia del fenómeno coinciden en afirmar que la repercusión de este empleo sobre la población extranjera femenina ha sido tan elevado que el trabajo de cuidados no profesional ha sido su puerta de entrada al mercado laboral español.

No obstante, la concentración de mujeres inmigrantes en este sector de cuidados no está relacionada únicamente con el crecimiento de la demanda de asistencia, ni tampoco con las limitaciones del sistema de protección social formal. Dos elementos más influyen en el auge de este proceso. Por una parte, los vínculos culturales y las preferencias de los/as empleadores/as en cuanto a la procedencia étnica de las cuidadoras

también determinan la composición de la mano de obra. Existe una tendencia generalizada entre las familias españolas a considerar a las mujeres latinoamericanas como más ‘cariñosas’ y ‘pacientes’, lo que las convierte en las preferidas para desempeñar estas actividades. Por otra parte, la extensión de políticas públicas dirigidas a los cuidados de larga duración basadas en transferencias económicas, más que en servicios sociales, ha sido otro de los factores clave en la consolidación de la mercantilización.

Estas prestaciones monetarias han sido muy desarrolladas por la Ley de Promoción de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), al menos antes de la introducción de las políticas de austeridad. Fueron concebidas como una especie de subsidios que se otorgan directamente a las familias bien para que puedan comprar en el mercado privado el servicio social que el sistema haya valorado oportuno, bien para compensar a la cuidadora familiar dentro del hogar que realiza las tareas asistenciales. Cabe mencionar que, aunque en los últimos tres años las comunidades autónomas tienden a limitar la concesión de estas prestaciones, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar fue, desde los inicios de la LAPAD, el recurso más desarrollado. Algunas investigaciones centradas en evaluar los efectos de esta Ley de Dependencia indican que los salarios concedidos a los cuidados familiares ya se están utilizando para remunerar a cuidadoras privadas no regulares contratadas mediante el servicio doméstico. El caso de España es especialmente alarmante, puesto que la Ley no contempla la inversión de dichos subsidios en la contratación de cuidadoras no profesionales (tal y como sucede en otros países, como Alemania y Austria, por ejemplo), no se ha adoptado una categoría laboral específica para este figura y además se han otorgado sin realizar ningún seguimiento sobre cómo se emplea el dinero recibido. Esta desregulación del programa de transferencias monetarias influye en las condiciones en las que las trabajadoras entran en el sector de cuidados. Por un lado, al no poder contratarse legalmente a cuidadoras en el hogar a través de esa subvención, las limita a concentrarse en la vía del servicio doméstico irregular y, en consecuencia, en los empleos con las condiciones más precarias. Por otro lado, mitiga su acceso al sector formal de cuidados.

A partir de los artículos incluidos en este monográfico, consideramos esencial regular este sector de asistencia personal mediante la interrelación de las políticas públicas en tres vertientes: las políticas de la protección social a la dependencia, las políticas de empleo y las políticas de extranjería. La propuesta que recomendamos es la de subvencionar la privatización de los cuidados a través de los programas de protección social, garantizando un marco de condiciones laborales y salariales para estas empleadas que se asimile al del resto de los trabajadores. La finalidad de

estas acciones es evitar la creación de mercados de cuidados sumergidos que afectan a la integración social de las trabajadoras y a la calidad de la atención suministrada. La implementación de estas medidas, sin duda, deberá acompañarse de la creación de convenios bilaterales y de cursos de formación específicos que capaciten a las futuras trabajadoras en estas actividades. Los beneficios son indudables: se mitiga la extensión de la red de empleo informal en esta actividad, se potencia la llegada de flujos migratorios regulares y además permite desarrollar las capacidades formativas de las empleadas. Igualmente cabe destacar el potencial que este sector ofrece para la creación de empleo. Las condiciones básicas para la implementación de esta propuesta serían:

- Reconocer la figura de la cuidadora no profesional a domicilio e incluirla como medio de provisión en los programas públicos de apoyo a las situaciones de dependencia. De esta manera se podrían enlazar las políticas públicas de protección social con las políticas migratorias y de empleo.
- Clasificar los cuidados en hogares privados en un estatus laboral alternativo al del servicio doméstico, de manera que pueda tenderse hacia una profesionalización de la provisión de cuidados en los hogares privados.
- Potenciar las formaciones especializadas dirigidas a la asistencia de personas con diversidad funcional. Conocer los problemas médicos asociados a ciertas enfermedades y fomentar las capacidades emocionales para atender a personas que requieren cuidados paliativos.
- Establecer convenios colectivos con aquellos países con los que se han establecido circuitos migratorios femeninos, fomentando la contratación en origen de cuidadoras y la implantación de actividades formativas en este ámbito.

3. Afinar las fórmulas de administrar los recursos ofrecidos por la Ley de Dependencia y unificar los criterios de su financiación

La existencia de un soporte financiero sólido es, sin duda, determinante para garantizar que una norma pueda desarrollarse y tener un impacto social reseñable. En el caso de la LAPAD, la ausencia de una reserva adecuada de capital que permitiese desarrollar sus servicios y prestaciones ha sido uno de sus principales frenos. Además, la norma, de partida, contaba con ciertas limitaciones que marcaron la posibilidad de que su desarrollo fuera sustancialmente diverso entre comunidades autónomas y alarmantemente desigual entre beneficiarios/as.

En cuanto a la diversidad territorial de modelos y al impacto de la norma, debe señalarse, en primer

lugar, que su gestión recayó fundamentalmente en los servicios sociales, un sistema cuyo desarrollo es competencia de administraciones autonómicas y locales, por lo que, de partida, las formas de gestión se caracterizaron por la diversidad territorial. En segundo lugar, la financiación se estableció a partir de dos niveles. El primero de ellos un nivel mínimo acordado y definido a partir del número, grado de dependencia y tipología de prestaciones de las personas beneficiarias. Este primer nivel era financiado por la Administración central. En segundo lugar, un nivel acordado entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas; y en tercer lugar, un nivel adicional de protección establecido por las comunidades autónomas. Por tanto, a partir de estos niveles de protección, la financiación de las prestaciones y servicios a la dependencia se definía en función del tipo de prestación reconocida y gestionada por la comunidad autónoma, del número de beneficiarios, de su grado y nivel reconocido, del acuerdo entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, y del retorno del copago de los usuarios. A partir de aquí, se fue construyendo un mapa de atención a la dependencia basado no solo en las diversas formas de gestión entre territorios, sino en la desigual distribución de los recursos entre comunidades autónomas.

Igualmente, la distribución de los servicios y prestaciones estableció importantes desigualdades entre las personas en situación de dependencia. La tercera 'pata' sobre la cual se asienta el sistema español de atención a la dependencia son las aportaciones de los/as beneficiarios/as. El copago de los servicios de atención a la dependencia depende, fundamentalmente, del modelo aplicado, de las rentas de los/as beneficiarios/as (sin patrimonio) y de los precios públicos definidos para cada servicio. No obstante, la aportación de los usuarios/as tiene un techo que provoca que aquellas rentas más altas se beneficien de una reducción del precio de sus servicios, mientras que para las rentas bajas el acceso a los servicios supone un mayor peso en su presupuesto. Por tanto, la ausencia de equidad en términos de territoriales también se produce en términos de clase social o rentas.

Todos estos elementos que, de partida, ponían en cuestión la universalidad de la LAPAD se vieron intensificados con el cambio de Gobierno. Además de a la crisis económica que atravesaba España, ello se debió, fundamentalmente, a que la Ley no contaba con un consenso sólido que garantizara su desarrollo al margen de la etapa política del Estado. Este cambio de rumbo se materializó en el Real Decreto Ley 20/2012, donde el sistema de protección a la dependencia fue uno de los más castigados.

Las medidas de austeridad implementadas en materia de dependencia marcaron la consolidación de la Ley, el papel de los actores, la precariedad del sector y la desigualdad entre personas en situación de dependencia. Tal y como ha podido comprobarse

lo largo del monográfico, las medidas definidas en el Decreto buscaban reducir el coste económico del sistema de atención a la dependencia a partir de una serie de medidas que ensancharon la brecha de desigualdad en el acceso a prestaciones y servicios:

- El primer bloque de recortes que redujo el coste de la dependencia se sustentó en la modificación de los grados de dependencia, en la eliminación de los niveles de intensidad vinculados a cada grado, en el retraso del acceso a las personas con dependencia de grado moderado al sistema, en la implementación de algunas incompatibilidades entre servicios y en el aumento de los copagos. Por otro lado, la reducción de la financiación de la Administración General del Estado también se debió a un recorte de la aportación estatal a las comunidades autónomas por la disminución de las cuantías de nivel mínimo y la supresión del nivel acordado. Por último, esta limitación fondos se definió igualmente por una menor exigencia a las comunidades autónomas en el nivel mínimo, que se materializó en una reducción de la intensidad de las prestaciones y los servicios.
- En segundo lugar, estas medidas provocaron que el sistema público de la dependencia fuera todavía menos equitativo por la excesiva presión de los copagos en muchas prestaciones. El aumento del copago implicó nuevos riesgos para los hogares que, además de tener personas dependientes, estaban afectados directamente por el desempleo y la pobreza, debido a que medidas de ajuste aparentemente universales, como el copago, suponen un mayor peso en los ya débiles presupuestos de muchas familias. Por ello, el aumento de las tasas ha empujado a muchas familias a reducir, de manera voluntaria, los servicios que se prestaban a la persona beneficiaria, o incluso prescindir de ellos, provocando la “autoexclusión” deliberada del sistema en las personas con menos recursos económicos.
- En tercer lugar, el Real Decreto Ley 20/2012 también modificó la capacidad de acción de los agentes implicados en la atención a la dependencia. Por un lado, refundación de la LAPAD tenía entre sus objetivos aumentar la oportunidad de negocio en el sector de la dependencia. Por otro lado, la reforma modificó la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF) y eliminó la bonificación de la cuota de la Seguridad Social para las personas cuidadoras familiares. A partir de estos cambios, los cuidados familiares retornan al espacio invisible y aumentan las prestaciones vinculadas a servicios, en contraposición con las de entorno

familiar. La apuesta por el apoyo público para el acceso a servicios ha ido de la mano de un aumento de la mercantilización del sector.

- Por último, la implementación de los cambios que definía la norma alteró y complejizó de manera sustancial la gestión de la LAPAD, debido a la falta de información ágil y adecuada ofrecida a los profesionales encargados de su gestión. Este hecho provocó grandes conflictos a la hora de gestionar la Ley, debido a que, en ocasiones, la información ofrecida en prensa y la que disponían los profesionales era contradictoria.

En este escenario, nos encontramos ante la necesidad de redefinir las fórmulas de financiación y gestión de la LAPAD, de tal forma que puedan agilizarse los pagos, garantizarse mecanismos equitativos en el acceso a servicios, desbloquearse los procedimientos de resolución y reducirse las listas de espera. Sin embargo, estas cuestiones no son las únicas disfuncionalidades del sistema. Desgraciadamente, hemos visto como la universalidad con la que partía la norma en 2006 se ha ido reduciendo, provocando que las familias con presupuestos más débiles no puedan acceder a muchos servicios o que las comunidades autónomas con menor capacidad de gestión reciban una menor financiación del sistema. En este sentido, sería esencial mejorar la coordinación multinivel, para que el mapa de recursos y prestaciones no se adapte únicamente al tipo de prioridades políticas de cada región, sino también a las necesidades de las personas con dependencia y sus cuidadores/as.

En definitiva, a la luz de las reflexiones presentadas en este monográfico consideramos fundamental, en el plano territorial, unificar las vías de financiación del sistema de dependencia, de tal forma que seamos capaces de evolucionar hacia un sistema de provisión de recursos equitativo. Por otro lado, en el ámbito social, es necesario agilizar la gestión y potenciar la atención urgente a aquellos hogares que se encuentren en situación de emergencia social por tener, por ejemplo, varias personas dependientes en el domicilio, así como promover que aquellos hogares en situación de emergencia económica no se vean privados de recursos de cuidado por razones económicas. Igualmente, las reflexiones ofrecidas ponen sobre la mesa la necesidad inevitable de vincular el modelo de atención a los cuidados tanto con el mercado de trabajo como con las políticas de extranjería, debido a que el carácter subsidiario del que parten las actuales políticas de protección social a la dependencia hace necesario revisar los efectos sociales que generan en términos de sexo, edad y origen étnico.

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulak argitaratu ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok.
- Artikuluak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarritzko gaien buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte hartzea; immigrazioa, pobrezia eta gizarte-bazterketa; urritasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizartearen eskuartzea, oro har).
- Artikuluak idatz daitezke bai euskaraz bai gaztelaniaz, eta argitaratuko dira jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan.
- Artikuluak Word dokumentuan igorriko dira ohiko posta-zerbitzuaren bidez eta e-mail bidez.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Artikulu bakoitzak izan beharko ditu gutxienez 6.000 hitz eta gehienez 15.000, eta hori zenbatuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira artikularen titulua, egilearen edo egileen izenak, harremanerako helbide eta telefonoak, eta, baita ere, lankide gisa jardundako erakundea. Artikuluaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 150 hitz), eta hautatuko dira testuaren edukia deskribatuko dituen bost giltza hitz.
 - Aipua edo oharra joango dira orri-oinean.
 - Artikuluen erreferentzia bibliografikoak jarraituko dute ISO 690/1987 Araua.
- Erredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira artikulak jasotzen direnean, eta haiek erabakiko dute argitaratu edo ez ez kalitate zientifiko eta egokieraren arabera.
- Artikuluak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuaren epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komenigarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egitekoa ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar euren artikulak ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoa:

Zerbitzuan

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentrua

Etxague 10 behe

20003 Donostia

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- *Zerbitzuan* está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social.
- Todos los artículos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general).
- Los artículos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Los artículos se enviarán en un documento de Word y por correo electrónico.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenderse a las siguientes pautas:
 - La extensión del contenido de cada artículo será de entre 6.000 y 15.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar sólo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar el título del artículo, el nombre del autor o autores, su dirección y teléfono de contacto, así como su adscripción institucional. Se añadirá también un breve resumen o sumario del artículo (máximo 150 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto. El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las citas o notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas de los artículos seguirán la Norma ISO 690/1987.
- Una vez recibidos, los artículos serán sometidos a la consideración de los miembros del Consejo de Redacción, que decidirán sobre su publicación de acuerdo a criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los artículos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes de los textos, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- La revista no efectúa cargo alguno a los/as autores/as por evaluar ni publicar artículos.

La dirección y teléfono de contacto de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Centro de Documentación y Estudios

General Etxague, 10 - bajo

20003 Donostia-San Sebastián

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net

Introducción

La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad

Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro

La sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia durante el trienio 2012-2014: el equilibrio entre costes y financiación

Crisis de los cuidados y servicios sociales

La regulación de la responsabilidad de cuidar y su impacto de género

Instituciones públicas e instrumentos privados de protección: una perspectiva de conjunto

El despliegue de la Ley de Dependencia en el País Vasco y la Comunidad de Madrid (2007-2012): el margen de la autonomía política

Nuevos interrogantes en el modelo de provisión de cuidados en Andalucía

Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid

La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euskadi

Configuraciones del cuidado de larga duración en España y Francia: dos modelos contrapuestos

La profesionalización del sector de los cuidados

Conclusión

Propuestas para construir un modelo de gestión de los cuidados de larga duración basado en la equidad social, la igualdad de género y la cohesión territorial

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCOENPLEGU ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILADEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES Centro de
Documentación
y Estudios
Dokumentazio
eta Ikerketa
Zentroa

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa