

RESUMEN

EL CUIDADO IMPORTA

Impacto de género en las cuidadoras/es de
mayores y dependientes en tiempos de la
Covid-19

Diciembre 2021

Fondo Supera COVID-19

Diciembre 2021

Este Informe ha sido financiado por el Fondo Supera Covid-19 creado por Santander Universidades, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE). La investigación ha sido coordinada por Dolors Comas-d'Argemir (Universitat Rovira i Virgili) y han participado equipos de 10 universidades españolas.

Universidades participantes: Euskal Herriko Unibertsitatea, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Granada, Universidad de Murcia, Universidad de Zaragoza, Universidade da Coruña, Universitat de Barcelona, Universitat de València y Universitat Rovira i Virgili.

Cómo citar: Comas-d'Argemir, Dolors y Bofill-Poch, Sílvia (2021): *Resumen. El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*, Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas.

Consulta el informe completo en:

www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/

REALIZACIÓN DEL INFORME

Dirección de la investigación

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Editoras del informe

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Sílvia Bofill-Poch. Universitat de Barcelona

Universidades participantes (Investigadoras/es principales)

Euskal Herriko Unibertsitatea. Matxalen Legarreta Iza

Universidad Autónoma de Madrid. Cristina García Sainz

Universidad Complutense de Madrid. Jesús Sanz Abad

Universidad de Granada. Carmen Gregorio Gil

Universidad de Murcia. Juan Ignacio Rico Becerra

Universidad de Zaragoza. Ana Lucía Hernández Cordero

Universidade da Coruña. Raquel Martínez-Buján

Universitat de Barcelona. Sílvia Bofill-Poch

Universitat de València. Marcela Jabbaz Churba

Universitat Rovira i Virgili. Yolanda Bodoque-Puerta y Montserrat Soronellas- Masdeu

Equipo de investigación

Autoras/es (coordinadoras/es) de los capítulos

Tomasa Báñez Tello. Universitat de Barcelona

Yolanda Bodoque Puerta. Universitat Rovira i Virgili

Sílvia Bofill-Poch. Universitat de Barcelona

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Cristina García Sainz. Universidad Autónoma de Madrid

Ana Lucía Hernández Cordero. Universidad de Zaragoza

Marcela Jabbaz Churba. Universitat de València

Matxalen Legarreta Iza. Euskal Herriko Unibertsitatea

Raquel Martínez-Buján. Universidade da Coruña

María Offenhenden. Universitat Rovira i Virgili

Mireia Roca Escoda. Universitat Rovira i Virgili

Jesús Sanz Abad. Universidad Complutense de Madrid

Montserrat Soronellas Masdeu. Universitat Rovira i Virgili

Autoras/es y colaboradoras/es

Ana Alcázar Campos. Universidad de Granada

Patricia Almaguer Kalixto. Universidad de Zaragoza

Claudia María Anleu Hernández, Universitat Rovira i Virgili

Xabier Ballesteros Olazabal. Universitat Rovira i Virgili y Ayuntamiento de Barcelona

Tomasa Báñez Tello. Universitat de Barcelona

Maider Barañano Uribarri. Euskal Herriko Unibertsitatea

Cristina Barrial Berbén. Universidad Complutense de Madrid

Yolanda Bodoque-Puerta. Universitat Rovira i Virgili

Sílvia Bofill-Poch. Universitat de Barcelona

Marta Candeias Luna. Universidad de Granada

Manuel Caramelo Hernández. Universidad Complutense de Madrid

Salvador Cayuela Sánchez. Universidad de Murcia

Carlos Chirinos Medina. Universitat Rovira i Virgili

Herena Coma Almenar. Universitat Rovira i Virgili

Dolors Comas-d'Argemir Cendra. Universitat Rovira i Virgili

Anton Elosegi Villanueva. Euskal Herriko Unibertsitatea

Blanca García Peral. Universidad de Granada

Cristina García Sainz. Universidad Autónoma de Madrid

Alessandro Gentile. Universidad de Zaragoza

Mónica Gil Junquero. Universitat de València
Elena Gil Ochoa. Universitat Rovira i Virgili
Paula González Granados. Universidad de Zaragoza
Carmen Gregorio Gil. Universidad de Granada
Ana Lucía Hernández Cordero. Universidad de Zaragoza
Marcela Jabbaz Churba. Universitat de València
Angelina Kussy. Universitat Rovira i Virgili y Universitat Autònoma de Barcelona
Matxalen Legarreta Iza. Euskal Herriko Unibertsitatea
Fernando Lorés Masip. Universidad Complutense de Madrid
Raúl Márquez Porras. Universitat de Barcelona
Lola Martínez Pozo. Universidad de Granada
Jesús Martínez Sevilla. Universidad de Granada
Raquel Martínez-Buján. Universidade da Coruña
Diana Mata Codesal. Universitat de Barcelona
Paloma Moré Corral. Universidade da Coruña
Nina Navajas Pertegás. Universitat de València
María Offenhenden. Universitat Rovira i Virgili
Carlos Peláez Paz. Universidad Complutense de Madrid
Marta Pi Martín. Universitat Rovira i Virgili
Carmina Puig Cruells. Universitat Rovira i Virgili
Juan Ignacio Rico Becerra. Universidad de Murcia
Míreia Roca Escoda. Universitat Rovira i Virgili
Juan A. Rodríguez del Pino. Universitat de València
Samuel Rubio Coronado. Universidad de Granada
Marina Sagastizabal Emilio-Yus. Euskal Herriko Unibertsitatea
Jesús Sanz Abad. Universidad Complutense de Madrid
Alba Sierra Rodríguez. Universidad de Granada
Montserrat Soronellas-Masdeu. Universitat Rovira i Virgili
Ramona Tigell Gironés. Universitat Rovira i Virgili
Ramona Torrens Bonet. Universitat Rovira i Virgili
María Pilar Tudela Vázquez. Universidad de Granada

Sofía Ugena Sancho. Universidad Complutense de Madrid

Lorena Valenzuela Vela. Universidad de Granada

Laia Ventura García. Universitat Rovira i Virgili

Cápsulas audiovisuales

Coordinadoras

Claudia María Anleu Hernández. Universitat Rovira i Virgili

Cristina Barrial Berbén. Universidad Complutense de Madrid

Paula González Granados. Universidad de Zaragoza

Lola Martínez Pozo. Universidad de Granada

Producción audiovisual

Andrea Lolicato. Fotógrafo y doctor en antropología urbana

Realización del trabajo de campo

Entrevistas y observaciones

Todo el equipo de investigación

Procesamiento de datos

Carlos Chirinos Medina. Universitat Rovira i Virgili. Registros y tablas de participantes

María Offenhenden. Universitat Rovira i Virgili. Procesamiento de datos y gestión

Míreia Roca Escoda. Universitat Rovira i Virgili. Procesamiento Atlas.ti

Verónica Anzil. Universitat Rovira i Virgili. Colaboradora

José Coll Martínez. Universitat Rovira i Virgili. Colaborador

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. EL CUIDADO DE MAYORES Y DEPENDIENTES EN ESPAÑA. ¿EN QUÉ CONTEXTO IRRUMPE LA COVID?.....	8
2. CUIDADORAS FAMILIARES, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA.....	13
3. TRABAJADORAS EN SERVICIOS DE PROXIMIDAD. SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS, CENTROS DE DÍA, ASISTENCIA DOMICILIARIA Y ASISTENCIA PERSONAL.....	18
4. RESIDENCIAS, LAS GRANDES OLVIDADAS.....	23
5. TRABAJADORAS DE HOGAR Y CUIDADOS.....	36
6. INICIATIVAS COMUNITARIAS	42
7. HACIA UN MODELO ALTERNATIVO DE CUIDADOS.....	46
8. ANEXO. CÁPSULAS AUDIOVISUALES. CUIDAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	59

INTRODUCCIÓN

La investigación que aquí presentamos sobre el impacto de la pandemia en el cuidado de personas mayores y dependientes se ha realizado entre julio de 2020 y diciembre de 2021 por un equipo interdisciplinar de antropología, sociología y trabajo social de diez universidades españolas, liderado por Dolors Comas-d'Argemir, catedrática de antropología de la Universitat Rovira i Virgili.

La investigación surge y se desarrolla en un momento de excepcionalidad social y sanitaria consecuencia de la pandemia de la covid-19 y aborda uno de los retos más importantes que tiene planteada nuestra sociedad actual: el cuidado de personas mayores y dependientes.

La pandemia ha revelado la fragilidad de nuestro sistema de cuidados, al tiempo que ha dado visibilidad y ha mostrado el rol esencial de los cuidados en el mantenimiento de la vida y la reproducción económica y social.

Nuestra investigación ofrece un diagnóstico, con perspectiva de género, sobre el modo en que la pandemia ha impactado en la organización social del cuidado a mayores y dependientes en España, poniendo el foco en el trabajo de las personas que cuidan, cuidadoras y cuidadores. **El ámbito de análisis es el cuidado social (no el sanitario), conformado por cuidadoras/es familiares, trabajadores/as de servicios de cuidado y empleadas directamente en los hogares para cuidar.** En todos los casos se da un fuerte predominio de las mujeres, muchas de las cuales han vivido los efectos de la pandemia con una gran vulnerabilidad y precariedad. Se trata de un tema que requiere mayor atención social y política y que exige un abordaje urgente. En esta línea, la investigación identifica propuestas de mejora y apunta posibles líneas de intervención para avanzar hacia un sistema de cuidados más justo y democrático, desde una perspectiva de justicia social y justicia de género, que garantice un cuidado digno y un empleo de calidad.

Al inicio de la pandemia el sector del cuidado social a mayores y dependientes no se tuvo en cuenta, ni desde el punto de vista epidemiológico, ni desde el punto de vista político, hasta que estalló la crisis de las residencias y los múltiples fallecimientos que se sucedían en ellas. Los resultados de este "olvido" fueron devastadores, tanto para las personas mayores y personas con discapacidad, como para quienes las cuidan o les dan apoyo. La tardanza en subministrar equipos de protección a las trabajadoras provocó contagios, entre el personal y las personas residentes, que se hubieran podido evitar. Fuera de las residencias, en el ámbito del hogar, las necesidades de los y las trabajadoras del cuidado (asistencia domiciliaria, empleo de hogar, cuidado familiar) y de las personas cuidadas, tampoco fueron atendidas adecuadamente, produciendo situaciones de enorme vulnerabilización. Las prácticas y restricciones que se llevaron a cabo con el afán de frenar la transmisión del virus, y que se erigieron como proteccionistas de la vida, actuaron en el fondo como mecanismos de exclusión, desprotección y marginalización de ciertas vidas: las de las personas de más edad y las personas en situación de dependencia.

La pregunta de investigación más elemental, y a la vez profunda y esencial, que planteamos es **¿POR QUÉ? ¿Por qué el cuidado social quedó relegado?** ¿Por qué el esfuerzo que hicieron las trabajadoras del cuidado para salvar vidas no ha tenido reconocimiento? ¿Qué factores inciden en la escasa valoración que se otorga al cuidado y apoyo hacia personas mayores y con discapacidad?

Nuestra hipótesis es que esta falta de reconocimiento tiene que ver con una **doble devaluación**: la falta de valor que se da al cuidado social, un sector laboral feminizado y precarizado que, siendo esencial para el sostenimiento de la vida, no recibió la atención que

sí obtuvo el sector sanitario; y la falta de valor que tiene la vejez, la cual ha conducido a gravísimas situaciones de exclusión social (o *edadismo*) durante la pandemia. Las mismas causas podemos atribuir a la discapacidad. Ambos factores de devaluación explican el olvido que sufrió el sector, y explican los déficits del sistema de atención social, incluida su infrafinanciación: años y años con falta de inversiones, retrocesos en la aplicación de la Ley de Dependencia, plantillas insuficientes en los servicios, y precariedad de los trabajos de cuidados. Lo esencial es que todo ello afecta a la dignidad de las personas mayores y con discapacidad.

Las desigualdades de género y las desigualdades sociales sobre las que se sustenta el actual modelo de organización social del cuidado se han visto reforzadas con la crisis. La pandemia no es solo un problema de salud colectiva; es también un problema de desigualdad, que se expresa con más fuerza en los colectivos más vulnerables. No hemos vivido solo una pandemia, sino una sindemia, ya que la enfermedad se exagera por las desigualdades de salud causadas por la edad, la pobreza, la estigmatización, el estrés o la violencia estructural. Y en este contexto, el género y la clase social intervienen como factores de desigualdad. La covid no es solo una enfermedad, sino un hecho biosocial y es en esta dimensión donde situamos el análisis de su impacto en el cuidado de mayores y dependientes.

Nuestra investigación da visibilidad y reconocimiento al cuidado social. Muestra las situaciones de riesgo y vulnerabilidad que han vivido las personas cuidadoras, pero también las experiencias de empoderamiento e iniciativas desplegadas para afrontar la crisis, la solidaridad entre trabajadoras y el compromiso expresado para con las personas cuidadas.

Trata los aspectos sociales y culturales que condicionan el escaso valor que se da al cuidado social, que ha evidenciado la falta de atención que personas mayores y personas con discapacidad recibieron al inicio de la pandemia y la vulneración de sus derechos durante la misma. Y aborda los principales déficits y problemas del sistema de cuidados, así como las alternativas para responder a los desafíos que supone el incremento de las necesidades de cuidados en la actualidad.

La investigación es original en su concepción y en sus resultados. Por un lado, tiene un carácter vivencial, en la medida que reconstruye las experiencias y percepciones de quienes han estado cuidando durante la pandemia. Por otro lado, aborda el análisis del modelo de cuidados de forma integral desde las posiciones específicas y diversas de las personas cuidadoras (familias, residencias, asistencia domiciliaria, empleo de hogar, iniciativas comunitarias), incorporando, además, las voces de los distintos agentes que configuran el sistema de cuidados: gerentes y directores/as de servicios, representantes sindicales, entidades de la sociedad civil, representantes políticos y académicos/as. El cruce de estos relatos, no siempre coincidentes, aporta un filtro crítico para una mejor comprensión de lo que sucedió durante la pandemia. Lo significativo es que, a pesar de que los relatos pueden ser divergentes e incluso antagónicos, convergen en diagnósticos similares, que apuntan a los déficits del actual sistema de atención a la dependencia y en la necesidad de transformar el modelo.

ENFOQUE METODOLÓGICO

La metodología se basa en la aplicación de dos enfoques básicos: la perspectiva de género, feminista e interseccional, y un enfoque fenomenológico, que parte de la experiencia, da voz a quienes cuidan y sitúa en el centro su testimonio.

Se trata de una investigación **cualitativa**, aunque hemos utilizado también técnicas de investigación cuantitativa que nos han servido para analizar la aplicación de la Ley de

Dependencia, así como para dimensionar el sector ocupacional de los cuidados. Para ello se han consultado fuentes estadísticas y bases de datos de organismos oficiales.

Las técnicas cualitativas se han centrado en el **método etnográfico**. El trabajo de campo se realizó entre mayo de 2020 y febrero de 2021 y combinó entrevistas semi-dirigidas individuales y grupales (conducidas a partir de guías de entrevista abiertas) con la realización de grupos focales, talleres de co-creación y cápsulas audiovisuales. En total se han realizado **343 entrevistas, 8 grupos focales, 5 talleres y 6 cápsulas audiovisuales**. También hemos tenido en cuenta los documentos e informes que se han generado para analizar la pandemia. Expresamos aquí nuestro profundo agradecimiento a las personas participantes en el estudio, quienes a pesar de la falta de tiempo y de las situaciones enormemente difíciles que estaban viviendo, han encontrado el momento para atendernos y confiarnos su testimonio.

ESTRUCTURA DEL INFORME

El informe se organiza en siete capítulos. El primer capítulo presenta el contexto en el que irrumpe la pandemia en lo que refiere al sistema de atención a la dependencia. Los capítulos siguientes analizan el impacto de la pandemia en los distintos sectores del cuidado social: cuidado familiar (cap. 2), servicios (atención domiciliaria, centros de día y asistencia personal) (cap. 3), residencias (cap. 4) y trabajo de hogar y cuidados (cap. 5). El capítulo sexto aborda el análisis de algunas iniciativas comunitarias que han emergido y/o reforzado su campo de acción durante la pandemia y, finalmente, el capítulo siete presenta líneas de actuación y posibles alternativas al actual sistema de cuidados, a modo de conclusión. En forma de anexo, aparece una síntesis y enlace con las cápsulas audiovisuales realizadas.

1. EL CUIDADO DE MAYORES Y DEPENDIENTES EN ESPAÑA. ¿EN QUÉ CONTEXTO IRRUMPE LA COVID?

El aumento de la longevidad, combinado con la disminución de la natalidad conforma una sociedad envejecida. Los cambios demográficos, junto con los importantes cambios en las familias ha causado la denominada crisis de los cuidados. A falta de unas políticas públicas eficientes para atender los cuidados de larga duración, la familia continúa siendo el pilar sobre el que se sostiene el cuidado en España.

Las fórmulas de proveer cuidados y las estrategias que se han seguido para su protección social basculan en el desequilibrio de una estructura demográfica envejecida a causa del aumento de la esperanza de vida. En España se comenzó el siglo XX con tan solo 34 años de esperanza de vida al nacer, situándose en 69,1 años en 1960 y en 83,6 años en 2019, siendo uno de los países más aventajados del mundo en este terreno antes del impacto de la covid. Desde la Administración pública esta situación ha intentado solventarse a través de la aplicación de leyes destinadas a los cuidados de larga duración. Tal es el caso de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* (LAPAD) que entró en vigor en 2007 para afrontar los requerimientos de provisión de atención personal. Sin embargo, quince años después de su puesta en marcha todavía presenta incógnitas sobre su financiación y ofrece síntomas de agotamiento en los recursos públicos que inicialmente se habían definido.

El **aumento de la longevidad se complementa además con una caída de la natalidad** y un incremento de mujeres que desean no tener hijos. La ausencia de apoyo institucional a la conciliación laboral y familiar, así como la precariedad económica son las principales razones aducidas por las mujeres que han decidido limitar su número de hijos e hijas. Una de cada

cinco mujeres ha tenido menos hijos de los deseados. Aunque sigue siendo mayoritario el número de mujeres que desean tener criaturas, no es así entre las mujeres de menos edad: el 27,0% de las menores de 25 años declaran desear no tener ningún hijo o hija. Por otro lado, el 24% de las mujeres nacidas en 1970 no ha tenido ningún hijo o hija frente al 15% de las nacidas entre 1950-1959.

Todos los datos indican que la principal fuente de provisión de cuidados se encuentra en la parentela. La familia es la responsable de la sostenibilidad de la vida y de su supervivencia en los momentos más frágiles. **En el 88,1% de los hogares que requieren cuidados de larga duración, estos son realizados por alguien de la familia y cuando hablamos de parientes nos referimos especialmente a las mujeres.** Ellas son las principales cuidadoras tanto de las personas adultas mayores como de las más pequeñas de los hogares, aunque se vislumbran cambios. Los hombres se están incorporando a los trabajos de cuidados, pero lo hacen, sobre todo, cuando estos se dirigen a personas de edad avanzada. En el 26,5% de estas situaciones, el cuidador principal es un hombre de la familia. También para el cuidado de las personas más mayores éste se externaliza, y se contrata en el mercado el servicio de una cuidadora. El 7,8% de los hogares con esta demanda cuenta con una persona contratada para realizar estas tareas.

LOS EMPLEOS DE CUIDADOS: GÉNERO, CLASE Y EXTRANJERÍA

En términos de la generación de empleo remunerado, la satisfacción de las necesidades de cuidado ha tenido una gran repercusión.

Tanto los datos de afiliación a la Seguridad Social como las estimaciones realizadas a partir de la Encuesta de Población Activa (EPA) señalan **al sector como un yacimiento relevante de empleo.** Durante la última década, el peso del sector, medido como porcentaje de afiliados y afiliadas a la Seguridad Social en las actividades relacionadas con el cuidado y la asistencia personal con respecto al total de personas afiliadas en España, ha aumentado un 0,8%, situándose en el 3,8% en 2020. El crecimiento del empleo en el sector presenta algunas características clave, pues los datos indican que **se está consolidando un modelo de cuidado en el que prevalece la contratación privada, cada vez más fuera de los centros residenciales y más centrada en los domicilios.**

Las cifras de la EPA nos permiten acercarnos a la composición demográfica de las trabajadoras del cuidado social. Sus datos señalan que en el año 2020 trabajan en el ámbito del cuidado social algo más de 684 mil personas, de las cuales, el 95,5% son mujeres y el 51,6% han nacido en el extranjero. El 19,9% de las mismas son auxiliares de enfermería en residencias, el 13,5% son cuidadoras y auxiliares de los servicios sociales sin alojamiento (servicios de ayuda a domicilio) y el 66,3% trabajan contratadas como empleadas de hogar en el servicio doméstico. De esta manera, el servicio doméstico es una ocupación muy relevante a la hora de considerar el empleo vinculado al ámbito de la dependencia. Aunque no se le haya dado la suficiente visibilidad, la gran mayoría de las personas contratadas por los hogares como servicio doméstico desempeñan actividades que, de forma directa o indirecta, se puede enmarcar en la atención y el cuidado personal. Es importante tener en cuenta esta circunstancia dado que la Seguridad Social estima que están contratadas por los hogares alrededor de 381 mil personas y la EPA ofrece la cifra de 595 mil trabajadoras. Los datos disponibles no permiten cuantificar con exactitud cuántas de estas personas desempeñan tareas de cuidado y atención, pero sí que muchas de ellas trabajan sin contrato en la economía sumergida.

EL ESCASO DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENDER LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

El sistema de atención a la dependencia es frágil, inestable y desigual en aplicación, además de estar infra-financiado. Ello incide en las listas de espera para acceder a los servicios y en una atención insuficiente, y además genera inequidades sociales. El principal esfuerzo en los cuidados sigue recayendo en las familias y en las mujeres.

La LAPAD, supuso un desarrollo positivo de la protección social, aunque haya mostrado severas dificultades para su implementación a consecuencia de la crisis económica y financiera del año 2008. Su desarrollo ha sentado las bases de un sistema de atención a la dependencia que ha avanzado en los derechos reconocidos a este colectivo con respecto a la situación existente con anterioridad a su aprobación.

Presentamos a continuación una serie de conclusiones relativas al modo en que se ha implementado el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con referencia a las cinco comunidades autónomas analizadas: Andalucía, Cataluña, Comunitat Valenciana, Galicia y País Vasco.

1. **El SAAD se ha desplegado de forma diferencial en las comunidades autónomas porque el esfuerzo presupuestario y la ideología política de los Gobiernos autonómicos son determinantes respecto del modelo asistencial, el grado de universalización de la cobertura y la eficacia de la gestión (lista de espera).** En 2006, cuando se redacta la LAPAD, se concibe como un sistema garantista y homogéneo en el territorio español; pero tras 15 años de vigencia, observamos que quedó sometido a la voluntad política y a las inestabilidades y tensiones económicas coyunturales. Es, por lo tanto, un sistema inestable que además produce profundas asimetrías territoriales. Un ejemplo paradigmático del marcado eje político de la implementación del sistema es el País Vasco, donde son las diputaciones forales las administraciones que organizan el sistema de la dependencia y que inciden en unas u otras prestaciones en función del color político del partido o coalición de gobierno. En la Comunitat Valenciana también impactó el cambio en el color político de su gobierno que se produjo en 2015 y que supuso el incremento presupuestario del SAAD, el aumento de las personas beneficiarias y la reducción de las listas de espera. Si bien también existen diferencias en los otros pilares del Estado de bienestar como son la salud, la educación o la protección de la seguridad social; en el caso de los servicios sociales, la implementación del SAAD produjo un avance en derechos, pero sin consolidar un sistema universal que se adapte a las necesidades específicas de las personas dependientes. Por lo tanto, para transformar el sistema es imprescindible replantear el volumen de financiación, un debate sobre el modelo de atención y un sistema que garantice los derechos ciudadanos.
2. **El SAAD está infra-financiado desde el inicio y cualquier crisis lo hace mucho más vulnerable, no pudiendo atender las nuevas demandas.** Es un sistema que se sostiene gracias a conceder las ayudas mínimas posibles, con el mínimo personal. Por ello, las crisis económicas o los periodos políticos que ponen barreras e incrementan las listas de espera tienen una mayor afectación sobre la capacidad de recuperación del sistema en los momentos de expansión; atender las solicitudes atrasadas dificulta la atención de las nuevas, impidiendo darles una respuesta favorable en tiempo y forma. Como no hay estabilidad, el sistema se vuelve incapaz de garantizar el derecho al cuidado de las personas dependientes. Y el funcionar a mínimos somete al SAAD a los factores de incertidumbre externa. Ahora, es de esperar que el impacto de la crisis pandémica tenga efectos de mediano y largo plazo, sobre todo por la modificación de las necesidades de

las personas dependientes y la aparición de nuevos problemas. Reforzar, por ello, los servicios de cuidado, es una cuestión fundamental.

3. **La inestabilidad del sistema podemos evidenciarla en la evolución de las prestaciones concedidas ya que se observa una evolución profundamente marcada por la crisis económica en todas las comunidades autónomas y luego, por el decreto de 2012 que recortó las prestaciones y dificultó las condiciones de acceso a ellas.** A una etapa de despegue y consolidación que llega hasta 2012, le sigue otra etapa de claro retroceso, entre 2012 y 2015, momento en el que da inicio una recuperación que se sostiene al alza, sin grandes altibajos, hasta 2020. No obstante, la comunidad autónoma del País Vasco, con un sistema de financiación propio, escapa a la etapa de retroceso, y solo sufrió un ciclo de dos años de estancamiento (entre 2010 y 2011), sin llegar a retroceder significativamente en el número de beneficiarios.
4. **La lista de personas que se encuentran en el limbo de la dependencia es extensa,** excepto en el País Vasco donde es prácticamente inexistente. Se calcula que hay unas 370.000 personas que no cobran la prestación asignada o que esperan que se les haga la valoración para ser reconocidos. Cataluña, ha llegado a tener en espera (2016) a más del 40% de personas beneficiarias y actualmente tiene en este limbo de la dependencia a casi el 30%. Se trata de la comunidad autónoma con un número y un porcentaje mayor de personas en espera y que no consigue reducir la lista de forma significativa, un tema que es objeto de debate político. Le sigue Andalucía, aunque en esta comunidad autónoma sí existe una tendencia clara al descenso. Tanto Galicia, como especialmente la Comunitat Valenciana, sí han reducido mucho la lista de espera desde 2015, año en que se producen los picos máximos en sus limbos de la dependencia.
5. **Las personas con dependencia tienen preferencia por vivir esta etapa en su hogar habitual o en el entorno de residencia de personas conocidas o familiares.** Así lo han expresado las personas entrevistadas que gestionan recursos. Además, consideran que las plazas de residencia son comparativamente caras e insuficientes. En una gran proporción, se trata de centros privados que concertan plazas públicas con la Administración. El porcentaje del recurso residencial respecto al total de prestaciones concedidas tan solo se incrementa en Cataluña, una comunidad autónoma donde el sistema privado concertado por la Administración está muy desplegado. En Andalucía el porcentaje se ha mantenido bastante invariable desde 2008, en cambio en Galicia y en el País Vasco se ha reducido significativamente, y más levemente en la Comunitat Valenciana. El gran impacto de la covid en el modelo de cuidado residencial provocará un replanteamiento del mismo y, sin duda, un mayor impulso de las prestaciones que faciliten el cuidado en el hogar que ya era una tendencia antes de la pandemia puesto que la plaza de residencia es la prestación más costosa para la Administración.
6. **La falta de articulación entre los servicios sociales y el sistema de salud es una de las debilidades del SAAD que ha dejado en evidencia la pandemia.** Es también uno de los temas presentes en el debate político alrededor de la LAPAD. No obstante, también se ha cuestionado el modelo residencial aséptico e impersonal, porque una residencia desprovista de elementos materiales (muebles y todo tipo de objetos) que proyecten la personalidad de quien lo habita, es un NO LUGAR, un espacio que no invita a recrear el proyecto vital. Por lo tanto, la articulación sociosanitaria requiere diferenciar necesidades y tener en cuenta que la vida ha de merecer ser vivida. Sin duda será una de las cuestiones en las que se deberá actuar en el futuro próximo.
7. **Existe una gran escasez de centros de día.** Este servicio suele articularse muy bien con el cuidado en el ámbito familiar, permitiendo «un respiro» a quienes cuidan en los domicilios, principalmente las mujeres. El ingreso en un recurso residencial, siendo la

última opción entre las alternativas disponibles de cuidado, suele tener también una gran demanda, ya que no existen unas prestaciones públicas adaptadas para el cuidado en el hogar de grandes dependientes cuya familia ya no puede (por agotamiento u otras circunstancias) seguir cuidando.

8. **La Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) es el recurso vinculado a los servicios en el domicilio más significativo, frente a otros como el SAD o la teleasistencia que son claramente insuficientes.** La PECEF ha tendido a disminuir en algunas comunidades autónomas (Galicia), mientras en otras ha aumentado de manera notable, como es el caso de la Comunitat Valenciana, donde se ha canalizado el incremento de personas beneficiarias hacia un tipo de prestación que contribuye a la familiarización y generización del cuidado. El resto de los recursos vinculados a la prestación de los cuidados en el propio domicilio, como la teleasistencia y el servicio de atención domiciliaria (SAD), resultan muy insuficientes. Tan solo en el País Vasco, y más en concreto en Gipuzkoa, se ha desarrollado un servicio de asistencia personal que pretende ser un recurso mucho más amplio y centrado en las necesidades de las personas cuidadas. Las prestaciones económicas vinculadas al servicio (PEVS), favorecen la libre elección de la persona beneficiaria respecto a cómo desea ser cuidada, pero son más costosas para la persona usuaria porque están sometidas al régimen de copago y, de entrada, al ser una contratación privada, están sujetas a las reglas del mercado, lo que dificulta un seguimiento público de su calidad. De forma indirecta, como un efecto no deseado de la escasa intensidad de los recursos y de los costosos servicios privados, el SAAD podría llegar a convertirse en un sistema residual, dirigido a la población con recursos muy escasos, que expulsa del sistema a las clases medias al ser más económico para ellas la mercantilización de la asistencia mediante el servicio doméstico.
9. **La debilidad financiera estructural del SAAD ha favorecido la concesión de prestaciones económicas y la expansión del copago en los diferentes servicios.** En tres de las comunidades autónomas analizadas, la PECEF es la prestación mayoritaria: Comunitat Valenciana, Cataluña y País Vasco. Pero el cuidado familiar necesita del apoyo de las políticas públicas más allá del reconocimiento económico del cuidado que se preste en este ámbito. Esto implica un replanteo profundo del modelo de atención en el domicilio, para que no esté necesariamente centrado en una persona cuidadora familiar. Inclusive, si así fuera (aunque a medio término será inviable como regla general), debería combinarse con otras prestaciones (SAD, centros de respiro); resaltando, además, que existen otras opciones para la permanencia de una persona dependiente en el domicilio que consiste en crear una malla de cuidados de tipo profesional.

El modelo de cuidados basado en el esfuerzo de la familia, sobre todo de las mujeres, no es sostenible en un futuro próximo debido a los cambios sociodemográficos que ya se han producido. No obstante, no existe una reacción política o administrativa-profesional que tome en serio estos cambios y el modelo de intervención social en la atención a la dependencia sigue centrado en el cuidado familiar cuasi exclusivo. De acuerdo con los datos analizados, ésta no puede ser una vía futura para sostener la vida. Se requiere, pues, un cambio de modelo del actual sistema de cuidados.

2. CUIDADORAS FAMILIARES, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA

La pandemia ha puesto de relieve hasta qué punto la familia continúa siendo una pieza clave en la provisión de cuidados. Los poderes públicos tuvieron la convicción de que la familia absorbería el shock pandémico y no dudaron en cerrar escuelas y servicios de cuidado. El confinamiento ha comportado una sobrecarga para las familias y ha exigido, especialmente a las mujeres, una dedicación y esfuerzos extraordinarios que no han sido reconocidos.

CUIDAR EN LA FAMILIA: UN MOSAICO DE RECURSOS DE DIFÍCIL ENCAJE

Los cambios familiares, demográficos y sociales han erosionado el modelo de cuidados tradicional sustentado en la familia como pilar básico: cada generación tiene menos hijos e hijas que la anterior; las mujeres reclaman igualdad en los comportamientos familiares, los hombres apenas se implican en el cuidado, todo lo cual disminuye el potencial cuidador de las familias. Además, la diversidad de formas de convivencia existentes hoy en España (familias recompuestas, monoparentales, parejas de hecho, parejas homosexuales...) modifica el contenido de los vínculos de parentesco, las expectativas y las obligaciones asociadas a ellos. También han cambiado substancialmente las formas de la solidaridad familiar intergeneracional, como fruto de una mayor longevidad y del deseo de autonomía económica y personal tanto de las personas mayores como de las más jóvenes.

Las situaciones de elevada dependencia son muy demandantes en actividades y tiempo, trastocan la vida de las familias, modifican el espacio doméstico y cambian el lugar de las prácticas laborales y de cuidados. Las familias se ven obligadas a realizar un complicado bricolaje de ayudas y recursos para hacer posible una aspiración culturalmente mayoritaria en España como es envejecer en el hogar.

El mosaico de recursos de cuidado para atender a personas mayores o con discapacidad está compuesto por toda una serie de piezas difíciles de encajar, por su fragmentación y diversidad:

- la pieza principal es el propio cuidado familiar, claramente atravesado por el género y donde las mujeres predominan como cuidadoras.
- la familia extensa, que suele proporcionar acompañamiento en forma de visitas y eventualmente sustituyendo a la persona cuidadora.
- el entorno comunitario, conformado por amistades, vecindad, así como por los servicios sociales y sanitarios de proximidad disponibles.
- el servicio de atención domiciliaria (SAD) o la asistencia personal, así como las prestaciones previstas en la LAPAD.
- las empleadas de hogar, contratadas para tareas de limpieza y/o cuidados.
- las residencias asistidas y las sociosanitarias que suponen la institucionalización de la persona cuidada y se recurre a ellas cuando existe un deterioro extremo de la autonomía personal.

La capacidad para movilizar recursos y obtener apoyos está condicionada por la capacidad económica, así como por el capital social y cultural de las personas cuidadoras.

Los servicios sociales brindan soporte en la gestión de recursos, pero el pilar sobre el cual gira la gestión del mosaico de cuidados continúa anclado en las familias.

Las familias sufren las consecuencias de las tardanzas de la administración en hacer la valoración de la dependencia o la espera para acceder al recurso asignado, el denominado “limbo de la dependencia”. Lo mismo sucede cuando se plantean ingresar a su familiar en una residencia, pues empieza un difícil itinerario para acceder a ella. No hay gran problema si se trata de una plaza privada, pero el acceso a una plaza pública podía comportar antes de la pandemia 4 o 5 años de espera. **Estas situaciones (el limbo de la dependencia, las listas de espera) generan inevitablemente un proceso de selección social.** Quien no tiene dinero, ha de esperar, años a veces, a acceder a recursos previstos en la LAPAD, con lo que ello supone para unas familias agotadas y al límite de sus fuerzas.

Género y clase se conjugan fatalmente cuando las familias con pocos recursos se han de ocupar de una persona en situación de dependencia. Las mujeres, especialmente, se ven obligadas a reducir sus horas de empleo o a abandonarlo para dedicarse a cuidar. El sistema de atención a la dependencia se basa pues en injusticias de género y en injusticias de clase, tal como se refleja en la organización del cuidado familiar. El confinamiento ha agravado las situaciones y ritmos de cuidado que se sostenían a duras penas en los hogares y generalizó una sobrecarga de cuidados en el contexto familiar.

CUIDADORAS FAMILIARES: SOLAS Y DESATENDIDAS

El confinamiento y la supresión de los servicios ha rehogarizado, refamiliarizado y refeminizado el cuidado de mayores y dependientes. Han sido las mujeres de la familia quienes han amortiguado el impacto de la pandemia. No obstante, las cuidadoras familiares se quedaron solas y desatendidas.

La pandemia obligó a reorganizar el cuidado en los hogares y a recomponer el mosaico de recursos, pues se perdieron importantes piezas del mismo. El cierre de los centros de día, la crisis de las residencias, la reducción o eliminación del SAD, la baja (o despido) de la empleada de hogar, el miedo al contagio y el confinamiento domiciliario estricto de las personas de edad avanzada ha devuelto el cuidado de mayores y dependientes a los hogares, a las familias y a las mujeres. El cuidado se ha rehogarizado, refamiliarizado y refeminizado y, con ello, las mujeres han amortiguado el impacto de la pandemia. **La pandemia ha generado una deuda con las cuidadoras, en la medida que la corresponsabilidad en cuidados de las administraciones públicas les fue transferida, sin más, a las familias. Pero se trata, una vez más, de una deuda invisible.**

Así, la supresión o debilitamiento de los servicios públicos de cuidado (SAD, asistente personal, centros de día) penalizó, no solo a las personas cuidadas, sino también a sus cuidadoras, quienes asumieron el peso de tal desatención, sin ningún tipo de compensación y sin tomar en consideración sus posibilidades y situación laboral o familiar.

Según la Ley de Dependencia, se trata de derechos subjetivos garantizados para las personas dependientes, pero en la práctica se vieron limitados o vulnerados tales derechos, incrementando las desigualdades e inequidades sociales y de género.

Durante la pandemia, los recursos y posibilidades de cuidar se vieron afectados en diversos sentidos:

- **Los apoyos del sistema público de atención se perdieron, o quedaron muy debilitados.** La fragilidad del sistema de cuidado social quedó en evidencia, al tiempo que el sistema sanitario colapsó. Los y las cuidadoras familiares relatan haberse sentido solas y totalmente desatendidas ante las urgencias sobrevenidas en los cuidados de sus

familiares durante el confinamiento domiciliario de los primeros meses de pandemia, además de incrementar sus horas de dedicación al cuidado.

- **El soporte de la familia extensa se redujo drásticamente.** En caso de que la persona que requería cuidados viviera sola, es el familiar más cercano a su domicilio quien procura atenderle. Los apoyos puntuales y las visitas se eliminaron y contribuyeron a la soledad de la persona cuidadora y de la persona cuidada.
- **El apoyo comunitario prácticamente desapareció.** Los grupos de apoyo con los que habitualmente estaban en contacto las personas cuidadoras, las visitas de amistades y familiares, el contacto con el vecindario, las actividades realizadas en talleres, las compras y paseos por el pueblo o el barrio, cesan de repente, provocando deterioro físico y cognitivo importante en muchos casos, en gran medida por razón del aislamiento y distanciamiento social que la pandemia impone. Aunque emergieron iniciativas comunitarias para remediar situaciones difíciles (proporcionar alimentos, llamadas para compensar la soledad), el cuidado que proporcionan los lazos comunitarios se debilitó.
- **La contratación de trabajadoras de hogar y cuidados** sufrió situaciones muy diversas y cambiantes y en muchos casos ha causado malestares a las familias y a las cuidadoras contratadas. En algunos casos las familias se quedaron sin este recurso, sea porque ellas mismas decidieron prescindir de la empleada por miedo al contagio, sea porque las propias empleadas tomaran esta decisión por el mismo motivo. En otros casos, se pidió a las trabajadoras que se confinaran con la persona cuidada, también para evitar contagios. Pero también, como consecuencia del incremento de las necesidades y tiempos de cuidado, algunas familias decidieron contratar una empleada de hogar (que antes no tenían), para cubrir parte del trabajo de cuidados, especialmente en zonas rurales con menos densidad de servicios públicos de cuidado. Con ello se evidencia nuevamente que, en la medida en que los recursos públicos son limitados, la solución más fácil y asequible para las familias es acudir al mercado. Esta solución, sin embargo, no parece la más óptima. Ni está al alcance de todas las familias, ni la privatización del cuidado es lo que una política pública debe potenciar.
- **La letalidad de la pandemia en las residencias** modificó el significado del ingreso de su familiar en ellas. Si las residencias eran consideradas ya como último recurso para proveer cuidados a familiares, con la pandemia sufren un nuevo estigma, razón por la cual algunas familias optaron por sacar a su familiar e incorporarlo al hogar, generalmente de forma temporal. Dejar al familiar en la residencia o reingresarlo después de una salida breve han sido en ambos casos decisiones dolorosas. Los familiares se sienten atrapados y, sobre todo, sienten culpa por no poder cuidarlo en casa y dejarlo en la residencia, dados los elevados índices de contagio. Expresan también el miedo, pánico incluso, a no poder despedirse de sus seres queridos. Llevar un familiar a una residencia no supone en absoluto un olvido o un quebranto del vínculo de cuidado, y la pandemia lo ha evidenciado. La situación en las residencias también produce cambios en la visión futura respecto de cómo quisieran ser cuidados: la residencia como opción casi desaparece y las sospechas que ya se tenían antes respecto a la institucionalización, parecen haberse reforzado. Así, la opción de envejecer en casa, en el entorno conocido, adquiere mayor relevancia, a pesar de los efectos desiguales que ello produce sobre las personas que deben asumir ese cuidado.

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LA VIDA Y SALUD DE LAS CUIDADORAS FAMILIARES

Los hogares han sufrido el impacto de la pandemia puertas adentro. Son las situaciones más cotidianas pero, a su vez, las más desconocidas. El sobreesfuerzo en los cuidados, sumado a la difícil conciliación con la vida laboral, ha repercutido en la salud física y emocional de las personas cuidadoras.

La pandemia y el confinamiento han provocado cambios en la vida personal y en la identidad de las cuidadoras/es familiares. Las mujeres se han visto desbordadas por la necesidad de cubrir muchos frentes: la hogarización de la escuela de los hijos e hijas, el teletrabajo, los cuidados a la familia propia, a las personas adultas dependientes... Durante este tiempo, los cuidados han sido claramente el eje organizador de la vida de las mujeres, produciendo, en su caso, impactos negativos sobre las actividades remuneradas. La pandemia ha supuesto para muchas cuidadoras/es familiares la suspensión de la actividad laboral o su modificación. La pérdida del empleo, los cambios en las condiciones laborales, el teletrabajo estresante y difícilmente conciliable con la actividad del cuidado... han contribuido a dar un giro en las vidas de las personas cuidadoras. Desbordadas y sin poder conciliar, algunas solicitaron bajas médicas, lo que les permitió cuidar sin la presión del trabajo remunerado, a pesar de la repercusión en la reducción del salario.

Si bien el confinamiento y la suspensión temporal de servicios sobre ha tenido un impacto evidente en la salud de las personas mayores y dependientes, produciendo un rápido deterioro cognitivo y funcional en muchos casos, el impacto sobre las condiciones de salud de las personas que cuidan ha pasado más desapercibido. Las cuidadoras familiares han tenido que ocuparse en solitario de la salud física, mental y social de las personas a su cargo, lo cual les ha producido cansancio y malestares emocionales profundos, fruto del esfuerzo físico y psíquico, del aislamiento, la tensión y la sobrecarga del cuidado. Se han visto afectadas psicológicamente por lo que hoy se denomina fatiga pandémica, la cual se ha manifestado en muchas ocasiones como una pérdida de control sobre la propia vida. La situación vivida durante el confinamiento fue extremadamente agotadora, afectando también su salud mental, sin que se haya dado en ningún momento un mínimo reconocimiento social de los padecimientos sufridos. Su identidad como cuidadoras y su salud se ha resquebrajado al sentir que ellas mismas estaban necesitadas de cuidados. Las de más edad se han sentido vulnerables y se han adelantado en la construcción de la ancianidad propia.

PROPUESTAS DE FUTURO

Los datos evidencian el agotamiento del modelo familiar como responsable casi exclusivo y en última instancia del bienestar de las personas mayores y dependientes. Urge promover un cambio en el modelo de atención.

Cuidadoras y cuidadores familiares piensan en el futuro en dos direcciones distintas: por un lado, piensan en qué necesitan para seguir cuidando en la actualidad; y, por otro lado, piensan en cómo querrían ser cuidados y cuidadas cuando pierdan autonomía y no puedan valerse por sí mismos. En los casos en que se encuentran cuidando de hijos o hijas con discapacidad, se suma la preocupación sobre qué sucederá cuando ellas falten.

Es altamente significativo que estas personas que están cuidando a sus familiares no lo ven así para ellas mismas. No quieren depender de sus hijos/as aunque tampoco les satisface ir a una residencia y buscan alternativas. Apuntan a un cambio de modelo de envejecimiento, basado en la capacidad de las personas mayores en decir dónde, cómo y con quiénes convivir durante su vejez y dependencia. Un modelo que también contempla la anticipación

sobre cómo queremos vivir nuestra vejez, en contraposición al modelo más tradicional que da por hecho que envejeceremos en el hogar y seremos cuidados por las generaciones jóvenes.

Las demandas de las cuidadoras familiares se articulan en seis grandes ejes:

- **Tomar en cuenta las necesidades de las personas cuidadoras.** Resulta esencial considerar las necesidades de conciliación de las personas que cuidan y no solo los derechos al cuidado de las personas dependientes, teniendo en cuenta que la conciliación no es solo respecto del trabajo remunerado, sino también, respecto a la vida familiar y la vida personal. En la Ley de Dependencia apenas se hace referencia a las necesidades y circunstancias de las personas que cuidan. Se consideró, de hecho, que los nuevos derechos tendrían un impacto de género positivo, porque, indirectamente, al dotar de servicios de apoyo y respiro, se mejoraría la situación de quienes cuidan, mayoritariamente mujeres. Sin embargo, frente a cualquier circunstancia que surge en relación a las necesidades de cuidar no existe un reconocimiento del rol, ni en el ámbito laboral, ni en el social. Por ello, quizás, ha llegado el momento de tener en cuenta y legislar sobre los derechos de las personas que cuidan. Debieran existir mecanismos que, ante determinadas circunstancias, las personas que cuidan puedan acreditarlo y se les reconozcan derechos o algún tipo de compensación, y que puedan proteger su empleo o profesión.
- **Formación y acompañamiento para las personas cuidadoras.** Las personas cuidadoras de mayores y dependientes, deberían disponer, si así lo desean, tal y como lo establece la legislación vigente, de una formación y acompañamiento, que les permita estar asesoradas y les inyecte seguridad en el desempeño de las tareas de cuidados. Esto se sufrió especialmente con la pandemia, cuando se les transfirió cuidados sanitarios. Durante el confinamiento se han sentido muy solas a pesar de ver cómo sus mayores iban deteriorándose tanto física como cognitivamente, y aunque trataron de acudir a todos los recursos, no encontraron demasiadas respuestas, viéndose obligadas a descubrir los cuidados necesarios en cada momento a partir de poner en funcionamiento el sistema ensayo-error.
- **Necesidad de respiro.** El cuidado a una persona con gran dependencia es muy absorbente y necesita apoyos. El SAD es muy apreciado, pero es un servicio de muy pocas horas, rígido y que no cubre de forma suficiente las necesidades. Se demanda una red de provisión de cuidados que, más allá de familiares y amistades, sea de carácter público y gratuito y alcance a todas las situaciones sociales. Las personas que se llevaron a su familiar al hogar después de una experiencia en residencia son las que más claramente demandan un horario más amplio de SAD para afrontar los cuidados en casa. Por otra parte, quienes participan de grupos de ayuda mutua valoran positivamente la experiencia de compartir sus preocupaciones y problemas con otras cuidadoras que se encuentran en situaciones similares.
- **Revisión al alza de las cuantías de las pensiones de viudedad.** Hay que corregir la brecha de género del sistema de previsión social. Las diferencias existentes entre la pensión contributiva por jubilación y la de viudedad son muy importantes. Las mujeres mayores son las que perciben mayoritariamente las pensiones de viudedad por no haber cotizado en el mercado laboral y haberse dedicado al cuidado de la familia y el hogar.
- **Cotización a la seguridad social.** En relación a la percepción de la “prestación económica para cuidados en el ámbito familiar” (PECEF) o, en otros términos, la ayuda a la cuidadora familiar de la LAPAD, se reivindica poder cotizar a la seguridad social de

manera continuada, sin depender de los cambios políticos en la administración y que la prestación económica sea digna. Hay que simplificar y flexibilizar las gestiones burocráticas.

- **Mejorar la coordinación entre los dispositivos sanitarios y el de servicios sociales.** Si bien hay diferencias entre comunidades autónomas, parece una constante de que cuando hay falta de coordinación, los problemas recaen sobre las familias.

Llama la atención el hecho de que, durante la pandemia, las cuidadoras familiares no hayan sido tenidas en cuenta como prioritarias y no se las haya considerado grupo de riesgo y que, de manera general, no se haya reconocido la importancia de los cuidados informales y su contribución al bienestar social.

El Estado de bienestar sigue sin poner los cuidados en el centro de la atención política y social. Se sigue obviando la necesidad de un modelo de atención basado en la corresponsabilidad, en el que el peso del cuidado no recaiga únicamente en el ámbito privado-familiar (y en las mujeres en particular), sino que se apoye en políticas públicas solventes y, a la vez, tenga en cuenta las desigualdades de género para promover la equidad social. Nuestro análisis muestra el agotamiento del modelo basado en la familia como responsable casi exclusivo del cuidado y en, última instancia, del bienestar de las personas mayores y dependientes. Urge replantear el sistema de cuidados, y así lo indican los factores estructurales y las expectativas sociales para el corto plazo. **Para “envejecer en casa” es necesario pensar en un modelo de cuidados en el que se potencie el sentido de la vida, la autonomía personal y los servicios públicos de proximidad.**

3. TRABAJADORAS EN SERVICIOS DE PROXIMIDAD. SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS, CENTROS DE DÍA, ASISTENCIA DOMICILIARIA Y ASISTENCIA PERSONAL

Los servicios de cuidado de proximidad fueron declarados esenciales durante la pandemia. Su limitación, o suspensión temporal en algunos casos, evidenció su importancia en el cuidado y bienestar cotidiano de las personas usuarias. No obstante, el sector, fuertemente feminizado y atravesado por relaciones de clase y extranjería, ha continuado siendo objeto de las mismas condiciones de precarización que existían antes de la pandemia, habiéndose incluso agudizado.

SERVICIOS DE CUIDADO DE PROXIMIDAD: DÉFICITS EN SU DESARROLLO, CONSOLIDACIÓN Y PROFESIONALIZACIÓN

Los servicios de cuidado de proximidad (servicios sociales básicos, teleasistencia, centros de día y de noche, servicio de ayuda a domicilio y asistencia personal) resultan insuficientes para atender las necesidades de cuidado de mayores y dependientes en los hogares, por lo que no evitan que el cuidado siga recayendo fundamentalmente en familiares, especialmente mujeres.

A pesar de la normativa estatal, los servicios de cuidado de proximidad presentan cierta diversidad en función de la especificidad de cada territorio y de las políticas de los gobiernos de las comunidades autónomas y ayuntamientos de los que dependen.

Se constatan déficits en la implementación y consolidación de los servicios sociales como sistema público de protección social, consecuencia, entre otros factores, de su reciente creación (años ochenta del siglo pasado), de la confusión conceptual, de la falta de

financiación adecuada, de la externalización en la gestión y de la falta de coordinación entre los prestadores de servicios.

Se advierten también **déficits en la profesionalización de estos servicios**, consecuencia de su falta de valoración, visibilidad y reconocimiento social e institucional, de la feminización de los trabajos de cuidados, y de las precarias condiciones laborales, con una alta temporalidad y bajos salarios.

Los servicios de cuidado de proximidad se utilizan por personas en situación de dependencia que se hallan en su hogar y hacen posible su permanencia en él. El servicio de centro de día, según datos del IMSERSO, acoge a 87.968 personas usuarias, y representa un 6,11% de las prestaciones previstas en la LAPAD. Los servicios de ayuda a domicilio (SAD) suponen un 17,84% de todas las prestaciones; atienden a 454.003 personas usuarias, de las cuales, el 73% son mujeres y el 69% supera los ochenta años. La asistencia personal, pensada para dar apoyo a las personas con discapacidad, representa el 0,56% de las prestaciones, con 8.032 personas beneficiarias. Son servicios que dependen de entes locales en coordinación con los servicios sociales.

Las figuras profesionales de estos servicios difieren según se trate de servicios sociales básicos y coordinadoras de servicios, o empleos relacionados con la atención directa. **Género, clase y extranjería se ven claramente reflejados en la composición de los servicios.** El en caso de los Servicios Sociales básicos las leyes autonómicas establecen los equipos de estos servicios, conformados por personal técnico titulado. Predominan las mujeres autóctonas jóvenes como trabajadoras sociales, encargadas de gestionar los servicios y coordinar a las trabajadoras del SAD o de asistencia personal. Son “las” profesionales del sector, cuyo prestigio es superior respecto a quienes realizan trabajos más manuales y cotidianos.

Las trabajadoras de cuidado directo, como es el caso del SAD, son mujeres autóctonas de clase obrera, así como trabajadoras migradas, las cuales han ido entrando progresivamente en el sector y que actualmente suponen un 49,2% de las trabajadoras. En ambos casos, la necesidad de trabajar las ha conducido a un empleo estable considerado femenino. Asumen con cierta naturalidad la precariedad, en parte por el escaso valor atribuido al trabajo de cuidar y en parte por su posición de clase y extranjería.

Los empleos del SAD son predominantemente a tiempo parcial, debido a la fragmentación horaria y a los tiempos de desplazamiento de un domicilio a otro, por lo que predominan salarios muy bajos. Ello sitúa a estas empleadas como “trabajadoras pobres” que, a menudo, deben recurrir a los servicios sociales del propio ayuntamiento para el que trabajan para cubrir sus necesidades básicas, lo que es bien contradictorio.

Tanto los convenios existentes como las cláusulas de los concursos de adjudicación impiden una mejora de esta situación.

El conjunto de los empleos de los servicios de cuidado de proximidad, comparten las dificultades para su profesionalización, que se evidencian en la escasa formación y acreditación requeridas para poder trabajar y en las precarias condiciones laborales y salariales. Estas dificultades se explican por la vinculación de estos trabajos a los imaginarios del trabajo doméstico y familiar, lo que dificulta dar valor a una actividad que socialmente se asocia a la privacidad, la domesticidad y la servidumbre. La persistencia de esta vinculación explicaría la mayoritaria presencia de mujeres en los empleos de cuidado directo, como el SAD o la asistencia personal.

IMPACTOS DE LA PANDEMIA EN LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE PROXIMIDAD

Las medidas de actuación dictadas por las administraciones para evitar los contagios en estos servicios, han tenido efectos directos en las condiciones laborales de las trabajadoras.

Las Administraciones autonómicas y locales impulsaron diferentes normas relacionadas con la atención a las personas mayores, marcando las pautas para la organización de los cuidados y supervisando el funcionamiento de estos servicios. No obstante, en este proceso, se percibe **improvisación y poca claridad, provocando, entre las trabajadoras, desorientación y preocupación**. A nivel municipal, resaltamos situaciones muy desiguales en función de la política desarrollada, con diversas entidades que difícilmente han podido garantizar la continuidad del servicio y el mantenimiento de los salarios.

La desprotección de las trabajadoras se ha hecho evidente durante este periodo. La falta de EPI, sobre todo al inicio de la pandemia, obligó a desarrollar estrategias informales de protección (por ejemplo, la fabricación propia de mascarillas) y a contar con iniciativas comunitarias para el abastecimiento de material de protección a través de entidades y personas voluntarias.

La declaración de estos servicios como esenciales implicó una cobertura institucional que fue crucial para todos los servicios, y aunque esto no significó necesariamente que se realizara la atención desde la infraestructura habitual, sí hubo interés en garantizar el cuidado y evitar los ERTE de los equipos de profesionales. Los servicios sociales básicos continuaron con su actividad, pero se pasó de la presencialidad al teletrabajo y se implementó la intervención telefónica y virtual. Si bien se cerraron los centros de día, las Administraciones correspondientes indicaron reconvertir sus actividades y mantener la plantilla de trabajadoras. En los servicios de SAD y asistencia personal hubo suspensiones de servicios, sea porque estos se eliminaron o se limitaron a cubrir las situaciones más extremas, sea por bajas voluntarias de las personas usuarias debido al miedo al contagio y, en algunos casos, se declararon servicios mínimos del SAD por parte de las Administraciones locales. Esto comportó que se reajustaran las jornadas de trabajo, se establecieran turnos y se concentraran los casos por zonas geográficas. **Unos cambios que afectaron negativamente a las trabajadoras con una reducción de los salarios o una devolución de las horas de atención cobradas.**

Por otro lado, las bajas por covid se han considerado de forma bastante generalizada como bajas derivadas de accidentes laborales, lo cual significa una mejor cobertura en términos económicos para las trabajadoras respecto a las bajas por enfermedad común. Sin embargo, a diferencia del personal sanitario, se consideró el contagio como comunitario, en lugar de enfermedad profesional, lo que obligaba a hacer cuarentenas con independencia del estado de salud.

En todos los servicios, las dificultades de reclutamiento y nuevas contrataciones, debido al aumento de bajas médicas de las trabajadoras, supuso un problema importante para las gestoras y una sobrecarga de trabajo para las trabajadoras.

La reducción o suspensión de los servicios también tuvo un impacto en las personas usuarias y sus familiares. Por un lado, supuso una refamiliarización de la atención y una sobrecarga para las mujeres, sobre todo para aquellas que debieron responder al mismo tiempo a las exigencias de su actividad laboral. Por otra parte, ha repercutido en el estado de salud de las personas usuarias, que experimentaron un deterioro a nivel físico, cognitivo y emocional. Dos aspectos que ponen en evidencia el carácter esencial de los servicios de cuidado de proximidad.

CUIDAR MANTENIENDO LA DISTANCIA SOCIAL

Trabajar manteniendo la distancia social resulta una ecuación imposible cuando se trata de cuidados de proximidad. Esto ha supuesto cambios importantes en las formas de atención y ha obligado a plantear nuevas estrategias por parte de las profesionales. La dimensión relacional del cuidado ha quedado afectada.

El sector de los cuidados de proximidad ha tenido que adaptarse a la evolución de la crisis sociosanitaria, adoptando medidas de prevención, protección y seguridad, que a su vez han incidido en la atención prestada a las personas usuarias de los servicios, así como en las condiciones de las trabajadoras para realizar los cuidados. Se han introducido cambios en el trabajo de cuidado, primando la atención directa e individualizada por encima de actividades de tipo social y fuera del entorno doméstico (por ejemplo, en el caso del SAD y de la asistencia personal), y siempre respetando los protocolos que enfatizan el uso de EPI. Otra de las medidas adoptadas como consecuencia de la pandemia fue la anulación de todas aquellas actividades de limpieza del hogar. Al mismo tiempo, la desinfección cobró especial relevancia, tanto de los domicilios donde se presta el servicio como de las trabajadoras, entendidas estas como potenciales agentes de contagio.

El uso de estas medidas ha conllevado un proceso de concienciación por parte de todos los agentes. La exigencia de protección ha añadido una nueva dimensión al trabajo de cuidados, en la medida que ha modificado significativamente el funcionamiento habitual de los servicios e incluso el propio concepto de cuidado. **La dimensión relacional y afectiva cobra especial relevancia, justamente cuando se imponía en la nueva normalidad la distancia física por precaución.** Por ello, además de la realización de actividades concretas, necesarias para el bienestar de la persona usuaria, la pandemia, y la distancia física que impone, permite un mayor reconocimiento de estas dimensiones afectiva, subjetiva y corporal, esenciales en el cuidado.

“NOSOTRAS NO EXISTIMOS”. UN SECTOR OCUPACIONAL POCO CONOCIDO

El sector de los cuidados de proximidad, fuertemente feminizado, ha sufrido las mismas condiciones de precarización que existían antes de la pandemia y que se han agudizado en este período: temporalidad, jornada parcial, escasez de personal para cubrir bajas o vacaciones y bajos salarios.

Las trabajadoras de los servicios de cuidado de proximidad han sufrido las consecuencias del desconocimiento general de su trabajo a nivel social, tanto en las dificultades para acceder a equipos y medidas de protección, como por la falta de reconocimiento que han padecido. Las trabajadoras sienten que el esfuerzo de adaptación que la nueva situación les ha supuesto, no ha sido del todo reconocido, ni económicamente, ni socialmente.

Quienes trabajan en este ámbito esencial de atención a las personas dependientes y con discapacidad, han soportado una gran carga de tareas y responsabilidades, exponiéndose continuamente al riesgo de contagio, con efectos nocivos para su salud física y mental. Las trabajadoras afirman sentirse muy desprotegidas frente al virus, especialmente en el caso del trabajo en los domicilios, donde las propias trabajadoras se convirtieron en un foco de contagio (desplazándose entre domicilios sin las medidas de protección adecuadas). Un impacto en la salud que han sobrellevado por la implicación y compromiso que tienen con su trabajo. Varias entidades, empresas y ayuntamientos pusieron a disposición de las trabajadoras apoyo psicológico desde la primera semana del estado de alarma y se activaron canales de comunicación vía WhatsApp y reuniones virtuales de seguimiento. Las trabajadoras subrayan que las estrategias de apoyo mutuo, así como el reconocimiento que sí

han tenido por parte de las personas cuidadas y sus familiares, han sido fundamentales para afrontar la situación.

La invisibilidad (reflejada, por ejemplo, en el hecho que las autoridades las pararan en la calle y mostraran perplejidad al identificarse como trabajadoras del SAD) y la falta de medios para realizar el trabajo, generó sentimientos de rabia e impotencia entre las profesionales. Pero la situación también las ha empoderado. Cabe añadir que esta crisis ha repercutido en un mayor reconocimiento del trabajo que realizan por parte de las personas usuarias de los servicios, sobre todo por el vacío que significó suspenderlos y quedarse temporalmente sin servicio.

EXPERIENCIAS INNOVADORAS

En los últimos años, han emergido experiencias innovadoras que proponen un enfoque diferente de abordar los cuidados de las personas mayores y dependientes.

Promueven nuevas formas de coordinación y funcionamiento entre los diferentes agentes de la provisión de cuidados (familia, mercado, Estado y comunidad) así como nuevos equilibrios en el reparto de tareas y competencias específicas. Algunas de las más significativas son las siguientes:

- Proyecto de intervención con personas mayores Etxean Bizi, impulsado por el Gobierno Vasco y la Fundación Matía con el objetivo de introducir la Atención Centrada en la Persona y reformular el modelo actual de atención.
- Superilles Socials, una iniciativa impulsada por el Ajuntament de Barcelona, que parte de la idea de que la concentración de personas mayores en determinadas áreas de la ciudad es tan grande que conforman una especie de “residencia distribuida” y organiza los servicios en coordinación con otros recursos comunitarios y la autogestión de los equipos, lo que permite, además que los empleos sean a tiempo completo.
- El modelo de gestión del SAD por parte del Ajuntament de Arbúcies, en Cataluña, quien recuperó la gestión municipalizada del servicio, compartida con una cooperativa social, que les permite la proximidad de atención a la ciudadanía y una mayor eficacia, garantizando condiciones laborales estables y adecuadas.
- El caso de las cooperativas de SAD (Maitelan y Babel en el País Vasco, por ejemplo), creadas por mujeres migradas que decidieron organizarse para mejorar sus condiciones laborales y salir del régimen especial del trabajo de hogar, desde planteamientos cercanos al modelo de atención centrado en la persona.

PROPUESTAS DE FUTURO

Las principales demandas de los y las profesionales de los servicios de cuidado de proximidad se dirigen hacia un verdadero reconocimiento social del sector, consolidar los servicios y sus estructuras organizativas, formativas y de profesionalización, además de mejorar las condiciones laborales de los y las cuidadoras: todas las reivindicaciones apuntan a una revisión del actual modelo de atención a la dependencia.

En relación con propuestas concretas de mejora, que podrían implementarse en un futuro próximo, se apunta a una decidida apuesta por un sustancial incremento de los servicios, así como cambios en la organización de los servicios de atención domiciliaria y, en general, de los servicios de proximidad, de manera que la persona pueda permanecer en el hogar y se evite o retarde la institucionalización (residencial o sociosanitaria). En general, se apuesta por el modelo de **envejecer en el entorno comunitario**. Esto implica una financiación adecuada

para su desarrollo, adecuar los recursos a las necesidades de las personas garantizando la idoneidad de las prestaciones y servicios, respetar el proyecto vital de las personas y reconocer y valorar a las personas mayores. Implica también políticas habitacionales y potenciar los apartamentos tutelados o los apartamentos con servicios.

Estos principios podrían desarrollarse a partir de potenciar las siguientes dimensiones:

- **Aplicar el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP)**, lo que comporta dos elementos clave: personalización y flexibilidad. Se trata de dar respuestas de atención que tengan continuidad y conecten a la persona con su entorno comunitario.
- **Desarrollar el SAD con más horas de servicio**, más calidad en la atención y adaptación a las necesidades de las personas (desburocratizar y flexibilizar).
- **Adecuar los perfiles profesionales de las trabajadoras que atienden en los domicilios**. Se trata de potenciar una atención multidisciplinar a cargo de profesionales diferenciados en función de las necesidades (integradores sociales, educadores, cuidadores) y especializar a los equipos por grados de dependencia y colectivos a atender.
- **Incrementar los recursos de prevención y de atención en el entorno** con el apoyo de los recursos comunitarios para evitar la soledad no deseada y retardar la dependencia.
- **Introducir nuevas tecnologías** en los domicilios además de la teleasistencia: sistemas de control de errantes, sensores de movimiento, apps de móviles para poderse comunicar.
- **Potenciar los centros de día**, que es un recurso poco conocido y que tienes muchas ventajas para retardar los procesos de dependencia.
- **Dar apoyo a las cuidadoras familiares**. La atención social debe garantizar que las cuidadoras familiares puedan combinar con flexibilidad los diferentes recursos públicos sin verse perjudicadas en sus actividades laborales y sociales.
- **Introducir la figura de la “gestora de caso”** para coordinar los recursos sociales y sanitarios del entorno comunitario y facilitar su provisión.

Al respecto, resulta oportuno analizar los efectos de la pandemia a distintos niveles de los servicios de atención a la dependencia y sus consecuencias en las familias y personas usuarias, especialmente en las zonas más desprotegidas como, por ejemplo, el ámbito rural.

Si entendemos que el cuidado es una cuestión sociopolítica compleja, y que la intervención pública debe responder tanto al derecho a ser cuidado como al derecho a cuidar, podemos entonces construir unos modelos de atención que respondan a la crisis de los cuidados y que no reproduzcan las desigualdades de género, clase y extranjería que se evidencian en el actual sistema de cuidados en España.

4. RESIDENCIAS, LAS GRANDES OLVIDADAS

FACTORES ESTRUCTURALES Y COYUNTURALES

El 14 de marzo de 2020 se decretó en España el primer estado de alarma con motivo de la pandemia del coronavirus. Un año después, según datos del IMSERSO, la cifra de fallecimientos por coronavirus en las residencias de mayores y dependientes ascendía a 30.134, tanto por covid confirmada como por síntomas compatibles, lo que representa un 40% del total de fallecimientos por covid.

España no fue el único país que sufrió este fuerte impacto de la pandemia en los centros residenciales, aunque sí fue uno de los que lo padeció con mayor virulencia. Esta mayor

incidencia no tiene una única causa, por lo que se ha de prestar atención a los factores estructurales y a los factores coyunturales que se combinaron. Si bien presentamos los diferentes factores de forma separada para facilitar su comprensión, es difícil entenderlos de forma aislada y han de valorarse con relación a los demás.

Los factores estructurales anteceden a la pandemia y subyacen en el sistema residencial de cuidados a la dependencia; la covid no ha hecho más que poner en evidencia que demandan ser revisados. Entre ellos, hemos identificado la debilidad del modelo de cuidados residencial, así como la precariedad, falta de profesionalización y de dignificación de las condiciones laborales del sector.

Los factores coyunturales surgen en el contexto de la pandemia. Entre ellos, hemos detectado la incongruencia de protocolos y excesiva burocratización, la falta de prevención y del riesgo de contagio, así como la falta de reconocimiento del cuidado social y maltrato de los medios de comunicación y de la opinión pública.

La debilidad del sistema de cuidados residencial

Los centros residenciales siguen un modelo institucionalizador que hoy en día se considera obsoleto. Los recortes presupuestarios, el lucro de algunas empresas vinculadas a fondos de inversión y la descoordinación entre el sistema social y el sanitario marcan fisuras y puntos débiles en el sistema residencial.

- **Marco normativo obsoleto.** Buena parte de los contenidos de la Ley de Dependencia han quedado obsoletos como, por ejemplo, las ratios entre cuidadoras y residentes, pensadas en un contexto sociodemográfico en el que quienes acudían a las residencias eran personas más jóvenes que ahora y con menor grado de dependencia. **Dado que, a mayor edad los cuidados requeridos son más intensos y complejos, cuando la dotación de personal no cambia, la calidad del cuidado decae.**

Tanto quienes aspiran a utilizar servicios públicos residenciales, como quienes conviven en los centros, al igual que sus familias, padecen a diario los efectos de un modelo institucionalizado, en el que la persona pierde su capacidad de decidir y ha de adaptarse a los ritmos y lógicas de la institución. Además, con la pandemia, avances como el desarrollo del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), que implican dar más capacidad de agencia a las personas residentes, se han visto frenados. **La covid ha puesto en evidencia que hace falta reflexionar sobre qué futuro reservamos para las personas mayores en situación de dependencia, afrontando todas las dimensiones del cuidado.**

- **Desinversión pública: políticas de austeridad.** La falta de recursos humanos y materiales ha dificultado que las residencias pudieran responder de manera más eficaz a los efectos de la pandemia. **La carencia de recursos es resultado de las políticas de austeridad materializadas en los recortes de inversiones públicas en este ámbito desde hace casi una década.** Estas deficiencias afectan a la dotación de infraestructuras, lo que ha podido contribuir a una mayor propagación del virus: instalaciones insuficientes, comedores colectivos masificados, habitaciones compartidas, y el propio tamaño de las residencias, donde la alta densidad de personas mayores dificulta la atención personalizada. Las dotaciones de personal padecen igualmente de la misma desatención en lo que a mejoras económicas se refiere.
- **Gestión privada y financiación pública.** En España, según datos del IMSERSO de 2020, hay 5.542 centros residenciales que disponen de unas 389.031 plazas para atender a personas mayores. **La mayor parte de residencias (un 74,1%) son de titularidad privada,** gestionadas por empresas mercantiles o, en menor medida, organizaciones del Tercer

Sector (muchas de las cuales son de órdenes religiosas). **No obstante, la mayoría de las plazas (un 62,3%) están financiadas con fondos públicos.** Destaca Gipuzkoa, que concierne el 87,3% de las plazas acreditadas en su territorio. También Cataluña (71,2%), Bizkaia (70%) y Araba/Álava (67,9%) están por encima de la media estatal, mientras que la Comunidad de Madrid (43,2%) está muy por debajo.

Hemos de añadir, además, que **la mayor parte de residencias públicas (un 25,9% del total de residencias) están gestionadas por empresas privadas.** Superan el 50 por ciento en Castilla-La Mancha (84,3%), Comunitat Valenciana (74,4%), La Rioja (71,4%), Cataluña (68,3%), Madrid (68,3%), Canarias (61,8%) y Euskadi (58%). Podemos constatar pues, que **el sector privado, sea a través de residencias propias, sea gestionando residencias públicas, tiene una aplastante mayoría.** La inyección de dinero público ha facilitado su expansión y ha sido un incentivo para que empresas multinacionales y fondos de inversión hayan entrado en el sector, que lo contemplan como un nicho para obtener beneficios.

Respecto a las residencias para **personas con discapacidad** no contamos con una información tan detallada y precisa. De acuerdo con los datos que nos ha suministrado directamente el IMSERSO, se estima que en fecha 04/04/2021, había en España 41.017 residentes en centros para personas con discapacidad, en un total de 1.435 centros. No existe a día de hoy un censo de residencias para personas con discapacidad que nos informe sobre las plazas públicas, las concertadas y la gestión de los centros públicos existentes. En todo caso, sí tenemos noticia de que **el Tercer Sector es predominante y que solo en unos pocos casos han entrado en el sector empresas mercantiles,** lo que constituye una notable diferencia respecto a los centros para personas mayores.

La pandemia ha azotado a las personas que viven y trabajan en las residencias con independencia de la entidad en la que recaiga su titularidad y gestión. Sin embargo, el impacto ha sido mayor en las que reunían a un número elevado de personas, lo que coincide, generalmente, con aquellas de gestión privada, donde las empresas multinacionales y los fondos de inversión tienen mayor presencia. Las residencias públicas han tenido a su favor que cuentan con plantillas más estables que las privadas, que las condiciones laborales del personal son mejores y las ratios son más altas, por lo que las trabajadoras están menos estresadas por el control de los tiempos. Sin embargo, no cuentan con procedimientos para agilizar la contratación de personal y están más limitadas a la hora de flexibilizar horarios, jornadas o funciones.

- **Descoordinación entre servicios sanitarios y sociales.** La falta de coordinación entre el sistema de cuidado social y el sanitario ha sido uno de los elementos cruciales a tener en cuenta a la hora de valorar la tardía e inadecuada respuesta de las Administraciones ante la pandemia. **Se partía de una relación entre las residencias y los centros de atención primaria de salud (CAP) poco fluida y ambigua.** Generalmente son los y las profesionales del sector sanitario contratados directamente por las residencias quienes hacen el seguimiento de las personas residentes, mientras desde los CAP se gestionan las recetas y se resuelve la derivación a los servicios especializados que precisen. En la pandemia este tipo de relación se mostró nefasta, pues en la práctica no se pudo contar con los profesionales de la sanidad pública. Este problema se resolvió cuando algunas comunidades autónomas decidieron que desde los CAP se diera apoyo sanitario a las residencias, lo cual mitigó la sensación de abandono que se había experimentado a inicios de la pandemia. También se organizaron equipos de seguimiento y apoyo a las residencias.

Algunas comunidades autónomas (y algunas zonas de Cataluña) cuentan con empresas privadas que proporcionan servicio sanitario a los centros residenciales (Equipos de

Atención Residencial es la denominación que reciben en Cataluña). Otras (como la Comunidad de Madrid) hicieron un intento similar durante la pandemia para medicalizar las residencias y remediar la deficiente o nula intervención sanitaria que dejaba al descubierto el abandono de las personas residentes por los servicios de salud. En ambos casos los resultados fueron un fracaso, dado que, en el primero, apenas se atendieron las demandas o se hicieron de forma muy insatisfactoria y, en el segundo, el proceso de adjudicación fue problemático por las condiciones en las que se ejecutó, la falta de transparencia y las irregularidades administrativas y políticas que la rodearon.

En suma, los servicios contratados para atender los problemas sanitarios en las residencias no cubrieron, en ninguno de los casos, las necesidades de prevención, ni frenaron la transmisión del virus, ni atendieron las situaciones de enfermedad, ni ayudaron a las directoras y trabajadoras de los centros a realizar un trabajo sanitario que tuvieron que ejercer a pesar de no ser competencia suya.

Condiciones laborales precarias y falta de profesionalización

Los centros residenciales tienen plantillas insuficientemente dotadas, con abundantes contratos temporales y contratos a tiempo parcial. El 80% de los empleos están encuadrados en las categorías más bajas, a las que corresponden salarios bajos. El 91,9% de las trabajadoras son mujeres. Para garantizar un cuidado digno se requiere una mejor formación de las trabajadoras, con empleos estables y mejor remunerados.

- **Precariedad.** Las condiciones de trabajo de las categorías laborales básicas (auxiliares de enfermería o de geriatría, gerocultoras y limpiadoras) son precarias. La pauta general es el trabajo a turnos, habitualmente rotatorios, que pueden incluir noches y festivos. **La temporalidad es una característica de los contratos en el sector y el trabajo a tiempo parcial afecta a un elevado número de trabajadoras, por lo que se cuentan con frecuencia entre “los trabajadores y las trabajadoras pobres”.** La precariedad de las condiciones laborales repercute de forma negativa sobre la calidad del cuidado. Además, en el contexto de pandemia, la sobrecarga de tareas, el alargamiento de jornadas y el riesgo de contagio se han generalizado entre las directoras y gerentes y el conjunto de trabajadoras, en detrimento de sus condiciones laborales y de la calidad del cuidado que prestan.

Las personas empleadas en el sector de residencias ascienden a 135.988 según los datos de la EPA de 2019. **Se trata de un sector claramente feminizado: un 91,9% son mujeres.** En relación con los grupos profesionales, **un 80% de los empleos están encuadrados en las categorías más bajas.** Es en este nivel donde se sitúan las cuidadoras directas, que tienen un salario medio mensual inferior a los 1.000 euros. Además de la elevada feminización de las plantillas de las residencias, existe también una fuerte incidencia de la extranjería, pues el porcentaje de migrantes entre las trabajadoras asciende a un 25,6%.

Hay que destacar, por otra parte, que en las residencias con gestión pública los salarios son más elevados. También es así en Gipuzkoa y Bizkaia, que tienen convenios propios. Otra diferencia salarial se produce en relación con el personal de sanidad, de manera que **los y las profesionales de las residencias cobran un 30% menos aproximadamente que los de su mismo nivel en el sector sanitario.** De ahí que sea difícil retener a estos profesionales, lo que se agudiza especialmente en el caso de la enfermería. Paralelamente, existe una **elevada temporalidad de los contratos y, además, un 18,7% de los empleos son a tiempo parcial.** Esto hace que el empleo “efectivo” esté muy por debajo del total de personas que constan como empleadas. Si se cumplieran los ratios que el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la

Dependencia estableció en el año 2008, habría en estos momentos 50.000 trabajadoras más.

Los bajos salarios que recibe el conjunto de profesionales de las residencias, pero sobre todo las trabajadoras directas (gerocultoras y auxiliares) y el personal de limpieza, entre otras, son la causa, no solo de la elevada rotación laboral, sino también de que, en tanto que trabajadoras pobres, se vean obligadas a buscar otros empleos, en el mismo o en otros sectores, con los que incrementar sus ingresos para cubrir sus gastos o necesidades básicas. En el periodo de pandemia este hecho se convirtió en una práctica de riesgo para las trabajadoras que acudían a otras residencias o a domicilios para completar su jornada laboral, lo que ha podido contribuir a extender el virus entre distintos centros.

- **Costes salariales y beneficios empresariales.** Cuando se pregunta quien ha de asumir los costes salariales que implican mejorar las condiciones laborales del sector residencial, las miradas se orientan hacia las Administraciones públicas. Es decir, **sale a la luz la necesidad de incrementar la inversión pública destinada a los centros.** No obstante, por parte de las empresas gestoras de residencias no se pone en cuestión el afán lucrativo de algunas de estas compañías, ni el destino de los beneficios que, en ocasiones, son fondos de inversión opacos radicados en paraísos fiscales. **Cabe preguntarse al menos cómo el hecho de tener que contentar a inversores repercute en la precariedad laboral y en la disminución del gasto cotidiano por residente.**

Las situaciones de déficit en las condiciones en las que se presta el cuidado, en general, y en las condiciones laborales de las trabajadoras, en particular, ponen de manifiesto la existencia de cierta complicidad entre los agentes que participan en el quehacer de las residencias: empresas gestoras lucrativas que no quieren poner en riesgo sus beneficios, Administraciones públicas escasamente comprometidas con el cuidado social que financian plazas públicas a precios bajos y familiares que temen que las mejoras les expongan a posibles subidas del copago o del precio de las plazas residenciales.

- **Falta de profesionalización.** El trabajo de cuidado en residencias está escasamente profesionalizado, lo que se deduce de los **flexibles (e imprecisos) requisitos de acceso para las cuidadoras directas y se traduce en un déficit en el estatus laboral y en los bajos salarios.** Existen actualmente fisuras en el reconocimiento profesional de las gerocultoras como profesionales que compiten en jerarquía (y menos en salarios, porque se aplican los más bajos del convenio estatal) con las auxiliares de enfermería o de geriatría. Otra de las categorías profesionales cualificadas, como la enfermería, que también accede al sector sanitario, ha sido protagonista durante la pandemia porque ha sido codiciada por los centros hospitalarios. Ha habido un abandono o trasvase del sector de servicios sociales al sanitario, provocando un vacío de estas profesionales en las residencias.

Incongruencia de protocolos y excesiva burocratización

La pandemia evidenció la falta de coordinación entre el sector social de los cuidados y el sanitario. Las directrices emanadas desde la administración sanitaria fueron cambiantes y poco sensibles a las características de las residencias. “Una residencia no es un hospital” es una de las frases más repetidas por directoras y trabajadoras.

- **Desconocimiento del contexto residencial.** Fueron las autoridades sanitarias quienes tomaron las riendas de la lucha contra la pandemia, con una perspectiva centrada en el sistema hospitalario, que en los primeros momentos relegó a un segundo plano a los Centros de Atención Primaria (CAP) y a las residencias. Tanto la Administración central como algunas comunidades autónomas acordaron al inicio de la pandemia traspasar las

competencias del área de Servicios Sociales a las autoridades sanitarias. A partir de entonces el Ministerio de Sanidad, así como las Consejerías de Salud o Sanidad autonómicas, fueron las que se encargaron de elaborar la normativa, dictar protocolos y emitir documentos y directrices destinados a los centros residenciales. En consecuencia, **los servicios sociales quedaron subordinados a los sanitarios**. Bajo este prisma se dictaminó la conveniencia, por ejemplo, de aislar a las personas en sus habitaciones y de prohibir las visitas de familiares para prevenir la propagación del virus. **Las medidas confirman el desconocimiento que tenían las autoridades sanitarias de la realidad de las residencias**. Las personas dependientes no admiten la misma atención que las personas enfermas que acuden a los servicios sanitarios primarios u hospitalarios, sino que padecen patologías específicas y el aislamiento, en general, las agrava. Las autoridades sanitarias se han mostrado incompetentes cuando han ordenado o recomendado actuaciones en el ámbito de las residencias. **“Una residencia no es un hospital” es una de las frases más repetidas entre directoras y trabajadoras.**

El liderazgo desde la Administración debiera haber sido firme, coherente y con absoluta transparencia ante la sociedad y muy especialmente ante las familias afectadas. Faltó además una mejor coordinación entre los departamentos de sanidad y los de carácter social, tanto a nivel del Gobierno como de las comunidades autónomas (y en el contexto vasco, de los Territorios Históricos).

- **Directrices confusas y profusión de datos.** Directoras y gerentes han sido destinatarias de las directrices emitidas por las autoridades autonómicas o provinciales (en el caso del País Vasco) para dirigir las actuaciones en las residencias durante la pandemia. **Los numerosos protocolos que llegaban, un día sí y otro también**, sobre todo en los meses críticos (marzo y abril de 2020) han restado tiempo a este personal que debía dedicarlo a labores urgentes de atención a las personas enfermas, así como a otras tareas de gestión prioritaria que no admitían demora y que requerían toda su atención. Además, **han causado caos e incertidumbre entre las trabajadoras, han generado desconfianza en las familias y han provocado dudas o sospechas que ponían en cuestión la autoridad y la gestión de las directoras.**

Las directoras se han enfrentado a dilemas éticos por el hecho de tener que limitar la movilidad de las y los residentes o de tener que impedir visitas en situaciones de final de vida, cuando ese tipo de decisiones no les correspondían y tampoco se sentían cómodas adoptándolas. Frente a ello, ha habido quien ha contravenido las directrices (como, por ejemplo, permitiendo visitas de familiares en situaciones de final de vida) por considerar que de esa forma se garantizaba una mejor calidad del cuidado. Con ello, han sacado a la luz su capacidad de liderazgo. Paralelamente, la burocracia excesiva, con peticiones de información y proliferación de formularios que debían responderse prácticamente a diario, no dejaron de añadir presión sobre sus tiempos de trabajo. Ha sido un elemento más que sumar al cansancio y agotamiento de directoras y gerentes que tenían que compaginar estas demandas con otras tareas urgentes en medio de la trágica situación por la que atravesaban.

- **Protocolos de derivación a hospitales.** Algunas comunidades autónomas pusieron **impedimentos para que las personas residentes enfermas accedieran a los hospitales**. La sobremortalidad en las residencias no se puede desligar de las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias de estas comunidades, de manera que buena parte de los fallecimientos ocurridos en los centros se produjeron porque no se permitió derivar a estas personas al hospital. **La aplicación de mecanismos de triaje por parte de los hospitales respecto a quien merecía esfuerzo terapéutico, no siempre respondió a criterios médicos, lo que dificultó todavía más la gestión de la pandemia en las**

residencias. Aunque esto no tuviera lugar de forma generalizada, sí se produjo que la decisión de acceso de personas residentes enfermas a los centros hospitalarios quedara en manos de profesionales diversos (desde el o la geriatra del hospital a quien se consultaba por teléfono, encargados/as de las ambulancias, o las propias directoras de las residencias) con el resultado de que durante varias semanas se cerró a las personas residentes la puerta de entrada a los hospitales. Quienes contaban con seguros médicos sí pudieron acudir a centros privados, lo que supone una discriminación y una injusticia social.

Sobrecarga de trabajo y riesgos laborales

El personal de las residencias estuvo en primera línea de la pandemia, sufriendo por la sobrecarga de trabajo y las deficientes medidas de protección y de material sanitario. Confrontarse con la muerte de personas que han estado cuidando durante años ha supuesto uno de los aspectos más difíciles de sobrellevar.

- **Sobrecarga de trabajo.** La covid ha impactado especialmente entre el personal que atiende a las personas mayores y con discapacidad. La urgente demanda, el incremento del trabajo y el elevado número de bajas laborales ha obligado a directoras y trabajadoras a **largas jornadas y a la sobrecarga e intensificación de la actividad, las ha expuesto a la enfermedad, en ocasiones a la separación de sus familias y a trabajar con insuficientes mediadas de protección.** Además, han sufrido estrés, ansiedad y angustia por el contacto continuado con la muerte. Hay que señalar que el fallecimiento de las personas residentes no solo ha sido duro por la impotencia que sentían las trabajadoras, sino también por el dolor de ver morir a personas que habían cuidado durante años y con las que habían creado lazos de afecto. En el sistema sanitario las personas “pasan”, pero en las residencias “están”. Por ello, **lidiar con la muerte ha sido uno de los aspectos más difíciles que han tenido que enfrentar las trabajadoras de las residencias.**
- **Bajas laborales.** En los peores meses de la pandemia, en muchos centros, **las bajas laborales afectaron a la mitad o más de la mitad de la plantilla.** No solo los contagios por covid motivaron estas bajas, sino también las crisis de ansiedad, los problemas de conciliación y el pánico al virus. Además, a diferencia del sector sanitario, se obligaba a hacer cuarentenas sin contagio confirmado, lo que contribuyó al colapso funcional de las residencias. En aquellos momentos no fue fácil encontrar suplentes. No había trabajadoras disponibles en las bolsas de empleo y, de las que había, muchas o no querían trabajar en una residencia u optaban por ir al sector sanitario. Esto supuso la reestructuración de las plantillas y la contratación eventual de personal sin la formación requerida.
- **Limpieza y desinfección.** La limpieza, uno de los trabajos más feminizados y de menor prestigio social, se ha revelado como una actividad fundamental durante la pandemia. Se ha comprobado que es una condición previa para el cuidado y la salud. Con ello, las trabajadoras de este sector han percibido que su trabajo es importante y comprobarlo las ha empoderado. **Sin embargo, la importancia de su labor, salvo excepciones, no se ha reflejado en reconocimiento social ni en mejoras laborales.**

La necesaria limpieza profunda ha exigido el uso de desinfectantes y, entre ellos, la lejía se ha utilizado profusamente, con el riesgo de intoxicación que implica para las trabajadoras. Se utilizaba para desinfectar superficies, pero también para la limpieza de materiales como EPI. Las trabajadoras de limpieza de los centros han desarrollado una labor eficiente, en ocasiones más útil y con menos riesgos de los que implicaba la entrada en los centros de profesionales como bomberos o la Unidad Militar de Emergencias, que

desatendían los aspectos más sensibles del cuidado, como el hecho de trasladar y agrupar a residentes cuando no se disponía de pruebas y se desconocía el riesgo de contagio entre residentes y entre trabajadoras. Los descuidos añadieron muchas veces preocupación y trabajo extra al ya difícil equilibrio de la organización de los centros.

- **Falta de material y equipos de protección que llegaron demasiado tarde.** El impacto de la pandemia en las residencias ha mostrado hasta qué punto estaban desatendidas por las administraciones competentes. **Las carencias observadas, por la infradotación de recursos humanos, la ausencia de materiales de protección y las infraestructuras inadecuadas, han contribuido a la expansión del virus.** Las directoras y las trabajadoras han tratado de evitar los contagios con medios escasos e inapropiados. Las residencias fueron catalogadas en los documentos oficiales como “operadores de servicios esenciales”, sin embargo, el tratamiento recibido a efectos de dotación de recursos por parte de las administraciones no se correspondió con las necesidades acuciantes que tenían, tanto las trabajadoras como las personas residentes.
- **Trabajadoras presenciales. Las medidas de prevención que deberían haber tomado las trabajadoras de las residencias fueron imposibles de cumplir en la mayoría de los casos. No era viable mantener la distancia social porque el cuidado exige cercanía, contacto físico.** El trabajo en residencias es imprescindible y, por lo tanto, el personal de plantilla no pudo confinarse en sus casas en los momentos más duros del estado de alarma y, salvo excepciones, no pudo teletrabajar. **Además de estar en primera línea, sobre todo durante la primera etapa de la pandemia, trabajaban sin medidas adecuadas de protección.** Las condiciones de inseguridad padecidas por directoras y trabajadoras no se limitaron a su permanencia en el trabajo durante la jornada laboral. A pesar de adoptar las medidas de protección a su alcance, no se desprendieron del estigma de ser potencialmente cuerpos contaminantes que familiares directos y amistades trataban de evitar. El riesgo era doble: tenían miedo de introducir el virus en la residencia y, a su vez, temor por contagiar a sus familias. A ello, había que añadir la dificultad de trabajar con EPI y de desarrollar la dimensión relacional del cuidado en las residencias: la metáfora del astronauta ha sido muy recurrente entre las trabajadoras para describir la situación. **En general, el estrés y la angustia padecidos por el personal de los centros residenciales no se han atendido, ni se han visto compensados económica ni socialmente, a diferencia del reconocimiento que han tenido sus homólogos en el sector sanitario.**

Relación con las familias

Las dificultades de las familias para tener información sobre la situación de sus familiares residentes ha sido uno de los problemas más dolorosos y acuciantes, que han generado intensa preocupación y ansiedad.

- **Comunicación con las familias.** Puesto que las residencias cerraron sus puertas y empezaron a circular noticias sobre fallecimientos, cundió el pánico entre los y las familiares. De ahí que las estrategias de comunicación con las familias fuera un elemento crucial en la gestión de la pandemia. Hubo residencias donde este aspecto se priorizó, aunque en otras hubo opacidad y falta de transparencia, a menudo motivado por el colapso existente. Esto último ocasionó angustia, pero también indignación entre las familias.
- **Comunicación de las personas residentes con el mundo exterior.** El teléfono y las videollamadas fueron las principales estrategias de comunicación de las personas residentes con sus familiares. Las visitas, prohibidas durante semanas, se recuperaron de

forma muy restringida y controlada, lo que supuso un motivo de sufrimiento tanto para familiares como para residentes.

- **Indignación y demandas de familiares.** Algunas familias interpusieron demandas contra las directoras de residencias y también contra la Administración. Los principales motivos de queja se centran principalmente en las sospechas de desatención de sus familiares y la deficiente gestión de los fallecimientos. También la falta de una comunicación e información coherentes, la gestión de salidas e ingresos de las residencias, los regímenes de visitas y la unilateralidad de las decisiones. Algunas de las plataformas de familiares critican a su vez el modelo residencial, al considerar que presenta graves deficiencias y carencias. Las plataformas de familiares consideran que ni las administraciones ni los tribunales les escuchan.

Falta de reconocimiento y maltrato del sector

Las residencias para personas mayores y dependientes sufren una doble devaluación: la que afecta a los cuidados y la que afecta a la vejez (así como a la discapacidad). Los esfuerzos de las trabajadoras para salvar vidas no ha sido reconocido, sino que, por el contrario, se las culpabilizó de unas muertes que no pudieron evitar por el colapso del sector sanitario.

- **Vulnerabilidad de personas residentes y feminización de la plantilla.** El olvido de las residencias durante la pandemia refleja el “no lugar” en el que la sociedad sitúa a las personas mayores y con discapacidad asistidas por las instituciones públicas y privadas. Este abandono no está al margen de la situación de vulnerabilidad en la que se halla la población mayor y las personas con discapacidad, motivada por el deterioro de su salud y por su situación de dependencia, así como por razones culturales y económicas. Algunas medidas y prácticas impuestas por las instituciones sanitarias como las del triaje en los hospitales (que excluía a las personas residentes enfermas), el aislamiento sin tener en cuenta las patologías que les afectaban y el hecho de que solo quienes contaban con seguros médicos pudieran acceder a hospitales privados han reflejado comportamientos edadistas y clasistas que han confirmado la discriminación hacia personas mayores y hacia personas con discapacidad.

A la vulnerabilidad asociada a las personas que precisan cuidados, se le suma la feminización del sector como causa de la invisibilidad del trabajo de cuidados en las residencias. Las características de las plantillas, con un porcentaje elevado de mujeres, de mediana edad, inmigrantes, poco cualificadas, las proyecta como trabajadoras del mercado laboral secundario, con poca capacidad de gestión de sus condiciones laborales y, por lo tanto, como un colectivo con poca visibilidad social.

- **Desprestigio por parte de los medios de comunicación y de la opinión pública.** La vulnerabilidad de las personas residentes y la feminización de las plantillas, explican que el sector no disfrute de reconocimiento ni de prestigio social, que haya quedado en un segundo plano a la hora de “aplaudir” a quienes estaban en primera línea. Las residencias han sido una diana fácil para los medios de comunicación que han podido ofrecer espectáculo y sensacionalismo, a la vez que sus noticias provocaban estremecimiento y morbo entre las audiencias. La opinión pública se ha hecho eco con mayor facilidad de los aspectos más impactantes y negativos de lo sucedido en las residencias, que de los esfuerzos llevados a cabo por directoras, gerentes y trabajadoras. No obstante, algunos medios han facilitado la comunicación con las residencias y han permitido sacar a la luz, por ejemplo, la existencia de protocolos discriminatorios que en otro caso hubieran sido ignorados, el clamor de directoras y gerentes por el abandono al

que se les sometía, así como las iniciativas de trabajadoras y directoras para afrontar la situación. Con todo, el señalamiento acusatorio generalizado hacia los centros residenciales les ha quitado legitimidad y poder. Se han quedado sin capacidad de decidir, funcionando desde una lógica defensiva de consulta constante a la Administración y de sobreprotección hacia las personas residentes.

PROPUESTAS DE CAMBIO Y MEJORA

El impacto de la crisis del coronavirus en las residencias ha puesto en evidencia que hay que revisar el modelo residencial existente. También ha sacado a la luz que los centros han de disponer de más recursos materiales y humanos y que se ha de fortalecer la coordinación con el sistema sanitario sin perder su vertiente social y familiar. Asimismo, ha puesto de manifiesto la necesidad de dotar de un mayor reconocimiento a la labor llevada a cabo en los centros residenciales.

Todos estos aspectos confluyen en una misma dirección: dignificar el cuidado, legitimar el trabajo de quienes cotidianamente desarrollan su actividad en las residencias, fortalecer el sector como un espacio de empleo digno con perspectivas de futuro y con el compromiso de los poderes públicos. En definitiva, hacer de las residencias un lugar digno para vivir y para trabajar. A continuación, se exponen algunas propuestas concretas para avanzar en este camino.

Propuestas sobre el modelo residencial

- Las residencias son el hogar de las personas que habitan en ellas y así han de sentirlo las y los residentes. El desarrollo del modelo de Atención Centrada en la Persona promueve la autonomía individual y, con ello, aminora la percepción de formar parte de una institución. El objetivo es lograr que no sean las personas las que tengan que adaptarse al modelo residencial, sino al contrario, que sea el modelo el que se adapte a ellas. Además, las personas mayores y las personas con discapacidad no son un colectivo homogéneo, por lo que el sistema residencial ha de tener en cuenta la diversidad. Adecuar las pautas y estilos organizativos a las necesidades de las personas implica respetar el proyecto vital de cada individuo, sus preferencias, sus ritmos cotidianos y su forma de vivir, para que no se vean truncados cuando comienzan a vivir en un centro.
- Para que las residencias sean percibidas por las personas residentes como un hogar, deben contar con infraestructuras adecuadas y ubicarse en el entorno. En este sentido, es conveniente evitar las macroresidencias y apostar por centros pequeños o medianos, divididos en pequeñas unidades convivenciales; propiciar que las habitaciones sean individuales con baño; ofrecer la opción de personalizar las habitaciones; entre otros. Respecto a la ubicación de los centros, se sugiere promover residencias que no se alejen de los núcleos poblacionales (sean urbanos o rurales) para que las personas residentes sigan en relación con el entorno y se facilite la participación comunitaria.
- De la misma manera que una persona puede recibir en su hogar a familiares y amistades, compartir la comida y momentos de ocio, así lo ha de poder hacer en la residencia, ya que se trata de su nuevo hogar. Las infraestructuras de las residencias han de permitir la convivencia familiar en condiciones de intimidad.
- A nivel de los centros, donde la meta es proporcionar un cuidado de calidad, además de la asistencia del personal especializado, se deberían establecer mecanismos de participación de las familias. De igual modo debe fomentarse el asociacionismo sindical

para fortalecer la capacidad de negociación de los derechos laborales de las plantillas y contar con bases sólidas para la negociación colectiva.

- El desarrollo del modelo de cuidados residencial equilibrado requiere la participación de todos los agentes involucrados: residentes, familias, trabajadoras de todas las categorías laborales, directoras y gerentes, representación sindical y empresarial.

Propuestas en relación con las Administraciones públicas competentes

- Para promover un modelo residencial robusto, es necesario fortalecer el ámbito de competencias de los departamentos de Servicios Sociales, de manera que no queden subsumidos en los sanitarios. Además, es conveniente asegurar que las autoridades que ordenan y elaboran protocolos de actuación sean personas expertas y conocedoras del contexto del cuidado residencial.
- La colaboración del sistema público con entidades privadas se ha de traducir en la potenciación de un sistema público-comunitario, lo que implica impulsar la gestión directa de los centros de titularidad pública y priorizar las concertaciones a las empresas sin ánimo de lucro. Se trata de que todos los insumos que requieren las residencias vayan destinados a un cuidado de calidad y a unas condiciones de trabajo dignas, sea cual sea la titularidad del centro. Las autoridades competentes no han de favorecer a las empresas situadas en la lógica de la *private equity*, que sitúan el sector de los cuidados como fuente de lucro y beneficios para inversores, lo que atenta contra los principios que guían el trabajo asistencial.
- Es necesario reducir la burocratización de los procedimientos y mejorar la eficacia de las relaciones entre los centros y la Administración o Administraciones competentes (autonómicas, provinciales y locales). Con tal finalidad, se propone acordar los sistemas de recogida de información, así como facilitar y agilizar los trámites.
- A su vez, conviene mejorar el control público y establecer mecanismos de supervisión eficientes que supervisen la transparencia en la gestión y la calidad del servicio. Los mecanismos de inspección han de ser un instrumento útil para identificar y solventar los problemas que se identifiquen.
- Dadas las características concretas de las personas residentes (de avanzada edad y con pluripatologías) se considera esencial establecer mecanismos de coordinación eficaces entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Más concretamente, se debe fortalecer la relación entre los CAP, los centros de atención especializada y los hospitales y las residencias para garantizar el efectivo derecho a la salud de quienes viven en ellas. Se ha de evitar que las personas mayores y con discapacidad pierdan su condición de ciudadanía y su derecho a ser atendidas por la sanidad pública a causa de vivir en una residencia.
- Las residencias no son el único, ni el último, recurso del que pueden disponer las personas dependientes. Por tanto, resulta imprescindible facilitar la continuidad del cuidado entre las residencias y otros ámbitos o instituciones sociales y sanitarias: atención domiciliaria, centros de día, centros de salud mental, centros especializados en paliativos y centros sanitarios. Se trata de establecer puentes y conexiones para facilitar posibles traslados de quienes son dependientes, en función de la atención que precisan, entre distintos centros especializados y que no supongan una ruptura violenta en la vida cotidiana de las personas mayores.

- Todas las personas que así lo deseen deben tener la posibilidad de acceder a una plaza residencial en igualdad de condiciones. Para ello, se ha de garantizar que el acceso y el disfrute de los servicios residenciales ofrezcan las mismas oportunidades y prestaciones equivalentes para todas las personas que los necesitan, con independencia del municipio, provincia o comunidad en la que residan.

Propuestas para dignificar el cuidado en las residencias

- Es preciso garantizar los derechos de ciudadanía de las personas mayores y con discapacidad y poner atención en los aspectos que reflejan discriminación por edad, clase o discapacidad, que se manifiestan, por ejemplo, en el acceso a los servicios residenciales (quienes tienen escaso poder adquisitivo soportan largas listas de espera), así como en el hecho de que en los momentos más álgidos de la pandemia, a la hora de ser atendidas en los centros hospitalarios, las personas mayores y dependientes fueron objeto de exclusión.
- La feminización del sector es una de las características del trabajo de cuidados en los centros y causa de su invisibilización. La perspectiva de género en la organización de los cuidados residenciales se hace necesaria para no reproducir los estereotipos existentes que vinculan la feminidad con los cuidados gratuitos en el hogar y con el trabajo altruista. La reproducción de tales estereotipos resta importancia a la profesionalización del cuidado, a los derechos laborales y a la consideración del trabajo de cuidados como una cuestión social y política, y deja el cuidado de las personas dependientes como un problema que se ha de resolver de forma individual por las familias.

Propuestas respecto a las condiciones laborales

- Dignificar el cuidado en las residencias significa, en términos de personal, adecuar las ratios de atención de trabajadoras por número de residentes y por la complejidad de los cuidados que se han de suministrar. Es preciso que la dotación de personal se ajuste a las necesidades reales de la población de los centros, teniendo en cuenta su grado de dependencia. El cumplimiento de las ratios establecidas por el Acuerdo del Consejo Territorial del año 2008 supondría ya una mejora considerable.
- Mejorar las condiciones laborales resulta fundamental para garantizar la calidad del cuidado, el cual depende de la estabilidad de las plantillas y del grado de satisfacción de las trabajadoras con el empleo que desempeñan. En este sentido, debe ampliarse la contratación indefinida, eliminar el trabajo a tiempo parcial involuntario, regular las jornadas excepcionales o atípicas y aumentar los salarios. En este ámbito laboral, aunque en un nivel de competencias ajeno a los centros, resulta necesario ampliar la definición de enfermedades profesionales, incluyendo las provocadas por el ejercicio del trabajo en las residencias tanto en contextos habituales como excepcionales.
- Los salarios de los/as profesionales sanitarios/as que trabajan en residencias, al igual que los de otras categorías laborales, se han de equiparar con los de otros sectores como el sanitario. De esta forma, se evitaría su salida de los centros residenciales, en busca de mejores salarios, protección y garantía de derechos laborales en el área de sanidad.
- La profesionalización de las cuidadoras directas se ha de garantizar mediante la formación profesional como requisito mínimo, tendiendo a la homogenización de las actuales categorías de gerocultor/a y de auxiliar de geriatría o de enfermería. La atención profesionalizada exige formación continua de todo el personal en patologías específicas asociadas con el proceso de envejecimiento, tal como formula el modelo de ACP. Y no

solo ha de incidir en el conocimiento de las técnicas para cuidar sino también en actitudes relacionales y emocionales. La formación adquirida debe quedar reconocida en el tipo de contrato. Como en otros sectores de ocupación, las mejoras laborales se han de vincular a la negociación colectiva y quedar plasmadas en los convenios colectivos.

Propuestas sobre la prevención y la seguridad

- La prevención de riesgos es un requisito obligado de cualquier lugar de trabajo. Por esta razón, se ha de dotar a los centros residenciales de los recursos materiales necesarios para garantizarla. Considerar las residencias como servicios esenciales debe implicar que cuenten con los recursos necesarios para hacer frente no solo a su devenir cotidiano, sino también a las urgencias y posibles contingencias que puedan surgir (como, por ejemplo, una pandemia o cualquier epidemia). De lo contrario, es la salud de las trabajadoras y la vida de las personas mayores la que se pone en riesgo.
- La prevención en riesgos laborales no solo atañe a la salud física del personal de las residencias, sino también a la salud mental. Se ha de dotar a los centros de recursos para poder hacer frente a la presión y a las situaciones de estrés producidas en contextos ordinarios por posible mal trato por parte de residentes con deterioro cognitivo, así como por el generado en situaciones excepcionales como puede ser una pandemia. También se deberían favorecer estrategias para trabajar el duelo y sobrellevar situaciones de final de vida en los momentos excepcionales en los que el centro debe enfrentarse a picos de fallecimiento más elevados de lo habitual.

LAS RESIDENCIAS EN LAS EXPECTATIVAS DE FUTURO

Los distintos agentes que intervienen en el cuidado residencial coinciden en el diagnóstico de que el modelo actual no cumple con los requisitos para ofrecer un cuidado digno a las personas mayores y dependientes. Es muy significativo que desde posiciones complementarias o incluso antagónicas (como pueden ser las de directoras, trabajadoras y familias que han interpuesto demandas) se llegue a diagnósticos coincidentes cuando se señalan los déficits del modelo residencial. En el cruce de los relatos de los distintos agentes se advierte de lo que implica trabajar con plantillas infradotadas, falta de recursos materiales y deterioro de los centros. Se evidencia también la precariedad laboral y la falta de formación como problemas a resolver. Además, se denuncia la falta de reconocimiento que se otorga al cuidado social.

Podemos señalar que hay un elevado consenso político en la necesidad de cambiar el modelo de atención residencial, actualmente institucionalizador, en el que la persona pierde su capacidad de agencia y ha de adaptarse a la organización del centro. Se ha ido instalando la idea de la necesidad de reorganizar las residencias en grupos reducidos de convivencia, entornos hogareños y atención personalizada. Las principales divergencias se sitúan en cómo se ha de liderar este proceso desde la Administración pública y en lo que se considera una presencia excesiva del sector privado, especialmente del relacionado con fondos de inversión que impone la lógica del lucro.

Las políticas sociales han de dar respuesta a las expectativas de las nuevas generaciones de personas mayores, que demandan autonomía y capacidad de decidir sobre sus vidas, y para ello hay que tener en consideración el modelo de cuidados en su integralidad. Seguramente surgirán iniciativas novedosas orientadas a superar el actual modelo que reduce las opciones a solo dos: permanecer en el hogar o en una residencia. El incremento de la atención domiciliaria, el cuidado comunitario, las viviendas colaborativas, las posibilidades que

ofrecen las tecnologías van en esta dirección. En cualquier caso, las residencias seguirán siendo necesarias para quienes llegan a tener una elevada dependencia. Posibilitemos pues que las residencias proporcionen un cuidado digno y tengan un empleo de calidad. Esto es una responsabilidad de toda la sociedad. El derecho al cuidado requiere esfuerzos materiales, reconocimiento social, y compromisos sociales y políticos.

5. TRABAJADORAS DE HOGAR Y CUIDADOS

Las trabajadoras de hogar y cuidados son en la actualidad un pilar fundamental en el sostenimiento cotidiano del sistema de cuidados. Sin embargo, realizan este trabajo en condiciones de gran precariedad, falta de derechos e invisibilidad social. Esta contradicción, que no es más que la expresión de una profunda injusticia social, ha quedado dramáticamente de manifiesto con la irrupción de la pandemia de la covid.

Con la declaración del estado de alarma, las trabajadoras de hogar fueron catalogadas como esenciales. No obstante, los mismos poderes públicos que reconocieron la importancia social de su trabajo, olvidaron garantizar las protecciones laborales, sociales y sanitarias básicas para que pudiesen afrontar esta situación excepcional. Las trabajadoras de hogar y cuidados son imprescindibles, pero invisibles. Y esto, lamentablemente, no se ha visto modificado con la pandemia.

TRABAJADORAS ESENCIALES, DESPROTEGIDAS POR LEY

El trabajo de hogar y cuidados se ha transformado en las últimas décadas en un recurso fundamental para la atención de las crecientes necesidades de cuidado de las personas mayores y dependientes en España.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2019, en España hay unas 595.000 empleadas de hogar, de las cuales el 30% se emplearían en la economía sumergida. Los datos confirman el carácter feminizado de esta ocupación, con más del 90% de mujeres, de las cuales más de la mitad son nacidas en el extranjero, siendo aquellas más numerosas las de origen latinoamericano, seguidas por aquellas provenientes de Asia, Europa oriental y África. Un nivel de concentración de trabajadoras extranjeras que no tiene parangón en ninguna otra ocupación y que da cuenta de cómo en las últimas décadas el empleo de hogar se ha configurado como un verdadero nicho laboral para las mujeres migrantes. En 2020, y por efecto de la covid, el número de trabajadoras ocupadas en el sector es de 537.806, habiéndose producido un descenso del 9,6%.

Naturalizado como una prolongación de las actividades que realizan las mujeres de manera gratuita en sus hogares, el empleo de hogar nunca ha adquirido el estatus de verdadero trabajo. La tradicional adscripción femenina al trabajo doméstico y de cuidados, en conjunción con la creencia de que son actividades para las cuales las mujeres poseen capacidades innatas, han influido en su escaso reconocimiento social, obstaculizando su profesionalización, pues de hecho se considera que para hacer este trabajo no se requiere formación. A ello se suma que se realiza en el ámbito privado del hogar, lo que contribuye a su invisibilización. Todo lo cual ha determinado una histórica discriminación en los derechos laborales y sociales de las trabajadoras en esta ocupación, que es estructural y persistente.

La legislación reguladora del trabajo de hogar refleja, a la vez que contribuye a (re)producir los prejuicios, motivaciones y constricciones que han obstaculizado su pleno reconocimiento como un trabajo. El carácter domiciliario de esta actividad ha sentado las bases de un raciocinio jurídico, todavía vigente, que ha permitido justificar y legitimar su exclusión de las normas que regulan al resto del trabajo asalariado. Y esto, cabe aclarar, no constituye una

particularidad del Estado español, ya que si hay algo que comparte la heterogénea regulación del trabajo de hogar existente en los distintos contextos nacionales es el déficit de protección que otorga a las trabajadoras.

Si bien las últimas modificaciones de la regulación laboral implementadas en 2011 y 2012 (Ley 27/2011; Real Decreto 1620/2011; Real Decreto Ley 29/2012) han constituido un avance importante, se continuó reconociendo al trabajo de hogar como una actividad laboral especial, determinando su incorporación en el Régimen General de la Seguridad Social en calidad de un Sistema Especial. Pese a representar algunos avances, se perpetua la imposibilidad de cotizar por la prestación de desempleo, la no inclusión en la ley de la prevención de riesgos laborales o el no reconocimiento del derecho a la negociación colectiva. Tampoco acaba con la figura del desistimiento, que permite extinguir arbitrariamente la relación laboral por voluntad de la parte contratante. Asimismo, mantiene vigente el régimen de contratación interno que, aunque ahora esté más regulado en sus horas presenciales y días de descanso, sigue permitiendo la apropiación plena de los tiempos de la trabajadora por parte de la familia empleadora.

Los avances sobre el papel no solo han sido insuficientes, sino que han carecido de mecanismos eficaces para su implementación y control. Continúa siendo imposible, por ejemplo, la actuación de la Inspección de Trabajo en los domicilios que en este sector constituyen centros de trabajo. Esto ha tenido como consecuencia la perpetuación de un elevado grado de informalidad o trabajo no declarado y el incumplimiento generalizado de la normativa laboral, manteniendo la posición de vulnerabilidad de las trabajadoras y dificultando la posibilidad de negociar sus condiciones laborales frente a un eventual reclamo de derechos. A ello, además, contribuye el accionar de una serie de agentes intermediarios (como las agencias de colocación y organizaciones civiles, muchas de ellas vinculadas a la Iglesia Católica) que, debido a la falta de controles, operan conectando a la parte empleadora y trabajadora.

DESPIDOS, CONFINAMIENTO FORZOSO E INSEGURIDAD

En términos generales, podemos afirmar que la crisis sociosanitaria ha tenido el efecto de tensionar los ejes de desigualdad social sobre los que se estructura el trabajo de hogar y cuidados.

Durante la pandemia, las trabajadoras han jugado (y siguen jugando) un rol esencial asegurando el cuidado de las personas mayores y dependientes en los hogares, pero este rol se ha estructurado fundamentalmente a partir de la posición de vulnerabilidad en la que se encuentran, y a costa de su propio bienestar.

La situación estructural de desprotección de las trabajadoras, favorecida por la legislación laboral y reforzada por la de extranjería, que viene siendo ampliamente denunciada por los colectivos de trabajadoras organizadas, ha emergido con toda su crudeza en el contexto de la pandemia.

Sus condiciones laborales se han precarizado aún más si cabe, llevando al extremo la flexibilidad laboral que caracteriza a esta ocupación y generando un amplio margen de incertidumbre e inseguridad en sus vidas cotidianas. Las trabajadoras de hogar y cuidados han tenido que afrontar (y adaptarse) a los cambiantes requerimientos de la parte empleadora, ya sea ampliando al extremo su horario laboral para confinarse en su lugar de trabajo o dejando de acudir al mismo de un día para otro.

Sindicatos y colectivos de trabajadoras hablan de una “oleada de despidos” o suspensión temporal de los empleos, y se refieren a ello como la “segunda gran pandemia” que tuvieron

que afrontar como sector. Los datos consultados confirman el elevado número de despidos, acompañada de una caída de la contratación. Así, el número de afiliaciones a la Seguridad Social para el Régimen/Sistema Especial de Empleados de Hogar pasa de 395.683 en 2019 a 381.482 en 2020. También los datos de la EPA muestran un descenso del número de hogares que emplean servicio doméstico entre 2019 y 2020 del 9,6%.

Paralelamente, la pandemia ha reavivado la figura de la interna, en ocasiones como alternativa a la institucionalización, con el agravante que las circunstancias actuales favorecen las condiciones de encierro en que normalmente ya se encuentran estas trabajadoras. Así, ha sido bastante común “obligar” a la trabajadora a confinarse en el lugar de trabajo, en ocasiones bajo la amenaza de perder el empleo. La justificación para ello proviene fundamentalmente de que las trabajadoras representan un posible vector de transmisión del virus, siendo ellas las principales responsables del cuidado de personas ancianas, que es uno de los colectivos que ha sido categorizado como de mayor riesgo frente a la covid. En este contexto, la pandemia ha emergido como un argumento económico y moral de precarización de las condiciones laborales de las trabajadoras, de por sí ya muy precarias: aumento de jornada sin aumento salarial, restricción de los desplazamientos por temor al contagio, negativas a extender certificados de movilidad por temor a dejar constancia de una relación laboral no regular, despidos sin indemnización e inconvenientes para facilitar el acceso al subsidio extraordinario cuando sí tenían derecho.

Todo ello se ha producido sin tener en cuenta sus necesidades vitales más básicas, expresión de su cosificación, que no es nueva en el sector, pero que la pandemia ha exacerbado. La obligación de confinarse puso en jaque el derecho a su vida familiar o a simplemente a tener vida propia. De manera similar, la rescisión de la relación laboral de forma abrupta y sin ningún tipo de compensación y protección económica las ha dejado sin los recursos mínimos necesarios para asegurar su subsistencia y muchas veces también la de sus familias.

La extendida exigencia de confinamiento en el lugar de trabajo por parte de los y las empleadoras, presente de manera sistemática en el caso del trabajo interno (pero no exclusivamente), ha llevado al límite la pretensión de total disponibilidad de los tiempos de la trabajadora, que tampoco es nueva, pero que ahora ha encontrado su legitimación en la construcción de la trabajadora como un potencial elemento de propagación del coronavirus. Las trabajadoras han acatado esta imposición, o en su defecto, se la han autoimpuesto con el beneplácito de la parte empleadora, privilegiando de esta manera la continuidad de la relación laboral, y con ello, la de sus ingresos.

Proteger a la persona cuidada del contagio de la covid ha devenido, en consecuencia, en una estrategia fundamental para conservar sus empleos. La falta de protecciones sociales y laborales lo explica. Como también explica el extendido temor presente entre las trabajadoras a perder su trabajo, agravado por la percepción que en la situación de crisis sociosanitaria será mucho más difícil encontrar uno nuevo. Un miedo que se encuentra bien fundamentado, ya que, cuando así ha sucedido, ha tenido efectos socialmente devastadores. Es por lo tanto desde esta posición de debilidad que las trabajadoras han debido negociar sus cambiantes condiciones laborales, quedando a fin de cuentas todo subordinado a los arreglos privados a los que hayan podido alcanzar con la parte empleadora, tal como sucedía con anterioridad a la irrupción de la covid. La fuerte desregulación del sector y la falta de controles lo favorecen. En este sentido, interesa resaltar que la formalización de la relación laboral no es garantía para el cumplimiento de los derechos asociados, por mínimos que estos sean. Lo cual evidentemente no implica desconocer la posición de extrema vulnerabilidad en la que se encuentran aquellas mujeres extranjeras que no cuentan con sus autorizaciones de residencias y que se ven abocadas a aceptar condiciones laborales que ellas mismas califican en términos de esclavitud.

Hay que tener en cuenta que el fallecimiento de la persona cuidada implica la pérdida del empleo y, en el caso de las trabajadoras internas, la pérdida también del alojamiento; todo ello sin tener derecho al subsidio de desempleo. El hecho de que los recursos para atender la pérdida o drástica reducción de sus ingresos económicos como consecuencia de la crisis sanitaria haya dependido de la situación personal de la trabajadora (sus ahorros, las protecciones derivadas de su empleo en otros sectores laborales, su situación familiar, las redes familiares y sociales con las que cuenta), confirma la posición de indefensión en que se encuentran las trabajadoras. Y deja, además, al descubierto su invisibilidad social y el trato discriminatorio al que históricamente han estado sujetas en comparación al resto del trabajo asalariado, y que ha tenido su continuidad durante la pandemia.

APOYOS INSTITUCIONALES INSUFICIENTES, ROL ACTIVO DE LOS COLECTIVOS

Las trabajadoras de hogar y cuidados fueron inicialmente excluidas del paquete de medidas de protección social implementadas por el Gobierno tras la declaración del estado de alarma. Fue gracias a la presión ejercida por los colectivos de trabajadoras organizadas que finalmente se aprobó una ayuda específica para este sector: el Subsidio extraordinario para empleadas de hogar (RD Ley 11/2020).

El subsidio permite cobrar hasta un 70% de la base de cotización, con un máximo de 950 euros, cifra correspondiente al salario mínimo de 2020. Su gestión, sin embargo, no ha sido ni ágil ni efectiva. Lo cierto es que el subsidio no solo llega tarde (se aprueba cuando ya se habían convocado todos los demás subsidios y ERTE, no se puede solicitar hasta mayo y las ayudas no empiezan a llegar hasta tres meses después de tramitarse), sino que deja fuera una parte substancial de las trabajadoras: aquellas cuya situación administrativa no estaba regularizada o que carecían de contrato laboral formal. También aquellas que perdieron el trabajo antes del 14 de marzo, fecha en que se decreta el estado de alarma.

Asociaciones y sindicatos subrayan la escasa incidencia de las ayudas, el retraso en su tramitación, las excesivas trabas técnicas y burocráticas, la brecha digital que dificulta su tramitación, y lamentan que tales ayudas crearon falsas expectativas y mucha frustración entre las trabajadoras. Efectivamente, son muy pocas las trabajadoras entrevistadas que afirman haber solicitado el subsidio y haberlo cobrado. Las cantidades percibidas, por otro lado, son muy bajas, insuficientes para cubrir la pérdida de ingresos derivada de reducciones de jornada o suspensión de la actividad laboral.

Ante la falta evidente de acceso a ayudas y prestaciones sociales, el rol de los colectivos de trabajadoras (quienes han organizado cajas de resistencia y puntos de acopio y reparto de alimentos), y de otras organizaciones de la sociedad civil, ha sido fundamental para su sostenimiento material y habitacional, evitando, entre otras cosas, situaciones de calle.

Cabe añadir que el número de mujeres al que llegan los colectivos es reducido, dejando la posibilidad de subsistencia material de buena parte de ellas en manos de los Servicios sociales (colapsados durante la pandemia) y entidades de beneficencia.

Frente a esta situación, las trabajadoras organizadas han combatido activamente el “olvido” del que afirman han sido objeto y han reivindicado la dignificación del sector, incidiendo en la contradicción que ha supuesto en tiempos de la covid ser reconocidas como trabajadoras esenciales, pero sin derechos. Desde que empieza la pandemia y se decreta el estado de alarma han reforzado las alianzas entre los distintos colectivos y han ejercido presión ante las Administraciones públicas, siendo una acción importante la conformación del Grupo de Acción Política de Trabajadoras de Hogar (GAP), integrado por once colectivos de trabajadoras de hogar y cuidados distribuidos por todo el territorio español. Sus reivindicaciones han quedado recogidas en los resultados del Encuentro Estatal de Acción

Política de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados, y en el documento “¡Para no dejar a nadie atrás!” que impulsa la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. En contexto pandémico, dos reivindicaciones han sido fundamentales: que se desplieguen medidas de protección social eficaces para estas trabajadoras, y que se reconozca a las mujeres migradas como agente político, con capacidad de negociación e interlocución con la Administración. El proceso de cambio tan necesario para el sector no puede abordarse sin la participación de los colectivos de trabajadoras de hogar, siendo ellas quienes (en colaboración con el resto de agentes comprometidos) deben abanderar la defensa de sus intereses en los procesos de diálogo social que pueden preceder a un cambio legislativo.

LA SEGURIDAD LABORAL EN EL TRABAJO, UNA DIMENSIÓN OLVIDADA

Siendo este el panorama general al que han debido enfrentarse las trabajadoras de hogar y cuidados, el miedo a perder el trabajo ha primado sobre el miedo a contraer la infección de la covid.

Sus esfuerzos se han orientado principalmente a intentar mantener la continuidad laboral, a costa muchas veces de su bienestar personal y con importantes repercusiones para su salud, sobre todo en lo que respecta a la dimensión emocional y psicológica. Es importante aclarar que con esto no queremos dar a entender que las trabajadoras privilegien la obtención de dinero por encima de la consideración de su propia salud y con ello, la de sus familias y la de las personas que cuidan. Es en el marco de las profundas desigualdades sociales sobre las que se estructura el trabajo de hogar y cuidados que debemos comprender cómo se ha gestionado la salud laboral durante la pandemia y en relación con ello, las prácticas y estrategias que estas mujeres han desplegado para protegerse y proteger.

La incertidumbre e inseguridad creada en el contexto de la pandemia se ha hecho carne en los cuerpos de las trabajadoras, manifestándose una multiplicidad de padecimientos que muchas veces han experimentado de forma más severa que los malestares causados por la covid que, debemos remarcar, algunas han contraído justamente en sus lugares de trabajo. En este sentido, destacamos la total desatención a la que ha estado sujeto el trabajo de hogar y cuidados en términos de la seguridad laboral en el contexto de la crisis sanitaria, que ha tenido su más claro reflejo en la **total ausencia de protocolos para este sector laboral, dando cuenta de su invisibilidad social. Los mismos poderes públicos que han calificado a las empleadas de hogar como esenciales, han desatendido la necesidad de establecer las condiciones básicas para que puedan llevar adelante su trabajo de manera segura**, desoyendo además los reclamos de las asociaciones del sector y dejando todo librado a los acuerdos privados que se dan en el marco de una relación laboral donde la trabajadora ocupa la posición de mayor debilidad, máxime si es extranjera y no cuenta con “los papeles”.

PROPUESTAS DE FUTURO

El trabajo de hogar y cuidados se ha configurado como una solución para atender las crecientes necesidades de atención de las personas mayores y adultos dependientes. Sin embargo, nunca ha habido un verdadero debate social ni político sobre su pertinencia para cumplir esta función.

En términos generales, los esfuerzos políticos se han orientado a garantizar la disponibilidad de una mano de obra económica y desprovista de derechos por su condición de extranjería. Los avances legislativos recientes dirigidos a mejorar las condiciones laborales de las trabajadoras han privilegiado que dichos cambios no supongan un coste adicional para las familias, intentando de esta manera no romper el frágil equilibrio en el que se sustenta el recurso al empleo de hogar para atender las necesidades de cuidado. Ello en un contexto

general de retroceso de la inversión pública en materia de atención a la dependencia como consecuencia de las políticas de austeridad aplicadas en la gran recesión.

Urgen políticas decididas a dignificar las condiciones laborales del empleo de hogar, que garanticen el ejercicio efectivo de derechos de las trabajadoras, que aborden la mal resuelta cuestión de extranjería, y que avancen paralelamente al desarrollo de políticas de apoyo a las familias, sin generar antagonismos entre el derecho a ser cuidado y el derecho a un trabajo digno.

En este sentido, conviene pensar en formas de incluir a estas trabajadoras en el sistema de atención a la dependencia. También tomar en cuenta, y en su caso apoyar, las iniciativas de cooperativas impulsadas por las propias trabajadoras que tratan de sacar del sistema especial la atención integral domiciliaria y proponen un modelo de atención centrado en la persona, con requisitos de formación, donde trabajadora y persona atendida salen beneficiadas.

Las trabajadoras sintetizan sus demandas en los siguientes puntos, recogidos en el manifiesto del Encuentro Estatal de Acción Política de Trabajadoras del Hogar y los Cuidados, celebrado en Barcelona en octubre de 2020, y el documento “¡Para no dejar a nadie atrás! Cuidados y violencias: lo que la crisis de la Covid-19 ha puesto de manifiesto en el Estado español” (2020), impulsado por la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe:

1. Ratificación del Convenio 189 de la OIT sobre trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos.
2. Supresión del Sistema especial del empleo del hogar y su incorporación inmediata al Régimen General de la Seguridad Social y en el Estatuto de los Trabajadores, lo que permitirá:
 - Inclusión del Derecho a la Prestación por Desempleo, de acuerdo a lo establecido en el Estatuto de los Trabajadores.
 - Inclusión en la ley de prevención de riesgos laborales.
 - Equiparación total en los tramos de cotización a la Seguridad Social, de acuerdo a lo establecido en el Régimen General de la Seguridad Social. Implica regularizar las situaciones actuales de las cotizaciones por tramos que están por debajo de lo establecido en la ley.
 - La vigilancia y tramitación continua, por parte de la Inspección de Trabajo, de las denuncias recibidas sobre incumplimiento de las obligaciones contractuales y laborales por parte de los y las empleadoras.
 - Ejercicio real del derecho a la sindicalización y a un convenio colectivo que regule las características de nuestro trabajo con una ley de prevención de riesgo laborales que tenga en cuenta las especificidades de este empleo.
 - Protección efectiva frente a toda forma de acoso, abuso y/o violencia sexual en el trabajo.
3. Fin de la explotación y eliminación del régimen de interna (durante la pandemia, las familias están requiriendo trabajo interno en mayor proporción que antes, lo que consideran un retroceso en su lucha contra el régimen de internas).
4. Diferenciación entre trabajo doméstico y cuidado a la dependencia en los hogares, e inclusión de rúbrica correspondiente en el catálogo de profesiones de la Seguridad Social.

5. Considerar a las asociaciones de trabajadoras del hogar como legítimas interlocutoras en la mesa de negociaciones respetando su autonomía en la lucha por condiciones laborales dignas del sector.
6. Reformas legislativas esenciales para la construcción de un sistema legal garantista y respetuoso de los convenios internacionales referidos al sector del empleo de hogar.
7. La adopción de políticas públicas que garanticen el derecho a un cuidado digno de sus ciudadanas y ciudadanos, así como aquellas que garanticen condiciones dignas de trabajo para quienes realizan el trabajo de cuidados. Ello incluye una revisión de la Ley de Dependencia, de manera que también puedan estar presentes estas trabajadoras.
8. Compromiso con la profesionalización del sector recogida en la Ley de Dependencia a través de la formación (certificado de atención sociosanitaria en domicilio), la cual debe también reflejarse en las condiciones laborales y económicas y en la posibilidad de ser contratadas fuera del régimen especial.
9. Inclusión de criterios sociales que faciliten la contratación pública de servicios de cuidado a la dependencia a cooperativas organizadas por las propias mujeres trabajadoras.
10. Desaparición o transformación de las empresas intermediarias. Estas agencias de intermediación no solo se quedan con un porcentaje de los ingresos de las trabajadoras, sino que además añaden una capa extra de control sobre estas, con la amenaza de ser eliminadas de sus bolsas de trabajo y generan mayor vulnerabilidad en las trabajadoras.

El proceso de cambio tan necesario para el sector no puede abordarse sin la participación de los colectivos de trabajadoras de hogar, siendo ellas quienes (en colaboración con el resto de agentes comprometidos) deben abanderar la defensa de sus intereses en los procesos de diálogo social que pueden preceder a un cambio legislativo. **Es hora de hacer efectiva la tan manida expresión de poner los cuidados en el centro y, con ello, situar también en el centro a las trabajadoras de hogar y cuidados.**

6. INICIATIVAS COMUNITARIAS

El estado de alarma comportó el confinamiento de la población en sus domicilios y la imposición de fuertes medidas restrictivas para efectuar desplazamientos. Esta medida afectó particularmente a determinados colectivos, como personas mayores o con patologías concretas, que fueron calificadas como población en riesgo, a pesar de no constituir necesariamente una población en situación previa de dependencia. El miedo a salir de casa para abastecerse, y no disponer de recursos humanos ni materiales para satisfacer sus necesidades, ubicó a muchas personas en una condición de dependencia sobrevenida. Todo ello, convirtió a amplios sectores de la población en vulnerables, invisibles y dependientes de la generosidad y la solidaridad de su entorno comunitario próximo. **Frente a esta realidad, emergieron múltiples iniciativas desde la sociedad civil que desarrollaron un papel activo de apoyo y soporte a las personas más vulnerables, y que contribuyeron en parte a mitigar los efectos iniciales de la pandemia.**

RESPUESTAS COMUNITARIAS FRENTE A LA CRISIS: UNA MIRADA AMPLIA SOBRE EL CUIDADO

El anuncio del confinamiento y sus consecuencias económicas y sociales movilizó de manera inmediata, espontánea y, en ocasiones, improvisada a una parte de la población que, de diversas formas y con distintas motivaciones, se encargó de prestar ayuda a sus

familiares, a sus vecinos/as o, de una forma más organizada, a aquellos sectores más afectados por la paralización de la actividad social y económica.

De forma general empezaron a surgir, a través de redes sociales como WhatsApp o Telegram, grupos de ayuda y soporte más o menos autogestionadas en municipios, barrios o pueblos, los cuales, juntamente con organizaciones de participación vecinal o de voluntario que ya existían previamente, se ofrecieron a realizar actividades variadas para atender determinadas necesidades de la vida diaria de quienes no podían salir de casa. Entre otras cosas, realizaron tareas relacionadas con la prevención y detección de contagios, la autogestión y articulación de recursos, el acompañamiento, así como la identificación y cobertura de necesidades, personas y colectivos en situación de riesgo y vulnerabilidad social.

La respuesta ciudadana desde abajo a la emergencia social contrarrestó en buena parte los efectos de la crisis, en detrimento de unas políticas institucionales que se fueron revelando claramente insuficientes. Un proceso que, en general, se ha mostrado muy variado y complejo, teniendo en cuenta las formas diversas en que estas iniciativas comunitarias han surgido, sus motivaciones, el modo en que se han articulado con los territorios donde se implantaban, qué sectores han considerado prioritarios, qué aspectos han tenido más peso en ellas, qué sujetos han tenido mayor protagonismo y, en concreto, cuál ha sido el papel de mayores y dependientes en ellas, cómo han dialogado con las instituciones y las políticas públicas o dónde han situado los límites de su actuación, entre otras consideraciones.

Para aproximarse a esta realidad, es necesario entender el cuidado más allá de la dependencia y pensarlo desde diversos ámbitos de la vida cotidiana, como la educación, la sanidad, la vivienda, el transporte o la protección social, dado que todos estos ámbitos contribuyen al mantenimiento de la vida, al desarrollo de las capacidades humanas y a la protección en caso de adversidad. Esta mirada comporta ver el cuidado como una forma de organización social y al conjunto de la sociedad como cuidadora, y es a partir de este marco contextual de fondo donde insertamos nuestra aproximación a la labor llevada a cabo por las iniciativas comunitarias desarrolladas durante el estado de alarma.

DIMENSIONES MATERIAL, RELACIONAL Y CORPORAL

A la hora de abordar esta realidad hemos diferenciado tres dimensiones asociadas al cuidado (las dimensiones material, relacional y corporal), dado que cada una de ellas ha estado presente, aunque de forma muy desigual, en las iniciativas comunitarias.

Las actividades asociadas a la **dimensión material** han sido el principal objeto de acción de las iniciativas dirigidas al público en general, incluyendo aquí todas aquellas tareas de ayuda práctica relativas al aprovisionamiento y mantenimiento de las personas, salvo lo relacionado con el mantenimiento de la vivienda (de limpieza de los espacios, etc.), dado que para controlar al virus se recomendaba no realizar en ningún caso visitas domiciliarias. También, dentro de este ámbito podemos incluir la creación de instrumentos de protección frente al virus (como la confección de mascarillas). Por otro lado, observamos que las actividades asociadas a la dimensión material aparecen especialmente ligadas a las iniciativas surgidas de nueva creación, si bien también hay que señalar que buena parte de estas han acabado siendo las más efímeras y han dejado de operar tras el final del confinamiento estricto.

Una segunda dimensión del cuidado está relacionada con la **dimensión relacional** y el bienestar emocional de las personas. Aquí, integraríamos todas aquellas actividades relacionadas con el acompañamiento, sostenimiento, socialización y apoyo en momentos

difíciles. Las iniciativas en las que este aspecto aparece presente de forma más nítida suelen orientarse exclusivamente a la población mayor, en la gran mayoría de ocasiones ya existían antes de la pandemia y suelen vincular esta dimensión con los objetivos de las actividades que llevan a cabo: acompañamiento, lucha contra la soledad no deseada, envejecimiento activo, etc. Este hecho, además, hace que en este tipo de iniciativas suela existir un discurso más reflexivo y elaborado que en las demás sobre la importancia del cuidado.

La dimensión relacional del cuidado tiene la particularidad de no constituir una dimensión excesivamente visible, tangible i cuantificable en términos económicos, lo que hace que en múltiples ocasiones no haya sido considerada fundamental para las políticas públicas. Esta misma invisibilidad ha hecho que algunas iniciativas no fuesen plenamente conscientes de la importancia que tenían algunas de las acciones que llevaban a cabo asociadas al acompañamiento para el bienestar emocional de las personas. Es cierto, sin embargo, que las situaciones de aislamiento sobrevenido motivadas por la pandemia, han llevado a una mayor conciencia de la importancia de esta dimensión del cuidado, a la vez que han sido las iniciativas surgidas desde la sociedad civil ya preexistentes (por su cercanía para detectar problemas y su flexibilidad), las que mejor han sabido dar respuesta a esta necesidad. De la misma forma, con relación a esta dimensión hay que destacar el papel fundamental que ha jugado el uso de las nuevas tecnologías durante el confinamiento como herramienta que ha servido para paliar las situaciones de aislamiento sobrevenido.

Finalmente, una última dimensión identifica el cuidado con el **cuidado corporal y físico**, de manera que en el imaginario social lo corporal da sentido total al concepto de cuidado. Sin embargo, es precisamente esta última dimensión la que muy extrañamente se ha llevado a cabo desde las iniciativas comunitarias. El desconocimiento del virus y la enfermedad, la virulencia y vías de transmisión de la covid, las medidas de prevención y protección de contagios, así como las sensaciones y emociones compartidas de miedo e incertidumbre, excluyeron los cuidados de los cuerpos, de los hogares y de las actividades enmarcadas en los ámbitos socialmente considerados privados e íntimos y resueltos a través del trabajo familiar y profesional, y por entender que el cuidado en las situaciones más graves de dependencia (el cuidado en todo su sentido) ya estaba siendo cubierto desde las instituciones.

Con todo ello, podemos destacar que las experiencias de cuidado comunitario que hemos analizado, han tenido durante la pandemia dos fronteras importantes: por un lado, la imposibilidad de acceder al espacio doméstico (salvo alguna iniciativa que dispone de servicio de ayuda a domicilio) y, por otro, la exclusión por omisión, de aquellas actividades que tenían que ver con el cuerpo, como sucede con todo lo referente al cuidado de las personas dependientes. Este hecho contrasta con el importante papel que han desempeñado las iniciativas comunitarias en relación con aquellas cuestiones asociadas al cuidado material y relacional-emocional.

HETEROGENEIDAD DE LAS INICIATIVAS, USO DE TECNOLOGÍAS Y RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN

Las iniciativas comunitarias se caracterizan por una notable heterogeneidad, tanto en sus denominaciones (grupos de apoyo y cuidados, apoyo mutuo, solidaridad, activismos de barrio, redes vecinales, iniciativas ciudadanas, etc.), como por los perfiles de participantes, motivaciones, ideologías e implantación territorial que han tenido.

Así, la ubicación geográfica y la configuración territorial tienen una fuerte influencia en la forma y las características de las estas iniciativas. En los entornos urbanos encontramos iniciativas con una configuración sociocultural más variada, y a menudo caracterizadas por

tener una necesidad mayor de realizar tareas de organización, coordinación y movilización relacionadas. En estas iniciativas es donde se ha hecho más evidente la falta de coordinación con la Administración ante las situaciones generadas por el confinamiento, así como se ha mostrado la mejor capacidad de estas iniciativas para detectar necesidades concretas. Por su parte, los entornos rurales se caracterizan por la existencia de redes comunitarias más sólidas e informales, relaciones familiares, vecinales (más cercanas, menos anonimizadas y basadas en las relaciones de confianza) y otros espacios de socialización cotidiana, así como por la existencia de una construcción social del cuidado más feminizado. Todo ello hace que, en este contexto, las personas que han requerido de apoyo, ayuda y cuidados hayan obtenido generalmente respuesta mediante canales ya establecidos previamente, especialmente en el ámbito familiar y en las redes vecinales informales, y en las que el despliegue de nuevas iniciativas ha sido mucho menor.

A partir del análisis de los datos se observa cierta diferencia entre las iniciativas generadas a partir del impacto de la pandemia y aquellas previamente existentes. Así, en las de nueva creación es donde se aprecia de una forma más contundente que su constitución estuvo motivada por la ineficacia de Gobiernos y Administraciones públicas en un contexto de urgencia, para dar respuesta a los efectos de la pandemia y el confinamiento. Por su parte, en las iniciativas previamente existentes hemos documentado, además de las acciones orientadas fundamentalmente al cuidado de personas mayores, un buen número de actuaciones que, si bien no tenían entre sus fines la provisión de cuidados, trataron de proporcionar respuestas comunitarias dirigidas a contrarrestar los efectos de la pandemia, ya sea a través de la realización de actividades que entendemos asociadas al cuidado, como proporcionando conocimientos previos sobre las características del barrio, las necesidades de la población o la identificación de grupos en situación de riesgo, vulnerabilidad y/o exclusión social, entre otros.

No obstante, a partir de los datos recogidos podemos señalar cómo en términos generales la proliferación de iniciativas y su perdurabilidad en el tiempo está relacionada con la existencia de tejido y redes comunitarias previas. Así, en las iniciativas desarrolladas en territorios donde no existían movimientos sociales, vecinales, colectivos y políticos apreciamos mayores condiciones de inestabilidad, dificultades para organizar la ayuda, acceder a la población y sostenerse durante el avance de la pandemia. Por ello, gran parte de tales iniciativas han tenido un carácter espontáneo y se han ido desarticulado hasta disolverse conforme se iban desarrollando las fases de desescalada, ya sea porque las tareas que realizaban ya no tenían razón de ser según se abandonaba el confinamiento estricto, o porque no era posible mantenerlas. Al mismo tiempo, aquellas iniciativas que han perdurado en el tiempo, además de las ya existentes antes de la pandemia, han tenido que reorientar sus actividades y fines, muchas veces desde la asistencia personal hasta otras cuestiones relacionadas con la demanda o la reivindicación o bien orientadas a la promoción social.

Otro elemento relevante es el papel central de las tecnologías de la información y la comunicación, y los obstáculos derivados de las brechas digitales.

Hemos asistido a una apropiación de las TIC por parte de las iniciativas comunitarias y una readaptación de la organización y relaciones en torno a las tecnologías digitales, forzada por las medidas de distanciamiento físico y social determinadas por la gestión política y sanitaria de la pandemia.

De este modo, las personas entrevistadas nos han trasladado la relevancia de las tecnologías digitales (como servicios de mensajería instantánea, telefonía, plataformas de videoconferencias, redes sociales y aplicaciones de geolocalización, entre otras) en sus procesos de creación y/o reconfiguración, en la difusión de sus actividades, en las tareas

desarrolladas y la coordinación de las mismas, en la comunicación y autoorganización entre sus integrantes y las personas necesitadas de tales apoyos, así como en la coordinación con otras iniciativas, asociaciones, organizaciones o entidades públicas.

Las relaciones de las iniciativas comunitarias con la Administración, a diferentes niveles, se han caracterizado por la improvisación y la escasa coordinación, y por la existencia de límites poco definidos y porosos y a menudo, según numerosos testimonios, marcada por las reticencias y desconfianza por parte de las instituciones para colaborar con este tipo de iniciativas.

Sobre esta cuestión, hemos recogido numerosos testimonios que contraponen la rápida capacidad de reacción de las iniciativas comunitarias, la flexibilidad y la creatividad que han desplegado para poder atender la multiplicidad de demandas generadas por la situación de emergencia en un contexto generalizado de incertidumbre, frente a cierta ineficacia y rigidez en la atención por parte de los servicios públicos en un contexto de desbordamiento de los servicios sociales. No obstante, las dificultades encontradas por muchas de las iniciativas para perdurar en el tiempo también nos hablan de sus límites en términos de sostenibilidad, así como del voluntarismo que las orientó en su creación en un contexto absolutamente extraordinario.

MIRANDO HACIA EL FUTURO: AVANZANDO HACIA LAS COMUNIDADES CUIDADORAS

Las iniciativas comunitarias han tenido un rol importante en la provisión de cuidados en el contexto de la pandemia, lo que nos lleva a destacar tres cuestiones: en primer lugar, su papel en la atención a personas mayores (autónomas) que fue considerada población de riesgo ante la covid, y cuyas circunstancias (aislamiento, miedo a salir de casa, etc.) no fueron tenidas en cuenta por la Administración. En segundo lugar, el potencial creativo y variedad de actividades desempeñadas por estas iniciativas, mostrando su capacidad adaptativa, y su agilidad para responder a situaciones de emergencia social sobrevenida en el marco de la pandemia. Y, en tercer lugar, el papel especialmente destacado que estas iniciativas han jugado en los aspectos relacionales del cuidado, evidenciando la importancia de esta dimensión en el contexto mismo de la pandemia.

Podemos afirmar que el ámbito comunitario no se reduce a la pura actividad de entidades o movimientos surgidos de la sociedad civil. **Lo comunitario va más allá, pues está conformado por el conjunto de instituciones, entidades, recursos y vínculos sociales articulados en los entornos de proximidad de las personas. Avanzar hacia la construcción de comunidades cuidadoras es un objetivo importante para un modelo de cuidados democrático y socialmente comprometido.**

7. HACIA UN MODELO ALTERNATIVO DE CUIDADOS

El coronavirus ha hecho visible el papel central de los cuidados en el sostenimiento de la vida, y lo ha hecho evidenciando y magnificando un problema ya existente previamente: nuestros déficits sociales para atender a las personas dependientes y vulnerables.

Numerosos artículos académicos nos venían avisando desde hace años de que padecíamos una crisis de los cuidados, que con la pandemia ha mostrado inexorablemente su magnitud. Es una crisis con relación a la atención a las situaciones de dependencia, pero es una crisis que nos sitúa además en un contexto económico y social en que prima el individualismo y la competitividad, y donde el cuidado no tiene reconocimiento. ¿Cómo resolvemos esta doble crisis: la relacionada con el déficit en el modelo de cuidados y la relacionada con una sociedad que no da valor al cuidar?

Estamos ante una situación que requiere innovar y apostar por un sistema de cuidados que cubra las necesidades de las personas en situación de dependencia por razones de edad o discapacidad. **Necesitamos un sistema de cuidados que garantice la dignidad de las personas que cuidan y de las personas cuidadas. Dignidad que se ve vulnerada por las ineficiencias del sistema actual, basado, además, en injusticias de género y en injusticias sociales.**

Pensemos en cómo nos gustaría a nosotras mismas ser cuidadas en caso de necesitarlo y seguramente encontraremos las pistas para repensar este modelo. Las actuales generaciones que llegan a la vejez reclaman autonomía y agencia, cosa que el actual sistema de cuidados no aporta. También las personas con discapacidad demandan tener una vida independiente. Por ello ha de haber cambios, que se puedan aprovechar los recursos ya existentes, desde luego, pero que abran el foco hacia nuevas posibilidades y más recursos y que tengan en cuenta la perspectiva de género.

Presentamos a continuación, aplicando la perspectiva de género, los principales ejes de una alternativa al modelo de cuidados actual, que han de guiar este cambio de modelo, sin pretender ni la exhaustividad ni las recetas milagrosas. Entendemos que a partir de estos principios, deben generarse los debates y la toma de decisiones por parte de quienes corresponde hacerlo. Proponemos que esto se haga a partir del sistema dialógico de intervención (hoy denominado co-creación), que no solo tiene en cuenta las estrategias de conocimiento situadas en posiciones de jerarquía, sino también la experiencia y saberes de la cotidianeidad, en este caso de quienes ejercen el cuidado en el día a día.

PRIMERO, LAS PERSONAS

Poner las personas primero implica reconocer el derecho a decidir de quien requiere cuidados o ayuda. Supone reconocer la diversidad de las personas mayores y de las personas con discapacidad y también su agencia.

El apoyo y la cobertura a sus necesidades sociales, físicas y emocionales pueden configurarse de forma personalizada haciendo real el principio de atención centrada en la persona. Esto significa que los servicios sociales y las prestaciones públicas deben adaptarse a las necesidades de las personas usuarias y no al revés. De esta manera, la ciudadanía podría posicionarse en el centro del modelo público de atención, evitando actitudes consumidoras de recursos y fomentando su participación activa.

El principio de la libertad de elección de cómo ser cuidado debería ser la máxima a partir de la cual se guíen los diferentes programas de apoyo a los cuidados de larga duración. Sin embargo, la incorporación de este criterio tendría que producirse teniendo en cuenta las desigualdades de género, clase social y extranjería que atraviesan la provisión de los cuidados. De esta manera, este modelo debe tener en cuenta:

1. La fragilidad física y vulnerabilidad social de las personas dependientes para acceder a los recursos, de manera que no existan personas que se queden sin ningún servicio de cuidado. Estos tienen que configurarse acorde a las necesidades personales y a las posibilidades públicas que oferta el entorno. Eso significa poner a disposición de las personas los recursos públicos para planificar su proceso de envejecimiento evitando las posibles inequidades económicas y sociales.
2. El riesgo de que sean las mujeres (sobre todo de determinadas generaciones) las que sigan realizando las tareas de cuidados no remunerados en el interior de las familias y toda la intensidad de la asistencia recaiga sobre ellas, siendo imprescindible que la

inversión pública se produzca en más servicios que tiendan hacia la profesionalización y eviten la familiarización.

3. La precariedad existente en el trabajo de cuidados remunerados. Tanto si el trabajo se desempeña en centros institucionalizados, como si se trata de una trabajadora del servicio de ayuda a domicilio (SAD) o contratada en calidad de cuidadora privada, las condiciones laborales de estas trabajadoras/es se caracterizan por los bajos salarios, las intensas jornadas laborales, las rotaciones y la inseguridad en el empleo.

Hacer efectiva la atención centrada a la persona en el modelo de cuidados supone afrontar, por tanto, la encrucijada de derechos que se dibuja en torno a los cuidados: derecho a decidir cómo ser cuidado, derecho a no cuidar y derecho a un trabajo de cuidados digno.

Estas cuestiones condicionan los cánones sobre los que transita la política de libre elección de las personas dependientes, ya que esa libertad tiene claras consecuencias tanto en los servicios públicos que podrían potenciarse como en las condiciones laborales de las trabajadoras de cuidados.

Aunque esta filosofía de los cuidados centrados en la persona ya se encuentra incluida en el sistema público de cuidados de larga duración, la gestión de los servicios sociales está afrontando desafíos que impiden el cumplimiento de este criterio. El envejecimiento de la población, los cambios en la organización de los cuidados en las familias y los deseos de las personas cuidadas son algunos de ellos. De esta manera, los tradicionales recursos de cuidado y apoyo como el SAD, la asistencia personal, los centros de día, las residencias y las prestaciones económicas, muestran considerables limitaciones que no hacen posible su adaptación e integración hacia las necesidades sociales personalizadas de las personas cuidadas. La pandemia de la covid ha puesto en evidencia la necesidad de repensarlos y de configurarlos acorde a las nuevas realidades sociales, económicas y demográficas. ¿Cómo orientar el sistema público para superar estas barreras? Detectamos la necesidad de modificar estos recursos de la siguiente manera:

1. Superar el modelo de atención generalista que no ha logrado desarrollar una atención en el entorno adaptada a las necesidades de la población y a sus deseos de cómo ser cuidada.
2. Potenciar los recursos públicos orientados a la prevención de manera que estén dirigidos a todo el proceso de envejecimiento y no únicamente a las situaciones de dependencia más graves.
3. Modificar el sistema de asignación de recursos en la LAPAD. Frente a la otorgación de recursos más económicos para la administración (como las transferencias monetarias) o aquellos en los que la lista de espera es menor, es preciso priorizar las necesidades asistenciales teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece el entorno en el que habita la persona.
4. Adecuar el sistema público de cuidado a las necesidades emergentes, esto es, adaptar la atención social a las necesidades cambiantes de la población y de las personas a medida que avanza el proceso de envejecimiento. La burocratización y rigidez de los servicios otorgados impide acceder a necesidades localizadas como los cuidados paliativos, de larga duración y aislamiento social que exigen mayor intensidad, flexibilidad y personalización en la atención.
5. Dar apoyo a las cuidadoras familiares. Los recursos públicos y comunitarios que proveen cuidados en el hogar deben solventar las necesidades de cuidados y no basarse en el sacrificio y esfuerzo del trabajo no remunerado. Por ello la atención social debe

garantizar que las cuidadoras familiares puedan combinar con flexibilidad los diferentes recursos públicos sin verse perjudicadas en sus actividades laborales y sociales. Y hay que destacar que también las cuidadoras merecen ser cuidadas.

ENVEJECER EN EL ENTORNO

La atención centrada en la persona requiere asimismo estar orientada a unos cuidados en el entorno. Esto es, incorporar una mirada comunitaria en la provisión que trascienda a las actuales estrategias institucionales.

Se trata de contar con los servicios sociales y sanitarios del territorio, que han de estar integrados y coordinados, y con el acceso a los equipamientos, actividades y redes sociales que permitan la participación social y eviten la soledad no deseada.

Constatamos una limitada conexión entre la atención pública y el entorno comunitario. Si bien el conjunto de servicios ofertados trata de cuidar en el entorno más cercano, presentan dificultades en su articulación comunitaria. En este sentido, resulta clave la incorporación de alianzas comunitarias que refuercen la relación con el entorno.

Consideramos relevante incluir la figura del gestor/a de casos, una figura profesional del sistema público que sea capaz de coordinar los servicios y apoyos que tienen las personas usuarias y que pueda establecer vínculos entre las familias y la Administración aconsejando cuáles son los recursos disponibles en el entorno según las preferencias de las personas mayores. Este nuevo perfil profesional tiene la ventaja de vincularse a los servicios sociales, que tienen una extensa implantación en el territorio. Está en consonancia también con la creación de nuevas fórmulas de gestión de los recursos públicos y de participación activa en su implementación tanto de las trabajadoras/es de cuidados, como de la población usuaria y la sociedad civil. Desde la academia ya se han introducido algunos conceptos que integran estas nociones tales como *welfare of the common* o *commonfare*, utilizados para definir sistemas sostenibles de bienestar capaces de satisfacer las necesidades de las personas a través de fórmulas colaborativas que incentivan herramientas de participación y prácticas de cuidados solidarias entre la ciudadanía.

Se trata también de potenciar **políticas habitacionales** que consideren la reconversión y la adaptación de las viviendas existentes y potenciar nuevas formas de habitar hoy minoritarias (viviendas colaborativas, viviendas dotacionales...). Hasta el momento, las alternativas más innovadoras han buscado la conexión entre las perspectivas de atención y cuidado con formatos centrados en la proximidad, la atención domiciliaria y el reconocimiento de la especificidad de cada persona, pero sin incidir en otros temas claves como la vivienda y/o el entorno físico cotidiano. Ello exige la conversión del sistema público, muy centrado hasta ahora en la atención médico-farmacéutica, hacia dinámicas más sociosanitarias.

Se constata una creciente conciencia de que las leyes de dependencia de corte individual y de cobertura restringida no son capaces de responder a todas las necesidades de cuidados y crece el interés por métodos y prácticas de corte comunitario. Su reorientación se está produciendo de diferentes formas, ya sea incorporando fórmulas comunitarias de intervención, métodos de investigación-acción comunitaria o modelos emergentes como la co-creación.

Envejecer en el entorno es una máxima que llama a ampliar el concepto de lo público ya que su objetivo es garantizar la satisfacción colectiva y desmercantilizada de necesidades. Ahora bien, la aplicación de una gestión participativa en los bienes públicos y sus servicios requiere de una profunda reflexión que también cuestione la naturaleza y el significado de sus propios conceptos. **La búsqueda de una relación equitativa entre lo público y lo común**

que no suponga un detrimento de la inversión estatal ni que delegue en organizaciones comunitarias la totalidad de su gestión es un riesgo que ya se ha planteado. Además, es preciso clarificar a qué ámbitos de lo público y de lo social se están refiriendo. Debates previos advierten del riesgo de que el concepto “común” pueda considerarse como una fórmula para delegar la prestación de servicios públicos (especialmente en el terreno de la protección social) a entidades del Tercer Sector y empresas sociales.

La pandemia de la covid ha demostrado, tanto la necesidad de la interdependencia humana para la sostenibilidad de la vida, como la emergencia de la comunidad en contextos de crisis, evidenciando la importancia que la participación en la vida social y comunitaria tiene para posibilitar los cuidados de larga duración en el entorno de la vida cotidiana.

Estudios recientes nos alertan de que la pandemia parece estar teniendo un impacto negativo en lo que a edadismo y percepción social de la vejez se refiere, además de estar generando o acrecentando la tensión intergeneracional. La participación comunitaria se presenta aquí, una vez más como un elemento fundamental, no solo para la mejora de la calidad de vida, sino para la cohesión social. **La comunidad y lo común, emergen como una vía para la provisión de bienestar y cuidados.**

Es necesario, por tanto, tener en cuenta el potencial que las redes y dinámicas comunitarias tienen para continuar realizando esta labor en un escenario postcrisis y articularse como una esfera de provisión del cuidado que podría fomentarse desde las administraciones públicas. Optimizar esta función, pasará necesariamente por tejer este ámbito con el resto de las esferas que proporcionan atención y en asignarle un rol bien definido dentro del modelo de cuidados de larga duración. Esto requerirá investigación en este ámbito y enfrentar ciertos debates y dificultades, como son la consideración o no de la comunidad como derecho, el establecimiento de mecanismos que aseguren un estándar de seguridad y calidad mínimo en la provisión, así como la generación de espacios desde los que se posibilite su interrelación con el resto de las esferas que participan en la provisión de cuidados y bienestar.

DIGNIFICAR EL TRABAJO DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS

Las cuidadoras han de tener una mejora en salarios y condiciones laborales; también una buena formación, que otorgue competencias no solo en técnicas para cuidar, sino también en actitudes relacionales y en lo que implica aplicar la atención centrada en la persona.

El sector ocupacional de los cuidados no es homogéneo, pues no es lo mismo trabajar en una residencia, en un SAD o ser una empleada de hogar. Pero sí hay unas características comunes entre las trabajadoras del cuidado, pues comparten todas ellas la precariedad del trabajo. Comparten también el hecho de ser trabajos feminizados y escasamente cualificados, con escaso reconocimiento, convertidos en nicho laboral para migrantes extranjeras.

Las condiciones salariales y laborales de las trabajadoras, la formación adecuada y la garantía de calidad de los servicios de cuidado son aspectos cruciales que la política pública debe afrontar. Lógicamente esto supone un coste monetario que la sociedad ha de estar dispuesta a asumir, lo que no es una cuestión menor. **El buen cuidado tiene un coste económico y el debate es quien lo paga. La dicotomía es clara: o se asumen socialmente los costes del cuidado para que se realice en condiciones dignas, o se sigue explotando a las mujeres, sea como cuidadoras familiares sin remuneración, sea como mano de obra barata.** Este es el modelo actual que, como hemos insistido a lo largo de nuestra investigación, no es satisfactorio. La alternativa es dignificar el trabajo de cuidados, con plantillas bien dotadas, cualificadas y remuneradas, como defiende la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

Las trabajadoras del cuidado merecen un incremento sustancial de sus salarios, pues la precariedad laboral es enemiga de la calidad del cuidado. Tan importante como este reconocimiento salarial es la estabilidad en el empleo. Reducir las tasas de temporalidad y reducir los contratos a tiempo parcial tiene efectos positivos pues evitan la elevada fuga de las trabajadoras/es hacia otros empleos. Los niveles salariales, por otro lado, deberían equipararse a los del sistema sanitario. La asistencia personal depende de una prestación, que debería ser revisada. El salario de las trabajadoras del hogar, que depende en la práctica del acuerdo personal y privado entre empleador/a y trabajadora, en ningún caso debería ser inferior al salario mínimo interprofesional.

También es importante que **las plantillas tengan el personal suficiente** que garantice un buen cuidado, y esto requiere suministrar el tiempo necesario para un buen cuidado y que las trabajadoras tengan competencias técnicas y aptitudes relacionales. En cada sector ocupacional estas dimensiones tienen distintas características:

- En los **servicios residenciales** es importante la redefinición de la proporción entre trabajadoras y personas atendidas. Las ratios que aprobó el Consejo Territorial de la Dependencia en el año 2008 están desfasadas con relación a las necesidades actuales, debido a que los y las residentes son de edades muy elevadas y con pluripatologías, lo que requiere una mayor intensidad y tiempo en los cuidados. Es especialmente importante que el personal auxiliar (y gerocultor), que es quien hace la atención directa, tenga las ratios más elevadas para tener el tiempo necesario para cuidar de forma apropiada.
- En el caso de la **atención domiciliaria** prevista en la Ley de Dependencia, la asignación de servicios a las trabajadoras hace muy difícil que puedan trabajar a tiempo completo, debido a horarios fragmentados y cambiantes, a lo que se han de sumar los desplazamientos entre unos hogares y otros, no siempre cercanos entre sí. Resolver esta situación tan negativa para las trabajadoras requiere disponer de plantillas suficientes y, sobre todo, de una organización que permita que los horarios de trabajo tengan continuidad, que los hogares que atienden se hallen en un radio cercano y que conformen equipos para facilitar la atención de acuerdo con las necesidades de la persona usuaria y sus vínculos comunitarios.
- Las **trabajadoras de hogar** son quienes tienen menos derechos, por lo que padecen mayor vulnerabilidad, acrecentada cuando siendo extranjeras están en situación irregular y cuando carecen de contrato de trabajo. Lo importante en este caso es mejorar las condiciones laborales del sector y erradicar la economía sumergida que lo caracteriza. Estas trabajadoras han reivindicado con insistencia que España se adhiera al Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), pasar al Régimen General de la Seguridad Social y tener los mismos derechos que las demás trabajadoras y trabajadores. Además, pueden arbitrarse estrategias para hacer emerger el trabajo sumergido y asegurar los derechos laborales. La formación de cooperativas de trabajadoras ofrece posibilidades interesantes y ventajas evidentes frente a las empresas mercantiles que han entrado en este sector y que se ofrecen como intermediarias para el empleo en los hogares. De hecho, las actuaciones políticas deberían tender a incorporar a las trabajadoras de hogar al sistema de atención a la dependencia, a fin de que disminuya la contratación directa en los hogares.

La dignificación laboral requiere a su vez afrontar la cualificación de las trabajadoras del cuidado. Esto supone formación, especialmente, y también titulación. La formación no ha de limitarse solo a proporcionar competencias técnicas, sino también emocionales y en valores. Se trata de poner en valor los aspectos relacionales y afectivos que están presentes en la

acción de cuidar, pues el trabajo de cuidados necesita de habilidades discretas, prudentes, de ajustes emocionales y de pequeñas acciones sutiles y eficientes, y esto requiere experiencia y empatía. En el caso de las trabajadoras empleadas en los hogares se trata de facilitar que adquieran habilidades sociosanitarias para poder atender de forma apropiada las situaciones complejas con las que se pueden encontrar.

La **formación, entendida de forma continuada**, ha de abordarse también como un requisito necesario en la revisión del modelo de atención a la dependencia. Avanzar hacia la atención centrada en la persona, tanto en residencias como en domicilios, requiere un cambio en la organización del trabajo y también en las culturas del trabajo, de manera que las trabajadoras sepan escuchar a la persona, sepan interpretar sus deseos o necesidades, tengan la flexibilidad de adaptarse a situaciones cambiantes y a horarios prácticamente personalizados. Este cambio, que no es fácil de implementar, requiere esfuerzos de formación específica.

Finalmente, **impulsar la entrada de hombres en los trabajos remunerados** de cuidados se sitúa en esta misma línea orientada a la dignificación del trabajo y a disminuir las brechas de género. Los trabajos de cuidado no remunerados incrementan su valor si los que son pagados también lo hacen y recíprocamente, y esto mismo facilita la incorporación de los hombres en los empleos de cuidados, hoy minoritaria. La incorporación masculina no supone una amenaza para las oportunidades de empleo de las mujeres, pues los cuidados son un sector ocupacional en expansión. Tiene la ventaja, además, de promover masculinidades cuidadoras. Eliminar las desigualdades de género es un requisito para la construcción de un sistema de cuidados sostenible.

Se requiere, pues, una revisión profunda del modelo asistencial, que aborde las cuestiones laborales y de gestión del personal de forma integral e incluya tanto el sector público como el privado, así como el empleo de hogar. Se trata, en definitiva, que el interés de las trabajadoras del cuidado de tener mejores condiciones laborales se corresponda con el interés de las personas cuidadas; que se perciba que el beneficio de quienes trabajan beneficia también a quienes reciben cuidados. Construir este tipo de alianza es imprescindible para contraponerse a las fuerzas del mercado de cuidados. Un buen cuidado debe realizarse en condiciones laborales satisfactorias. La dignidad de las personas mayores y dependientes está en juego también.

La respuesta a la crisis originada por la pandemia ha de tener en cuenta la importancia del sector social de los cuidados, que afecta especialmente a las mujeres. Conocemos suficientemente la vulnerabilidad de las trabajadoras del cuidado y de las familias que cuidan. **Seguir con el mismo modelo implica incrementar esta vulnerabilidad y hacer de las mujeres las víctimas de la situación: sobrecarga de trabajo, bajos salarios, pobreza femenina.**

REFORMAS DEL MODELO PÚBLICO ACTUAL

La reforma anunciada de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) ha de afrontar las contradicciones generadas por el sistema actual, asentado en la mercantilización de los cuidados en el servicio doméstico, en la deficiente articulación con el sistema sanitario y en la fragilidad de las políticas públicas.

La LAPAD, que entró en vigor en el año 2007, consiguió construir el cuidado como un derecho social y dejar de contemplar la atención a las personas mayores y de las personas con discapacidad como una responsabilidad moral de las familias para con sus miembros o como una responsabilidad asistencial del Estado ante situaciones socialmente vulnerables. La

Gran Recesión de 2008 dejó a la LAPAD sin la necesaria dotación presupuestaria para desplegar correctamente, en calidad y en cantidad, los recursos que la misma ley preveía, por lo que el derecho a cuidar y a ser cuidado no ha llegado a consolidarse en nuestro país como tal. Una década después, la pandemia ha evidenciado de nuevo su debilidad y la necesidad de cambiar y reformular esta legislación. De hecho, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 publicaron en septiembre de 2020 un documento de *Propuestas para la puesta en marcha de un 'Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia'* en el cual se menciona la urgencia de reformar la LAPAD, puesto que “existen problemas en su funcionamiento, que vienen arrastrándose desde hace años y que la crisis sanitaria actual no ha hecho más que intensificar, evidenciando la necesidad de abordarlos”.

La escasa visibilidad y valoración social de los cuidados, la precariedad laboral de las personas empleadas en este sector, la dificultad de incorporar hombres a los trabajos de cuidados, la fragilidad del sistema residencial que no ha podido evitar los contagios, la necesidad de reforzar los SAD para dar respuesta al envejecimiento en casa como alternativa al recurso residencial y las oportunidades que ofrecen las iniciativas comunitarias que devienen agentes en el sistema de organización social de los cuidados, son las dimensiones básicas que convendría tener en cuenta en toda posible reformulación de la organización social del cuidado.

La pandemia de la covid nos ha situado frente al espejo visualizando las constantes contradicciones del bienestar en las que se encuentra la provisión de cuidados de larga duración. Identificamos tres contradicciones principales:

1. La protección social orientada a los cuidados de larga duración en España ha ejercido, una influencia destacable en potenciar su privatización, por lo que se ha menoscabado su efecto redistributivo. Si bien las políticas públicas en este ámbito fueron diseñadas para ejercer un efecto universalista, no han sido capaces de desmercantilizar los cuidados. Las evidencias muestran que en España algunas medidas públicas han promovido el sector privado de cuidados y, en algunos casos, han generado notables desigualdades entre la población usuaria. Por ejemplo, la introducción del mecanismo de copago ha sido una fuente de inequidades. Aunque esta cuantía copagada varía según su nivel de renta, suele ser muy elevada aún para la población con niveles medios o pequeños de ingresos.
2. Otra de las tensiones contradictorias que se han puesto en evidencia durante la pandemia es que los efectos adversos de las políticas de cuidados aparecen asociados a las consideraciones etnizadas y generizadas sobre cómo deben de proveerse los cuidados y quienes deben de hacerlo en cada momento. El hecho de que el acceso a los derechos sociales dependa de las cotizaciones laborales, la estabilidad laboral (o incluso el permiso de residencia), genera nuevas capas de desigualdad y discriminación, sobre todo, para las trabajadoras de cuidados contratadas por los hogares privados. Aunque el trabajo que ellas desempeñan es esencial para la sostenibilidad de la vida tienen un limitado acceso al sistema público de bienestar o incluso son excluidas del mismo. La privatización de los cuidados en los hogares se produce, por tanto, hacia una esfera mercantil desregulada y precaria.
3. En tercer lugar, y sumadas a las antítesis anteriores, habría que mencionar como durante la crisis sanitaria se ha reforzado la familiarización y la mercantilización de los cuidados de larga duración. Por una parte, la confianza en los centros residenciales se ha resquebrajado, situación que obliga a las familias a recolocar los cuidados en el hogar o a contratar servicios externos y el empleo de hogar sigue siendo en España la vía mayoritaria. Por otra parte, la política pública, como consecuencia del confinamiento y el cierre de algunos centros, ha expandido más las transferencias monetarias de las que hablábamos en el apartado anterior. De esta manera, según los datos del IMSERSO, las

prestaciones por cuidados en el hogar aumentaron en más de 28.000 casos entre febrero de 2020 y abril de 2021 pasando a representar en la actualidad a 457.299 usuarios del sistema público de atención.

Este proceso sitúa al sistema público de cuidados de larga duración ante un dilema que nos hace reflexionar sobre las relaciones que existen entre las crisis y el cambio social. **En este caso, la crisis sanitaria puede ser observada como una ventana de oportunidad, para fomentar nuevas directrices políticas que tiendan a redistribuir los cuidados de una manera socialmente más equitativa.**

Por ahora, solo se advierten pequeños cambios relacionados con mejorar la financiación, aumentar la cobertura de los servicios o incluso incluir a las trabajadoras de hogar como parte del sistema. Todos los analistas consultados coinciden en señalar las siguientes iniciativas para mejorar el modelo público de atención:

1. La dificultad de la coordinación sociosanitaria que requiere una mejor combinación de la sanidad y los servicios sociales estableciendo mecanismos de cooperación para la derivación de usuarios entre ambos sistemas.
2. Articular la gobernanza multinivel de una manera más efectiva. La fragmentación administrativa complejiza la distribución de los servicios y los hace menos accesibles a las personas usuarias. Si bien buena parte de los recursos se diseñan y financian desde los Gobiernos regionales, las entidades municipales tienen la capacidad de desarrollar algunos muy relevantes como es el caso del SAD. Su resultado es en ocasiones una duplicación de recursos y una fuerte diversidad de atención, con distintos criterios de accesibilidad, oferta y precios.
3. Priorizar la otorgación de servicios en vez de prestaciones económicas, camino en el que se ha avanzado también recientemente, pero que todavía requiere un esfuerzo mayor. Por ejemplo, la derivación de beneficiarios del sistema hacia prestaciones económicas vinculadas a servicios (PEVS) en vez de su inclusión en los servicios sociales públicos conlleva una mayor carga económica entre los usuarios debido al mecanismo de copago. La Administración además tiene un papel limitado como garante de derechos y calidad de los servicios ofrecidos por las empresas privadas por lo que el desarrollo de esta prestación requiere que el sistema de acreditación de centros privados garantice unos mínimos comunes de atención y que exista un sistema de inspección y control públicos más adecuados. La opción de que únicamente se subcontraten prestaciones de servicios a empresas sin ánimo de lucro o empresas sociales y cooperativas es ya una demanda que se realiza desde variadas voces expertas.
4. Mejorar la información sobre el copago (fórmula de la que no se publican datos), e intentar reducir su importe o incluso eliminarlo, puesto que esta tarifa puede conllevar la expulsión del sistema de atención a aquellos colectivos con rentas bajas, pero no lo suficientemente residuales como para que les compense el pago de servicios privados.
5. Transitar hacia un modelo de atención domiciliaria, de residencias y de centros de día centrado en las personas mayores y en el envejecimiento en el entorno. Ello supone acercarse a experiencias de gestión y diseño que afiancen la autodeterminación de las personas usuarias y se articulen en el ámbito comunitario. En el caso concreto del SAD existe una demanda de mejorar la intensidad y cobertura del servicio; en el ámbito de las residencias se torna ya imprescindible acercarse a pequeñas unidades de convivencia y en el ámbito de los centros de día es necesario potenciar en mayor medida este recurso pues combina la profesionalización de los cuidados con el mantenimiento de los usuarios en su entorno. Todo eso debería conjugarse con una complementariedad entre los

servicios ofertados de manera que la recepción de uno no sea excluyente con el hecho de ser persona usuaria de otro.

6. Extender la figura de la asistencia personal, contemplada en la LAPAD, que actualmente tiene un alcance muy reducido.
7. Fomentar la utilización de servicios de prevención para evitar que el modelo público de cuidados de larga duración actúe únicamente en la fase final de la vida y pueda incorporarse como sistema para la planificación de la trayectoria de envejecimiento.
8. La sostenibilidad económica del sistema también debería de ser resituada. Se requiere un esfuerzo de inversión en dependencia que aproxime el gasto público en este ámbito en torno a un 1,5% del PIB y supere el 0,7% actual.

SOCIEDADES CUIDADORAS, CIUDADES CUIDADORAS

Se trata de situar la vida cotidiana y la perspectiva de los cuidados como eje de las decisiones políticas. El objetivo es el de proporcionar bienestar a la ciudadanía al disponer de infraestructuras de apoyo a la vida cotidiana, de entornos públicos seguros, de unos servicios amigables y de unos patrones de movilidad accesibles.

El cuidado tiene dimensiones sociales y políticas. Emerge desde los vínculos sociales y, a su vez, los recrea y solidifica, produce sociedad. En este sentido más amplio y holístico, el cuidado es constitutivo de la organización social. Es un elemento central de nuestra existencia humana, atraviesa nuestra vida cotidiana, es a lo que dedicamos más tiempo, afecta a nuestras emociones más profundas y, sin embargo, no le damos valor. Vale la pena abrir el foco y situar el cuidado en la lógica social.

¿Hasta qué punto la sociedad nos facilita cuidar de los demás? ¿Hasta qué punto la sociedad nos cuida y proporciona lo que necesitamos? ¿Podemos seguir resolviendo el cuidado de mayores y personas con discapacidad desde las injusticias de género? ¿Podemos cuidar con propiedad si convivimos con la exclusión y las desigualdades sociales? ¿Qué sociedad necesitamos para poder dar y recibir un buen cuidado, para poder tener bienestar? Se trata de adoptar una mirada transversal, que no es fácil integrar: el urbanismo, los entornos comunitarios, los movimientos de amigabilidad, las entidades, el voluntariado, los servicios de cuidado, la movilidad a escala humana, la accesibilidad... Nos situamos así en un contexto más amplio que lo engloba todo: el de las sociedades cuidadoras.

La idea de avanzar hacia sociedades cuidadoras, sobrepasa la comprensión tradicional de la labor de cuidados, vinculada a la atención a la dependencia, en favor de una concepción más amplia que, integrando la anterior, se entiende asociada al bienestar de todos los integrantes de la sociedad y entiende el cuidado como un elemento articulador de la sociedad. Frente al mito hegemónico del individuo autosuficiente cuyas necesidades deben ser cubiertas en su privacidad, asume la interdependencia como esencia constitutiva de lo social y como principio de la responsabilidad colectiva hacia los cuidados. Se trata de situar la vida cotidiana y la perspectiva de los cuidados como eje de las decisiones políticas. Este modelo de gobernanza centrado en los cuidados, asienta sus bases sobre la reflexión y la práctica de distintos movimientos sociales, que vienen desarrollando su trabajo desde la perspectiva del feminismo, la ecología social y la ética de los cuidados. Su materialización se dirime en el entorno en el que se vive y se convive, por lo que el concepto de sociedades cuidadoras se asimila y se concreta en el de ciudades cuidadoras.

Abordamos esta idea de sociedades cuidadoras a partir de tres dimensiones: a) las infraestructuras y espacios de apoyo a la vida cotidiana; b) el paradigma urbano, y c) el compromiso y la corresponsabilidad en el cuidado.

Infraestructuras y espacios de apoyo a la vida cotidiana

Hacen falta condiciones materiales para poder cuidar y espacios que permitan cuidar.

Los espacios de apoyo a la vida cotidiana se asientan en la existencia de redes comunitarias, espacios de relación e infraestructuras de cuidado. Todo ello a escala de barrio, como marco que facilita la interacción social, la proximidad y la autonomía, y propicie que la comunidad cuide. O a escala de pueblo, que tiene ya estas dimensiones. O, incluso, a escala más pequeña, la de los grupos comunitarios que cuidan.

En este contexto, las infraestructuras de apoyo a la vida cotidiana están orientadas a favorecer la proximidad integrando el hogar, el trabajo y los cuidados de manera viable. Su columna vertebral es la creación de un nivel intermedio entre los hogares privados y el mundo público y comercial. Este nivel intermedio es el vecindario, que debe incluir viviendas, servicios, centros de trabajo y otras actividades que faciliten la vida cotidiana de los residentes, con independencia de su edad y sexo.

Espacios e infraestructuras de apoyo a la vida cotidiana tienen presentes las necesidades que se plantean, principalmente a las mujeres, de hacer compatible la vida familiar y la laboral. Es fruto de la intersección de la perspectiva de género y las prácticas del urbanismo y la planificación regional y trata de facilitar la vida cotidiana de las personas residentes mediante la creación de redes de cuidados y mediación. Un aspecto interesante a destacar de este modelo es que trata de 'infraestructuras' y no de 'equipamientos' y la diferencia conceptual es importante. Los equipamientos sociales se consideran un gasto basado en la idea general de solidaridad, pero un gasto en definitiva. Las infraestructuras enfatizan la importancia de estos servicios en términos de igualdad, eficiencia económica y provisión de bienestar al conjunto de la población y no solo a un sector determinado de la misma. Se inscriben pues en la lógica de la deuda social y se consideran una cuestión política que afecta a todo el mundo y no solo un tema de mujeres

Paradigma urbanístico

La ciudad constituye un espacio de vida para la población y sus características condicionan la organización social del cuidado. Disponer de accesibilidad, de movilidad libre y segura y de las mismas oportunidades en formación, empleo, salud y vivienda proporciona las condiciones de posibilidad de una ciudadanía inclusiva.

El envite neoliberal actual lleva hacia tendencias segregadoras y especulativas en la ciudad que incrementan las desigualdades, erosionan el espacio público y dificultan las condiciones de la vida cotidiana.

En las ciudades cuidadoras se encuentran integradas las funciones de trabajo, comercio, vivienda, cuidados y ocio, lo que permite una mayor accesibilidad y autonomía gracias a la proximidad de los espacios en donde se han de realizar las actividades de la vida cotidiana. El paradigma urbanístico de una ciudad cuidadora no solo se refiere al modelo urbano, sino que implica también generar políticas habitacionales que faciliten alojamientos de diversa modalidad para personas mayores o con discapacidad en espacios centrales. E implica, además, asegurar que en el espacio público haya los elementos necesarios que faciliten las tareas y los recorridos que se deben realizar pensados desde la lógica de la accesibilidad. Disponer de espacios públicos con juegos para distintas edades, de baños públicos, de sombra, de bancos y mesas, de ascensores o escaleras mecánicas para salvar desniveles importantes, de fuentes con agua potable, de parques y vegetación, de circuitos deportivos, además de equipamientos y servicios cercanos, resulta beneficioso para toda la población,

favorece la autonomía de personas mayores o con discapacidad, y facilita realizar las actividades de la vida cotidiana.

El modelo de la ciudad cuidadora sitúa las personas en el centro de las decisiones políticas. Son ciudades que aportan el soporte físico (espacios públicos, equipamientos, infraestructuras de cuidado, servicios, acceso a la vivienda, movilidad a la medida de las personas) para que cuidar y ser cuidado sean un derecho de ciudadanía.

Compromiso y solidaridad: Democratizar los cuidados

El cuidado se efectúa desde un enfoque ético que implica tener presente las necesidades de los demás y asumir responsabilidades.

Las sociedades son cuidadoras cuando se asume colectivamente el valor que tiene reproducir la vida y las relaciones sociales que la sustentan, desde un enfoque global que va más allá de la dependencia y nos concierne a todas las personas. Avanzar hacia sociedades cuidadoras implica cambiar mentalidades, modificar los valores que incitan al individualismo en favor del compromiso, la corresponsabilidad y la solidaridad. Es asumir que la dependencia no es algo extraordinario, sino una condición esencial de nuestra humanidad, y, por tanto, que la interdependencia es inevitable. Desde la lógica público-comunitaria se hace posible plantear una responsabilidad compartida entre individuo, familia, Estado y comunidad. También entre hombres y mujeres. Los hombres han de cuidar más de lo que lo están haciendo, tanto en las familias como en los trabajos de cuidado. Es una cuestión de justicia de género, pero es también una necesidad social.

El compromiso y la solidaridad son potentes motores de cambio. Si entendemos que el cuidado es sustancial, imprescindible para la existencia humana, entonces lo debemos asumir como un deber cívico, nos dice Joan TRONTO. Esto implica redistribuir el cuidado y democratizarlo. **La democratización de los cuidados** pasa por los siguientes ejes: 1) Promover el reconocimiento del cuidado y de su centralidad. 2) Socializar las responsabilidades del cuidado. 3) Repartir el cuidado entre hombres y mujeres, para eliminar la (mal)división sexual del trabajo. 4) Tener en cuenta los derechos y las demandas de las personas receptoras de cuidados, en función de su ciudadanía y no solo como consumidores. Cada una de estas dimensiones es un paso positivo hacia la democratización de los cuidados, pero el avance de solo una de ellas constituye una democratización parcial o incluso un retroceso.

Hay algunas iniciativas que suponen caminar hacia sociedades cuidadoras, como es el caso del movimiento de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, que tiene implantación en ámbitos municipales. Su objetivo es desdramatizar la vejez, dar visibilidad a las aportaciones de las personas mayores e involucrar a personas de distintas edades en actividades conjuntas. Pero son tanto o más interesantes los vecindarios y comunidades cuidadoras: asociaciones, entidades, vínculos e iniciativas articulados en los entornos de proximidad de las personas, que dan vida a la ciudad y constituyen su dimensión comunitaria.

Más allá de estas iniciativas institucionales y comunitarias, hace falta un impulso desde la ciudadanía. Los cuidados siguen sin tener prioridad en la agenda política. Los cuidados no sacan la gente a la calle, no movilizan masivamente para hacer demandas en derechos.

A los cuidados les falta politicidad; capacidad de articular el conflicto político. Por ello es importante que la ciudadanía tome la iniciativa, para dar visibilidad y valor al cuidado a partir de conformar redes y alianzas entre los distintos agentes del cuidado, actos públicos, foros sociales, jornadas y conferencias, concentraciones, iniciativas de presión política. El

cuidado no es un capricho, sino un derecho y vale la pena recordarlo a los poderes públicos, así como darle visibilidad y reconocimiento social.

El cuidado es un bien público. Las instituciones deben ser cuidadoras y las políticas públicas no solo han de orientarse a la provisión de cuidados sino a promover un debate público sobre la prioridad en las necesidades y en la asignación de responsabilidades. El debate en estas cuestiones está abierto. La hegemonía neoliberal predominante hoy otorga al mercado el máximo poder y protagonismo frente a la sociedad. En este contexto, reconocer la importancia del cuidado y de la reproducción social tiene una fuerte dimensión política, que da un giro a la forma de concebir las lógicas de gestión de lo social. Las sociedades cuidadoras son una alternativa posible al modelo social actual.

8. ANEXO. CÁPSULAS AUDIOVISUALES. CUIDAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Cápsulas	Participantes	Perfil de participantes	Códigos QR
CONXITA Y RAFAEL: CUIDADOS FAMILIARES Enlace Cápsula	Rafael Hervás (Castellón)	Cuidador familiar (esposa)	
	Conxita Vallès (Barcelona)	Cuidadora familiar (hija)	
IÑAKI: APOYO A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL Enlace Cápsula	Iñaki Martínez (Barcelona)	Asistente personal y presidente de la Asociación Profesional de Asistencia Personal	
RUTH Y JANIRE: CUIDAR EN RESIDENCIAS Enlace Cápsula	Ruth González (L'Ametlla del Vallès)	Auxiliar de geriatría (residencia Fundació Antònia Roura)	
	Janire Diaz (Bilbao)	Sindicalista responsable del ámbito sociosanitario de Gipuzkoa en el Sindicato Eusko Langileen Alkartasuna- Solidaridad de los Trabajadores Vascos (ELA)	
PATRICIA Y CAROLINA: TRABAJADORAS DE HOGAR Y CUIDADOS Enlace Cápsula	Carolina Elías (Madrid)	Presidenta de la asociación Servicio Doméstico Activo (SEDOAC)	
	Patricia Zapata (L'Hospitalet de Llobregat)	Trabajadora de hogar y cuidados, miembro de la Asociación Mujeres Unidas entre Tierras (MUET)	
MARINA: INICIATIVAS COMUNITARIAS Enlace Cápsula	Marina García (Granada)	Promotora del Grupo de Cuidados Ajuntamiento Albaicín, Granada	
CUIDAR EN TIEMPOS DE PANDEMIA (TEASER) Enlace Cápsula	Todos	-	

