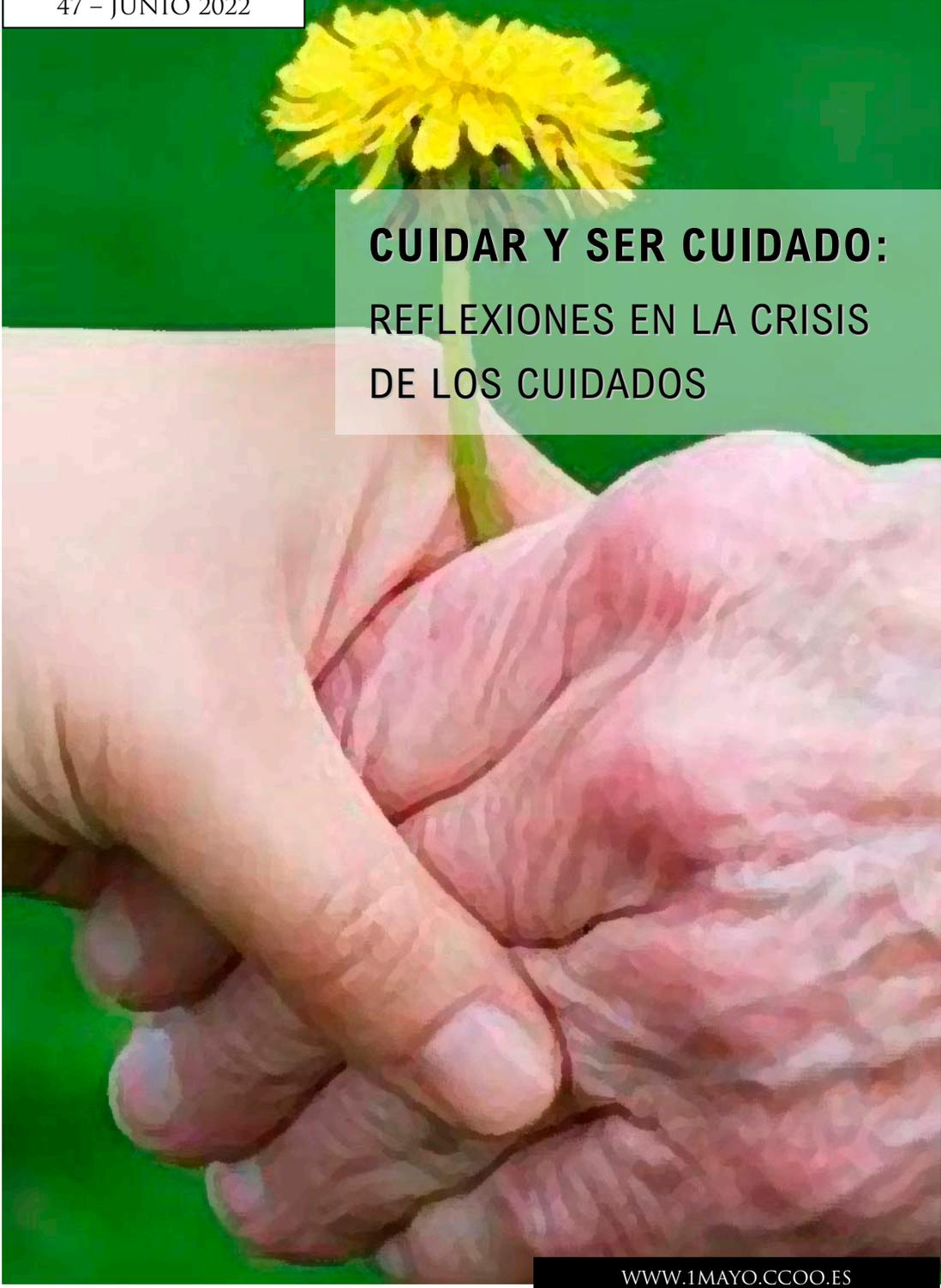


FUNDACIÓN 1 DE MAYO

# Cuadernos

47 - JUNIO 2022



**CUIDAR Y SER CUIDADO:**  
REFLEXIONES EN LA CRISIS  
DE LOS CUIDADOS

[WWW.1MAYO.CCOO.ES](http://WWW.1MAYO.CCOO.ES)

**CUIDAR Y SER CUIDADO:**

**REFLEXIONES EN LA CRISIS DE LOS CUIDADOS**

Autor:

Daniel Robledo Freile

Dirección:

Jesús Cruces Aguilera

FUNDACIÓN 1º DE MAYO  
C/ Longares, 6. 28022 Madrid  
Tel.: 91 364 06 01  
[1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es)

COLECCIÓN CUADERNOS, NÚM: 47  
ISSN: 1989-5372

© Madrid, junio 2022

# **CUIDAR Y SER CUIDADO: REFLEXIONES EN LA CRISIS DE LOS CUIDADOS**

Daniel Robledo Freile

Este trabajo se enmarca dentro de las prácticas curriculares del Grado de Sociología de la Universidad Carlos III de Madrid (asignatura denominada Practicum), que se regulan bajo un convenio de colaboración de la Fundación 1º de Mayo y la citada universidad. Dichas prácticas curriculares fueron realizadas durante los meses de febrero y marzo de 2022.

## **RESUMEN**

La crisis de los cuidados es un tema que ha cobrado especial relevancia durante los últimos años, fundamentalmente por el contexto sociodemográfico que caracteriza a España y los retos que plantea. Por tanto, el propósito de este artículo es hacer un recorrido por los cuidados en el modelo español, centrando el análisis en la dependencia y en el papel del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como su estado actual; integrando en el análisis, del mismo modo, la propia dimensión subjetiva de los cuidados y las preferencias comunicadas y expectativas de cuidados de las personas mayores.

Palabras clave: Cuidados, familia, Estado, dependencia, instituciones.

## **ABSTRACT**

The caregiving crisis is a topic that has become particularly relevant in the last few years, mainly due to the sociodemographic context we find Spain in and the challenges it presents. Therefore, this paper aims to describe the caregiving model in Spain, centering the analysis in the dependency situation, as well as the national state's program for autonomy and attention to dependency and its current condition. This by also including the perceptions and stated care preferences of older people in the analysis.

Key words: Care, family, State, dependency, institutions.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
<b>1 TRABAJO DE CUIDADOS: EL PAPEL DE LA FAMILIA, ESTADO Y LA CRISIS DE CUIDADOS</b>	<b>6</b>
<b>1.1 FAMILIA</b>	<b>7</b>
<b>1.2 ESTADO</b>	<b>8</b>
<b>1.3 LOS CUIDADOS DESDE LO COMÚN</b>	<b>9</b>
<b>2 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS: EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</b>	<b>9</b>
<b>2.1 PRINCIPALES DATOS DEL SAAD</b>	<b>10</b>
LISTAS DE ESPERA	10
PERSONAS BENEFICIARIAS	12
COBERTURA DEL SAAD	13
<b>2.2 VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS</b>	<b>14</b>
<b>A MODO DE CONCLUSIÓN</b>	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>19</b>

## INTRODUCCIÓN

A menudo, cuando hablamos de dependencia, tendemos a centrarnos, como podría ser lógico *a priori*, en las preferencias de la persona cuidada, poniéndola en el centro del análisis a través de las políticas públicas como los sujetos, en la gran mayoría de los casos, de las prestaciones. Sin embargo, esto ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ya que cada vez se tiene más en cuenta la visión y el papel de la persona cuidadora, bien mediante el reconocimiento del trabajo de cuidados como un trabajo, o también realizando políticas relacionadas con la conciliación o la facilitación de los cuidados en la redistribución de la carga de trabajo.

En este sentido, tampoco podemos dejar de contextualizar la dimensión subjetiva de los cuidados en su plano institucional y el papel del Estado. Dicho papel se ha puesto en entredicho, existiendo un debate sobre si el repliegue de la familia como principal institución social proveedora de cuidados demarca una situación de complementariedad o sustitución por parte del Estado. Dicho repliegue se produce por la incorporación en masa de las mujeres al mercado laboral (que son en quienes han recaído, principalmente, el trabajo de cuidados), fenómeno que, acompañado de una ausencia de políticas reales de conciliación y corresponsabilidad, ha producido que las necesidades de cuidados se satisfagan de otras formas (Tobío, 2013).

El objetivo del presente artículo es profundizar en el conflicto cuidados formales-informales, que tradicionalmente han sido informales y familiares (San Miguel, 2018). Para esto se plantea una revisión que, partiendo de la definición de trabajo de cuidados, ponga a ésta en el contexto de lo que se ha denominado como “crisis de los cuidados”, analizando cuales son las condiciones, tanto sociodemográficas como institucionales, en las que se desarrollan los cuidados.

# 1 TRABAJO DE CUIDADOS: EL PAPEL DE LA FAMILIA, ESTADO Y LA CRISIS DE CUIDADOS

Desde hace algunas décadas se ha empezado a hablar de la crisis de los cuidados. Según Orozco, ésta se define como “el complejo proceso de desestabilización de un modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, que conlleva una redistribución de las mismas y una reorganización de los trabajos de cuidados” (2003). Es fundamental contextualizar este texto dentro de lo anterior porque es importante dimensionar las consecuencias que esta crisis tiene, no solo a nivel institucional, sino a nivel social, ya que hay que tener en cuenta en quiénes han recaído tradicionalmente estas labores y cómo ha inspirado el modelo de asistencia a nivel del Estado.

Primeramente, debemos definir trabajo de cuidados. Ahora bien, el concepto de trabajo de cuidados no es, sino la integración de diversas perspectivas del trabajo no remunerado. En un principio se hablaba de trabajo doméstico, que destacaba la dimensión “material” de las actividades que se realizaban en el hogar, como la limpieza o el mantenimiento físico del hogar en general. Seguidamente se habló de trabajo familiar, que ponía en valor actividades de gestión desempeñadas dentro y fuera del hogar. Por último, el trabajo de cuidados pretende englobar todas las dimensiones anteriores con un añadido, que es el componente afectivo y relacional del trabajo de cuidados, que trasciende la idea de un mero intercambio de actividades “mercantiles”, focalizando los procesos y no tanto las esencias del trabajo de cuidados (Orozco, 2005).

Sin embargo, el trabajo de cuidados se define de diferentes modos según la economía feminista. Por una parte, tenemos la lógica de la motivación, en la cual se define el trabajo de cuidados como aquel “trabajo llevado a cabo por afecto o un sentido de responsabilidad por otra gente sin ninguna expectativa de remuneración pecuniaria”(Folbre, 1995). Esta primera definición remarca, como se ha mencionado antes, el componente afectivo que caracteriza al trabajo de cuidados, sin embargo, como menciona Orozco (2005), hay que tener cuidado con esta definición, ya que poner el foco en el altruismo o la solidaridad como motor de los cuidados y aceptarlos como un *deber ser* corre el riesgo de: 1) estigmatizar el trabajo de cuidados remunerado a través de una crítica al egoísmo; y 2) obviar, de nuevo, aceptando el afecto y la solidaridad como únicos motores de los cuidados, las relaciones de poder y la coerción de las que también puede ser producto el trabajo de cuidados, así como las situaciones de maltrato que pueden surgir cuando se cuida de alguien por un sentimiento del deber muchas veces exigible por la persona cuidada (Izquierdo, 2003).

Por otra parte, la definición de los cuidados desde el contenido del trabajo, define los cuidados como aquellas actividades dirigidas a cubrir las necesidades de cuidados, es decir, se define en tanto que satisface una necesidad. Esta definición está estrechamente ligada a la perspectiva de la cura como modelo paradigmático de entender la dependencia; donde se conciben una serie de actividades de la vida diaria (AVD en adelante) que, en caso de no poder desarrolladas de forma autónoma por un determinado individuo, se le proporciona una asistencia concreta. Las críticas a esta perspectiva de los cuidados gira en torno a la concepción que demarca sobre lo que es un cuerpo normal o anormal, no reconociendo la diversidad funcional; del mismo modo que concibe la dependencia como una situación individualizada y estática en la que no se aprecia su manifiesta dimensión social (Orozco, 2005).

Por tanto, la definición más completa de lo que son los cuidados se encuentra en lo que se conoce como cuidado social. En un principio, esto hacía referencia a las relaciones de cuidado informal no remunerado dentro de la familia. Sin embargo, posteriormente se empezó a enfatizar en las condiciones relacionales (de poder, afecto, lealtad, confianza, etc.) bajo las cuales se desempeñan las labores de cuidados. De acuerdo con Daly y Lewis (2000), los cuidados sociales tienen tres dimensiones fundamentales:

- 1) Cuidados como labor: Entender los cuidados como un trabajo nos permite, por una parte, visibilizar las actividades de cuidados y enmarcarlas como un trabajo en sí mismo y compararlo con otras formas de empleo. A su vez, este hecho pone el foco, no solo en lo cuidados como actividad, sino en las condiciones bajo las que se lleva a cabo.
- 2) Cuidados como obligación y responsabilidad: Esta dimensión añade un elemento de complejidad a la definición, ya que introduce como elemento novedoso las relaciones sociales por las que se dan los cuidados, así como el papel del Estado en la reproducción de dichas concepciones.
- 3) Cuidados como actividad con costes económicos y emocionales: En este caso, lo que se intenta es visibilizar la carga que representan las tareas de cuidados, en el sentido de que implican un desgaste, tanto financiero como social, para las personas involucradas, así como analizar cómo se distribuyen.

Por tanto, teniendo en cuenta estas tres dimensiones podemos definir el cuidado social como aquellas “actividades y relaciones involucradas en satisfacer las necesidades físicas y emocionales de adultos y niños dependientes; así como los marcos, sociales, económicos y normativos bajo los cuales estas actividades son asignadas y llevadas a cabo”(Daly & Lewis, 2000).

Una vez definido el trabajo de cuidados, no podemos dejar de contextualizar el papel que han tenido la familia y el Estado como principales instituciones para abordar el debate sobre la satisfacción de la necesidad de cuidados.

## **1.1 FAMILIA**

Como se ha mencionado antes, hay que partir del hecho que la familia ha sido, históricamente, la proveedora principal de cuidados, entramando unas relaciones internas asentadas en el altruismo y el amor como motores del cuidado, que ha contribuido a su invisibilización y su no consideración como trabajo hasta hace poco. Todo esto se enmarca dentro del modelo familiar fordista, sobre el cual se asientan las bases del Estado de Bienestar, esto es, una unidad familiar compuesta por un matrimonio heterosexual con hijos; en el cual el hombre se configura como el cabeza de familia y proveedor, y a la mujer se la relega al cuidado de los hijos y al ámbito doméstico (Pérez Orozco & Río, 2019).

Del mismo modo, cabe remarcar la feminización de dichas labores, tal y como demuestra la encuesta sobre el uso del tiempo, donde el tiempo dedicado al hogar y la familia por parte de las mujeres duplica al dedicado por los hombres (INE, 2011). Sin embargo, la tendencia actual

desde principios de los 2000 demuestra el cierre paulatino de la brecha de género en la realización de trabajo no remunerado (cuidados de miembros de la familia, trabajo doméstico, etc.), así como un aumento de la participación de los hombres en este tipo de actividades (Abril Morales et al., 2021).

Del mismo modo, la idealización de que el trabajo de cuidados es movido por el afecto incurre en la ocultación de relaciones de poder dentro de la propia familia, atendiendo a que:

*“La vertiente relacional tiene especial importancia porque estas prácticas sociales se basan generalmente en la interacción personal bajo el signo de la reciprocidad intergeneracional, la solidaridad o el intercambio. Son relaciones asimétricas en las que rige con frecuencia la necesidad, por lo que el sentido de dominación no deja de estar presente, aunque no siempre se asocia a los cuidadores”* (Tobio Soler et al., 2010).

Con este esbozo del modelo familiar y las relaciones sociales que entran, debemos hablar también del papel del Estado como proveedor de cuidados.

## 1.2 ESTADO

Desde un punto de vista histórico, el Estado de bienestar se ha entendido como una reacción de las democracias liberales para proteger la lógica de acumulación capitalista a través de concesiones parciales para apaciguar las contradicciones producidas por el mismo sistema. Según Pérez Orozco y Río (2019) esto se produce interviniendo de tres formas en el proceso de la sostenibilidad de la vida: “definiendo la agudeza del conflicto, interviniendo en la distribución primaria desigual que se da en los mercados y asumiendo (o no) responsabilidades directas en los procesos de regeneración del bien-estar”. Esto se da, primeramente, limitando la lógica de la acumulación en sectores considerados estratégicos; también interviniendo en las desigualdades generadas intrínsecas al sistema a través de la redistribución de recursos; por último, haciéndose cargo de ciertas dimensiones de la sostenibilidad de la vida, que se refleja en los pilares del Estado de bienestar (educación, sanidad y pensiones).

Sin embargo, ¿cuáles son los sujetos titulares de derechos en el Estado de bienestar? Para esto hay que atender a la idea del ciudadano como eje del contrato social, que, como ya se ha demostrado, solo concebía en sus orígenes la igualdad entre hombres, reservando una ciudadanía de segunda para las mujeres, y su condición de titular de derechos como derivada de la condición de madres, esposas, etc. Lo cual entrama un modelo completamente familiarista, es decir, teniendo la familia como sujeto articulador y destinatario de las políticas sociales, con el salario del hombre como principal sustento y la mujer como ama de casa (Esping-Andersen & Wolfson, 1996).

Por el lado contrario, la tendencia actual ha ido más encaminada a la disolución de este modelo en favor de uno enfocado en la garantía de derechos, es decir, que lo que justifica la atención no es “la pertenencia al colectivo de personas mayores, discapacitadas, etc. [...], sino la situación concreta en la que se encuentra la persona debido a las diferentes barreras que le impiden desarrollar actividades de la vida diaria en igualdad de condiciones que los demás” (Clínica Jurídica sobre Derechos Humanos Javier Romañach, 2022).

### 1.3 LOS CUIDADOS DESDE LO COMÚN

Teniendo en cuenta los desafíos que la actual crisis de los cuidados plantea, y que las formas tradicionales de afrontarla no son viables, debemos plantear una redefinición de los cuidados desde la perspectiva de los bienes comunes, entendiendo los comunes de la forma en la que lo hacen Caffentzis y Federici:

*“Los comunes anticapitalistas deberían ser percibidos tanto como espacios autónomos desde donde reclamar las prerrogativas sobre las condiciones de reproducción de la vida, así como el núcleo desde las cuales contrarrestar los procesos de cercamiento a la reproducción de la vida y de esta manera desarticular de forma sostenida nuestra existencia del Estado y del mercado”*(2015).

Tal y como mencionan las autoras, los bienes comunes se conciben, no como una forma de producción al servicio del mercado, ya que, persiguiendo deseos legítimos como la seguridad y la cooperación, corre a su vez el peligro de crear una relación excluyente frente a los otros por la creación de comunidades cerradas inclusivas sólo con sus miembros, definidos a partir de su homogeneidad.

Aunque como tal no podemos entender los cuidados como un bien común en el sentido estricto de la definición (por no generar riqueza de forma directa), sí que podemos aplicar las condiciones relaciones a los cuidados para esbozar lo que ha ocurrido con las bolsas de cuidados que han surgido a raíz de la pandemia.

Las bolsas de cuidados son redes sociales de apoyo mutuo creadas a partir de relaciones de solidaridad, principalmente entre vecinos de un municipio o un barrio. Primeramente, organizándose a través del apoyo alimentario, aunque posteriormente en algunos casos se llegó a diversificar su actividad a, por ejemplo, el apoyo escolar (en clases o material) a niños y niñas, o incluso colaborando con otros movimientos sociales. La configuración de las bolsas de cuidados se puede asemejar más a lo que son las asociaciones vecinales, sin embargo, las primeras han tenido un carácter mucho más espontáneo, que es lo que ha caracterizado la creación de las bolsas, independientemente de la colaboración que pueda haber con las AA.VV.

Otro de los elementos que han tenido muchas de las bolsas es el de ser capaces de llegar a la población inmigrante, lo cual ha contribuido, a través del apoyo, a integrarla en el barrio, esto a través de otras actividades que, a su vez, fomentan la inclusión de la gente en el funcionamiento diario de la bolsa, contribuyendo a su mantenimiento y democratización.

## 2 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS: EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Aunque previamente al año 2006 existieran prestaciones a la dependencia o por discapacidad, se toma como referencia el año 2006, con la aprobación de la Ley 39/2006 del 14 de diciembre, para hablar del inicio de la institucionalización de los cuidados. Esto debido a que fue en esta ley donde se previó la creación del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia),

que es actualmente la herramienta a través de la cual se articula y se coordina la atención y protección a las personas en situación de dependencia; evidentemente en el ejercicio de sus competencias. Del mismo modo, al ser una Ley estatal, también regula las condiciones básicas de acceso a las prestaciones de promoción de la autonomía personal, estableciendo unas garantías mínimas.

La Ley de la Dependencia nace fruto del diálogo social entre diferentes agentes, como lo son CC.OO., UGT, la CEOE, la CEPYME y el Gobierno (en ese entonces encabezado por Zapatero); quienes suscribieron un acuerdo en el año 2005 que dio origen la Ley 39/2006 del 14 de diciembre (*El sistema de protección social en España: Los efectos derivados de la crisis y las reformas*, 2014). Ahora bien, esta ley no ha estado exenta de modificaciones, ya que la crisis y la época de los recortes supuso una regresión en los derechos adquiridos y el acceso a prestaciones (año 2013). Por otro lado, impulsado en parte por el contexto pandémico de los últimos años, los agentes sociales volvieron a llegar a un acuerdo, en el marco del diálogo social, para recuperar el terreno perdido, y además hacer frente a una crisis de cuidados que se vio acentuada por la pandemia. Esto desembocó en un acuerdo para llevar a cabo un plan de choque financiero, aprobando una dotación permanente en los PGE y una inversión de la AGE en 600 millones de euros para hacer frente a la saturación del SAAD (Cruces Aguilera et al., 2021).

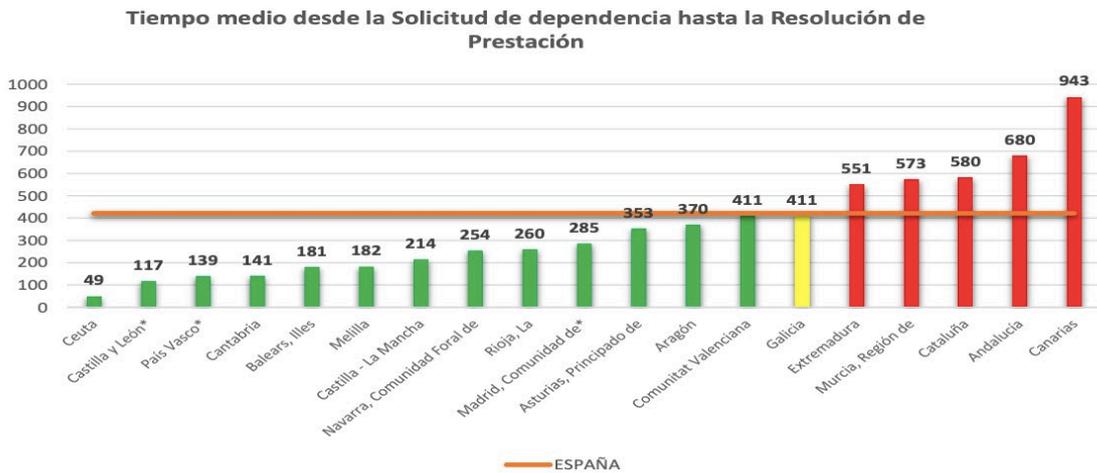
## 2.1 PRINCIPALES DATOS DEL SAAD

A nivel institucional, la gestión de la dependencia se ha hecho a través del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), articulando los trámites y los procesos de acceso y reconocimiento de prestaciones.

En la última década, a raíz de la crisis financiera de 2008 y la política de recortes que caracterizaron los primeros años de la década de los 2010, el funcionamiento del SAAD ha estado marcado por unas prestaciones insuficientes y un funcionamiento ineficiente a causa de la falta de recursos materiales que ha llevado a la situación precaria en la que se encuentra el SAAD, aunque ha mejorado algo en el último año a partir del plan de choque de 2021, lo cual ha repercutido de manera positiva en la reducción de las listas de espera en un 19% de media nacional, sin embargo destaca el caso de la Comunidad de Madrid, que aumentó sus listas de espera en un 485,9% entre 2020 y 2021 (Cruces Aguilera et al., 2021).

### LISTAS DE ESPERA

Este funcionamiento tiene una repercusión en los tiempos de espera, de acuerdo con Ramírez-Navarro et al. (2022), se calcula que, de media, los plazos de tramitación rondan los 421 días a nivel nacional, aunque con grandes diferencias entre comunidades autónomas, llegando algunas a tardar incluso 943 días (como es el caso de Canarias) desde el inicio de los trámites hasta el reconocimiento de la prestación. Cabe aclarar que los resultados son mejores que los del año pasado, fundamentalmente, gracias al plan de choque del gobierno actual, gracias al cual se ha logrado paliar en cierta medida los años de recortes de los que se partía.



Fuente: Observatorio Estatal de la Dependencia, 2022.

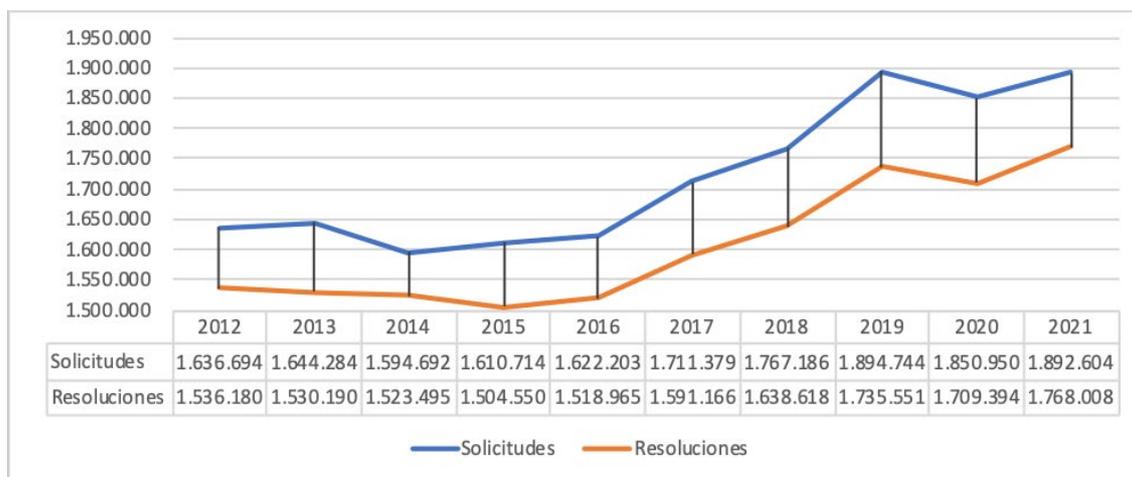
Esto supone un problema en una situación de dependencia, donde existe una especial urgencia en la resolución del grado y el reconocimiento de la prestación; llegando al punto de que en el año 2020, durante la pandemia provocada por la COVID-19 (que tiene un impacto más grave en gente mayor), fallecieron un total de 55.487 de personas pendientes de recibir prestación (21.079 esperando valoración y 34.408 esperando reconocimiento de prestación), lo cual se agrava por el hecho de que el 54% de los solicitantes tiene más de 80 años (Ramírez-Navarro et al., 2021).

**Tabla 1. Evolución histórica de las solicitudes y resoluciones de grado de los meses de diciembre entre 2012 a 2021 (Total y porcentaje de resoluciones pendientes con respecto al total)**

Año	Solicitudes	Resoluciones	Diferencia	% de personas pendientes de resolución
dic -2012	1.636.694	1.536.180	100514	6,14%
dic -2013	1.644.284	1.530.190	114094	6,94%
dic -2014	1.594.692	1.523.495	71197	4,46%
dic -2015	1.610.714	1.504.550	106164	6,59%
dic -2016	1.622.203	1.518.965	103238	6,36%
dic -2017	1.711.379	1.591.166	120213	7,02%
dic -2018	1.767.186	1.638.618	128568	7,28%
dic -2019	1.894.744	1.735.551	159193	8,40%
dic -2020	1.850.950	1.709.394	141556	7,65%
dic -2021	1.892.604	1.768.008	124596	6,58%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD.

**Gráfico 1. Evolución histórica de las solicitudes de grado con respecto a las resoluciones comparando los meses de diciembre entre 2012 a 2021 (Total)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD.

También cabe mencionar que el impacto de este mal funcionamiento tiene perspectiva de género, ya que, de acuerdo con datos del SISAAD (marzo de 2022), el 63% de las solicitantes de prestación son mujeres, dentro de las cuales el 82,23% son mayores de 65 años.

Del mismo modo, cabe mencionar, aunque exista una diversidad a nivel de las políticas pública, que las prestaciones ofrecidas por el SAAD a través de la Ley de dependencia son limitadas en sí mismas por el rango de la cobertura, tanto de la asistencia personal, como de la prestación al cuidador familiar no profesional, ya que, si bien se reconocen, el planteamiento de base no está bien por la concepción de dependencia y autosuficiencia que se reconoce en la propia Ley. Esto se materializa, por ejemplo, en las actividades que se cubren o a las que va destinada la asistencia personal; o a la concepción del cuidado familiar como una opción excepcional que requiere de un informe favorable de servicios sociales (Asís Roig & Barranco Avilés, 2016).

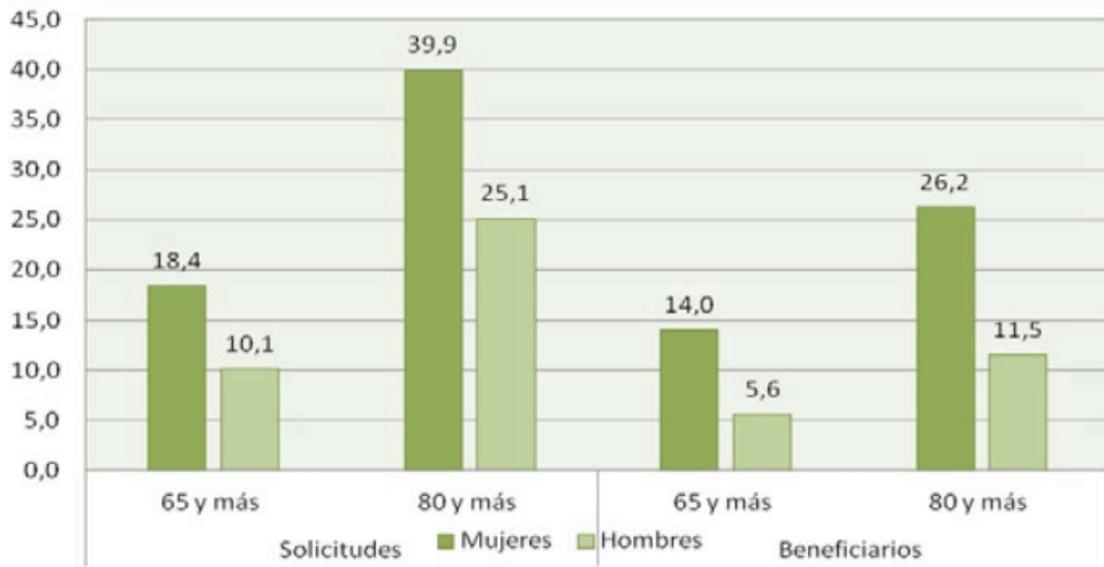
## PERSONAS BENEFICIARIAS

En el año 2021 se registró un ligero aumento de las solicitudes con respecto a 2020 (1.378.574 en junio de 2020 y 1.379.492 en junio de 2021), aunque podemos afirmar que se ha mantenido en niveles similares. Como menciona Cruces Aguilera et al., existe una dimensión importante de género, la cual se cristaliza en el perfil del sujeto solicitante de prestación:

*“En el caso de las mujeres mayores de 65 años, el porcentaje de solicitudes en relación al conjunto de población de su grupo de edad es superior al de los hombres, alcanzando el 18,4% frente al 10% de los hombres. Estas diferencias se manifiestan en mayor medida en el grupo de 80 y más años, donde las mujeres registran un porcentaje del 40%, frente al 25% de los hombres” (2021).*

También es significativo es el aumento de las personas beneficiarias. De acuerdo con datos del Observatorio Social de las Personas Mayores (2021), ha aumentado un 4,8% las personas beneficiarias con prestación adjudicada, aumentando un 14% en las mujeres mayores de 65 años, frente a un 5,6% de los hombres en el mismo rango de edad.

**Gráfico 2. Solicitudes de prestación en función de beneficiarios por sexo y edad a junio de 2021 (% sobre el total de la población de ambos grupos).**

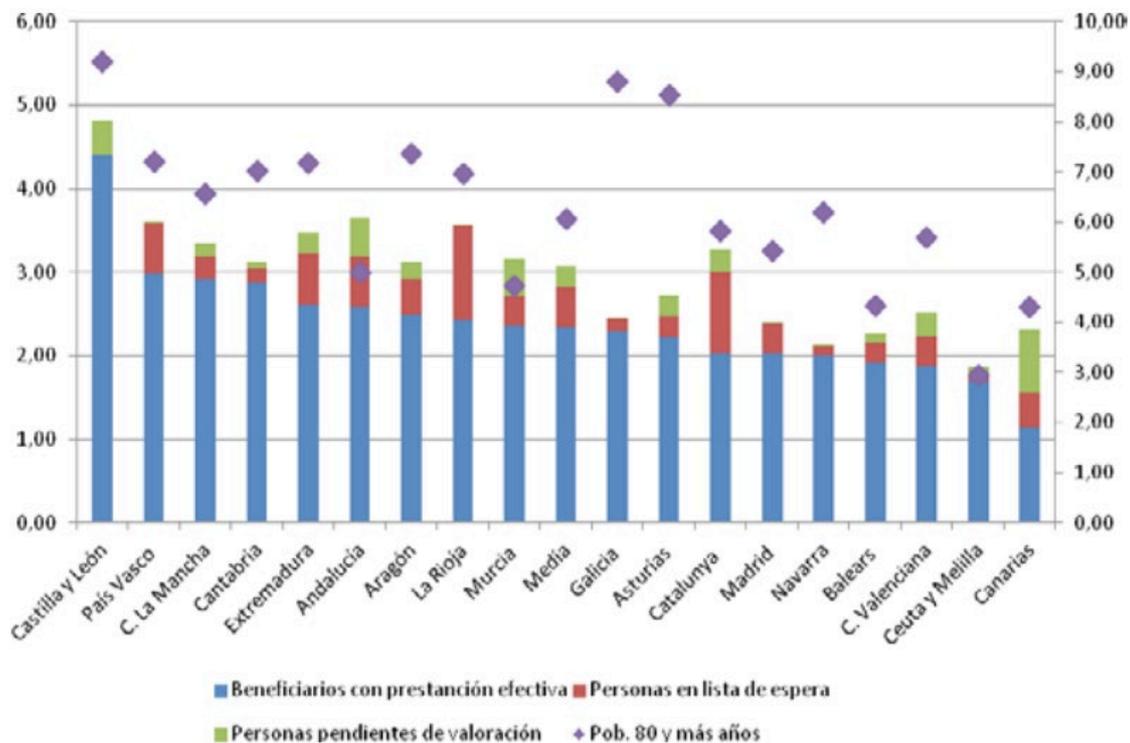


Fuente: Observatorio Social de las Personas Mayores, 2021.

## COBERTURA DEL SAAD

Sobre la cobertura del sistema se observa también, por la naturaleza descentralizada de los sistemas de promoción de la autonomía, que existen diferentes dinámicas territoriales con rendimientos muy diferentes, como se ha podido apreciar anteriormente en los plazos medios de tramitación por CC.AA., lo cual se traduce también al grado de cobertura, tal y como se vislumbra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 3. Tasa de cobertura del SAAD sobre la población total CC.AA., fecha (% sobre la población total, lista de espera y pendientes de valoración y personas mayores de 80 años)**



Fuente: Observatorio Social de las Personas Mayores, 2021.

El gráfico hace referencia a la tasa de cobertura del SAAD (% sobre la población total, lista de espera y pendientes de valoración y personas mayores de 80 años). Vemos que la Comunidad Autónoma con mayor desempeño es Castilla y León, seguida del País Vasco y Castilla La Mancha, que son las comunidades con un mayor número de beneficiarios con prestación efectiva.

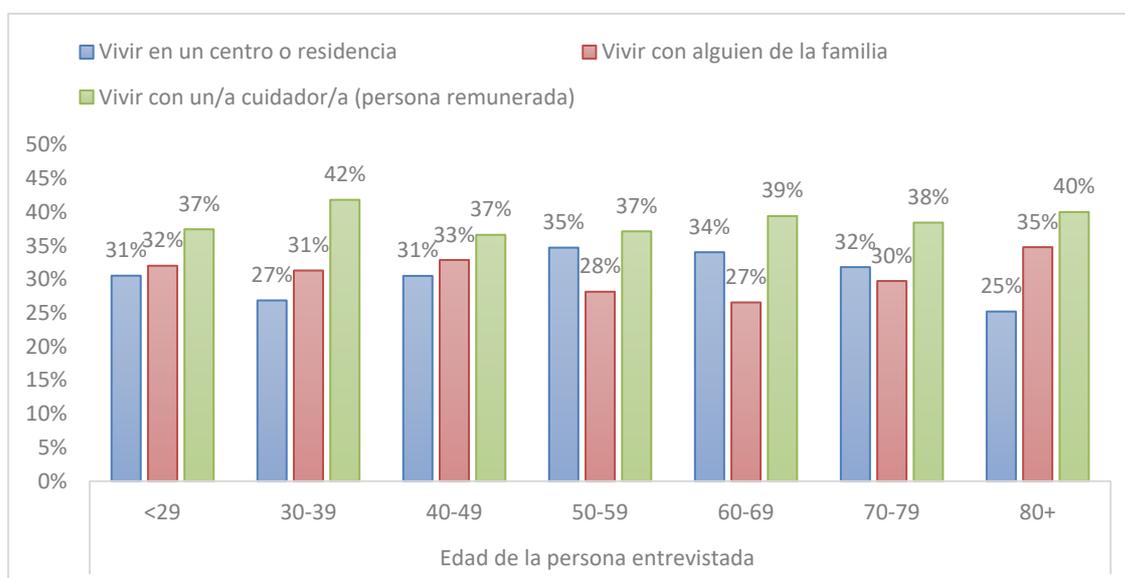
## 2.2 VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS

La dimensión subjetiva de los cuidados hace referencia a “las actitudes, los deseos y expectativas de las personas mayores sobre cómo y dónde quieren ser cuidadas han permanecido en un segundo plano” (HelpAge International España, 2021). Estas preferencias y expectativas nos dan una guía que sirve, primero, para comprender el modelo de cuidados preferente en la sociedad en un momento concreto; y segundo, como guía para la elaboración de políticas públicas, aunque en favor de las personas dependientes, pero también teniendo en cuenta la posición de las personas cuidadoras.

Según Fernández-Carro (2016), la dimensión subjetiva de los cuidados tiene dos formas de estudiarse:

1. Preferencias reveladas (*revealed preferences*): El indicador de las preferencias es el comportamiento del consumidor en el mercado, es decir, una preferencia materializada en un comportamiento perceptible, tal y como lo sería, por ejemplo, pagar una residencia privada o contratar a un cuidador profesional. Este enfoque es útil para conocer la realidad palpable, esto es, lo visible y lo que está sucediendo actualmente.
2. Preferencias comunicadas (*stated preferences*): Esta aproximación se acerca a las preferencias a partir del modelo ideal elaborado por las personas al ser preguntadas, esto responde al cómo le gustaría ser cuidada a una determinada persona. A diferencia de las preferencias reveladas, las presentes encuentran su utilidad a la hora de hacer proyecciones a futuro, lo cual resulta útil en la elaboración de políticas públicas de cuidados en base a lo preferido.

**Gráfico 4. ¿Dónde se prefiere ser cuidado/a?, 2014 (distribución porcentual entre las opciones dadas)**

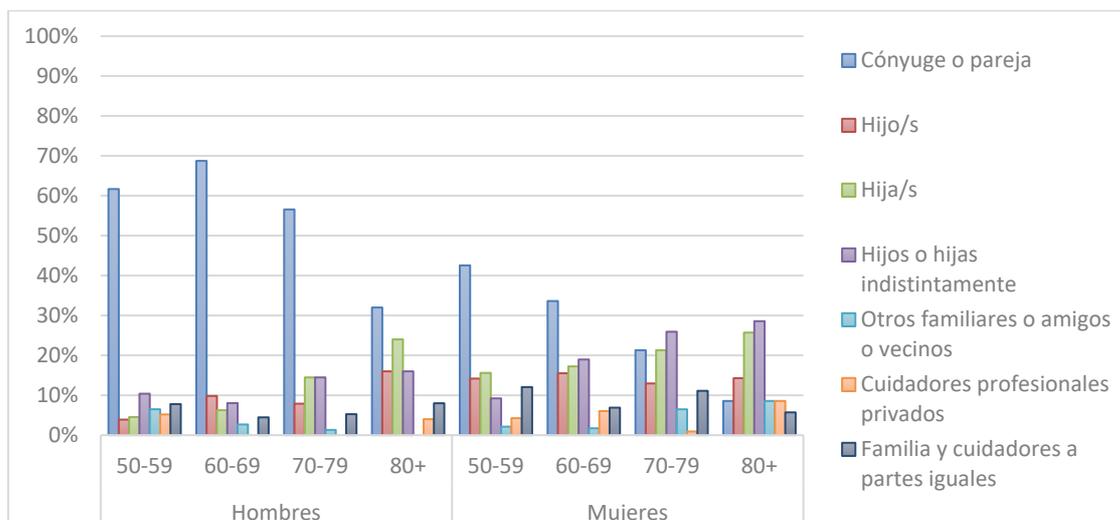


Fuente: Elaboración propia a partir del estudio del CIS no. 3009 (2014).

De acuerdo con datos del CIS, respecto al lugar de residencia ideal en caso de hallarse en una situación de dependencia, la preferencia mayoritaria es el domicilio, aunque cobrando relevancia las residencias en los grupos de mediana edad, en porcentaje acumulado la amplia mayoría de los encuestados prefieren ser cuidado en su lugar de residencia. Otro dato destacable es la preferencia por los cuidados formales remunerados en favor de la familia o conocidos; sin embargo, también es verdad que la diferencia tiende a difuminarse y a ser menos clara en los grupos de mayor edad.

Más aún, cabe hacer énfasis en el caso de las residencias, que, aunque su preferencia oscile entre el 25% y 35%, son en la gran mayoría de los grupos de edad, la última opción en comparativa con las demás.

**Gráfico 5. ¿Por quién se prefiere ser cuidado/a?, 2009 (distribución porcentual entre las opciones dadas)**



Fuente Elaboración propia a partir del Estudio del CIS no. 2081 (2009).

Como se ve en el gráfico anterior, las preferencias por cuidados de carácter informal priman sobre los cuidados profesionales en todos los grupos de edad. Llama la atención, cuando se segregan los datos por sexo, la amplia diferencia en la percepción sobre la pareja, siendo mucho mayor en hombres que en mujeres; lo cual a su vez refleja la feminización de los cuidados y las expectativas que se tienen sobre en quienes debería recaer el trabajo de cuidados, tal y como se ve en el siguiente extracto<sup>1</sup>:

“-Entrevistador: Pero si el día de mañana usted, por desgracia, cayese en cama, por ejemplo, ¿quién le gustaría que le cuidase?

- Entrevistada: Pues una mujer, ¿no? Claro. Si me hiciera falta una mujer, mejor que un hombre. Hace pocos días que vino un hombre aquí a hacerme la limpieza. Se ve que no habría mujeres y dice: ‘Vengo yo’, y digo: ‘Bueno, a mí me da igual, usted me haga lo que haga falta y ya está’. Sí, vino un señor, pero vamos, eso se puede contar cuando viene.” (HelpAge International España, 2021).

Igualmente, esta feminización es observable en la preferencia de las hijas sobre los hijos en casos excluyentes. Del mismo modo, cabe hacer un matiz en la disminución de la preferencia por la pareja, ya que se achaca al impacto que supone el hito la pérdida de pareja en las preferencias. Tal y como se vislumbra en el siguiente fragmento de entrevista:

“Ante una posible falta de la pareja, se interprete que son los hijos e hijas, especialmente las segundas, quienes pueden reemplazar la ayuda con mayores

<sup>1</sup> Los fragmentos de entrevista de este apartado fueron extraídos textualmente del informe de HelpAge *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, donde expresa su opinión una mujer de 92 años que es cuidada por su hijo (el cual además realizó un curso de especialización en cuidado de personas mayores).

*garantías. La conjunción de ambos factores hace que los porcentajes de mujeres que prefieren ser cuidadas por sus hijos o hijas se observe a edades más tempranas” (HelpAge International España, 2021).*

Igualmente, la preferencia de los más mayores (particularmente notable en las mujeres) de ser cuidadas por las hijas sobre los hijos refleja la existencia de las expectativas sobre los flujos intergeneracionales de solidaridad dentro de la familia, en los cuales se espera ser cuidada por aquellas personas que en algún momento recibieron cuidados.

Caso particular de análisis es el de las preferencias de las personas de mediana edad. Es curioso analizar la visión particular de este grupo de edad para atender al aumento de las preferencias en la forma de los cuidados, ya que se está observando actualmente un cambio de tendencia, en la que se empieza a descartar el modelo tradicional de cuidados en favor de los cuidados formales (principalmente en forma de cuidador profesional en el propio domicilio) o, en cualquier caso, de una combinación de ambos modelos de cuidados.

Una de las razones para que esto ocurra, además de la conciencia de lo que significa cuidar de alguien en el sentido del desgaste y estrés que supone, particularmente en el caso de las personas mayores (Palomo, 2013), es la disminución de la fecundidad; ya que, en un modelo donde los cuidados a las personas mayores recaen, principalmente, en los hijos, en ausencia de estos últimos, cabe afirmar que el modelo actual es completamente inviable, lo cual se agrava aún más en zonas rurales debido al desequilibrio generacional provocado también por el factor migratorio (San Miguel, 2018).

## A MODO DE CONCLUSIÓN

A modo de conclusión, todo lo anteriormente dicho nos sirve para plantearnos cuál es el modelo de cuidado que queremos, teniendo en cuenta la crisis institucional por falta de financiación y saturación (que se prevé que aumente en los años siguientes); así como una crisis del modelo familiar que había servido anteriormente para responder a las necesidades de cuidados de las personas dependientes. Siendo conscientes de este contexto, se pueden identificar tres paradigmas de los cuidados, que se despliegan de forma interconectada entre sí:

1. Situar a los mercados como eje de resolución, profundizando, por una parte, en la segregación económica de la gente para generar beneficio a partir de una necesidad, y por otra, fomentando la redistribución de los cuidados dentro del colectivo femenino a través de las cuidadoras remuneradas. Sector, cabe mencionar, altamente precarizado y donde ya se están empezando a hacer reclamos en torno a la salud laboral. En el Ayuntamiento de Madrid, por ejemplo, se han adjudicado contratos millonarios a tres empresas de cuidadoras mediante un sistema, cuanto menos, atípico (Cueva, 2022).
2. Fortalecer el sistema institucional de cuidados (articulado principalmente a través del SAAD) para que sea una vía efectiva de garantía de los derechos reconocidos en relación con los cuidados y la promoción de la autonomía personal. Esto ofreciendo servicios públicos de mejor calidad y de una forma sostenible desde el punto de vista laboral, ofreciendo unas condiciones dignas.
3. Reapropiación de los cuidados desde lo común, a partir de redes de solidaridad y apoyo mutuo. Resulta particularmente interesante por el hecho de ser capaces de contribuir a una sustitución del modelo familiar en favor de un modelo comunitario donde todos y todas son personas cuidadoras y cuidadas, partiendo siempre de la interdependencia de los sujetos.

Sin embargo, no debemos caer en asumir un modelo comunitario y renunciar al institucional, sino reclamar lo público como parte de lo común, demandando una cobertura en el reconocimiento del derecho a cuidar y a ser cuidada. Por tanto, el desarrollar un modelo comunitario debe servir también para poner en el foco del análisis la sostenibilidad de la vida, a través de una redistribución de las cargas de cuidados basándonos en la solidaridad y en la igual participación como forma de subversión a la alternativa individualista y familiarista que se mantiene como eje vertebrador, no sólo de los cuidados informales, sino también en buena parte de las políticas institucionales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abril Morales, P., Castellanos-Serrano, C., Fernández-Lozano, I., Jurado-Guerrero, T., Martínez-Pastor, J.-I., Martínez, A., & Cruces, J. (2021). *Men in Care: Workplace support for caring masculinities* (N.º 1). Men in Care.
2. Asís Roig, R. de, & Barranco Avilés, M. del C. (2016). *El impacto de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre*. CERMI.
3. Caffentzis, G., & Federici, S. (2015). Comunes contra y más allá del capitalismo. *El Aplante, Revista de Estudios Comunitarios*, 1.
4. Clínica Jurídica sobre Derechos Humanos Javier Romañach. (2022). *Informe sobre revisión de la ley (39/2006) de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia tras 15 años de vigencia* (pp. 5-7).
5. Cruces Aguilera, J., Martínez Poza, A., & Gutiérrez del Pozo, J. (2021). *Observatorio Social de las Personas Mayores 2021* (pp. 81-105). <https://1mayo.ccoo.es/9749a02baa60d3c08531be4db86f88c9000059.pdf>
6. Cueva, C. G. de la. (2022, enero 18). *Las cuidadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio*. EIDiario.es. [https://www.eldiario.es/opinion/zona-critica/cuidadoras-servicio-ayuda-domicilio\\_129\\_8666288.html](https://www.eldiario.es/opinion/zona-critica/cuidadoras-servicio-ayuda-domicilio_129_8666288.html)
7. Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), 281-298.
8. *El sistema de protección social en España: Los efectos derivados de la crisis y las reformas* (N.º 39; Cuadernos de información sindical). (2014). Confederación Sindical de Comisiones Obreras. <https://www.ccoo.es/28a7aeb379e46621de3bd5d86746b61c000001.pdf>
9. Esping-Andersen, G., & Wolfson, L. (1996). Después de la edad de oro: El futuro del Estado benefactor en el nuevo orden mundial. *Desarrollo económico*, 523-554.
10. Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing & Society*, 36(3), 586-612.
11. Folbre, N. (1995). « Holding hands at midnight»: The paradox of caring labor. *Feminist economics*, 1(1), 73-92.
12. HelpAge International España. (2021). *El derecho a los cuidados de las personas mayores* (Los derechos humanos de las personas mayores en España: La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad). Fundación HelpAge International España. [https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/10/HelpAgeEspana\\_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores-2021.pdf](https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/10/HelpAgeEspana_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores-2021.pdf)

13. Izquierdo, M. J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*.
14. Orozco, A. P. (2005). *Perspectivas feministas en torno a la economía: El caso de los cuidados*.
15. Orozco, A. P. (2006). Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, 5, 8-37.
16. Palomo, M. T. M. (2013). Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados. Apuntes sobre una etnografía moral. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 115.
17. Pérez Orozco, A., & Río, S. del. (2019). *Subversión feminista de la economía: Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. [https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Subversi%C3%B3n%20feminista%20de%20la%20econom%C3%ADa\\_Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf](https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Subversi%C3%B3n%20feminista%20de%20la%20econom%C3%ADa_Traficantes%20de%20Sue%C3%B1os.pdf)
18. Ramírez-Navarro, J. M., Revilla-Castro, Á., Fuentes-Jiménez, M., & Gómez-Castro, E. (2021). *XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia* (N.º 21). Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/03/XXI-DICTAMEN-DEL-OBSERVATORIO-DE-LA-DEPENDENCIA.pdf>
19. Ramírez-Navarro, J. M., Revilla-Castro, Á., Fuentes-Jiménez, M., Sanz-Yagüez, D., & Cavero-Cano, G. (2022). *XXII Dictamen del Observatorio de la Dependencia* (N.º 22). Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/03/XXI-DICTAMEN-DEL-OBSERVATORIO-DE-LA-DEPENDENCIA.pdf>
20. San Miguel, B. E. (2018). ¿Femenino e informal? El modelo tradicional de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica. *Prisma Social: revista de investigación social*, 21, 243-262.
21. Tobío, C. (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: Sustitución o complemento. *Cuadernos de relaciones laborales*, 31(1), 17-38.
22. Tobío Soler, M. C., Agulló Tomás, M. S., Gómez García, M. V. P., & Martín Palomo, M. T. (2010). El cuidado de las personas: Un reto para el siglo XXI. *Barcelona: Fundación La Caixa*.