

Recibido: 30/09/2019

Aceptado: 17/10/2019

MODELOS DE CUIDADO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA. UN ANÁLISIS DESDE LA GOBERNANZA PÚBLICA (2008-2019).

M^a ÁNGELES MINGUELA RECOVER

Área de Trabajo Social y Servicio Sociales.

Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Cádiz.

mariangeles.minguela@uca.es

JESÚS MUYOR RODRÍGUEZ*

Área de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Departamento de Psicología. Universidad de Almería.

jesusmuyor@ual.es

(*) Autor de contacto

PALABRAS CLAVE

Cuidado informal, cuidado formal, gobernanza, familia, personas dependientes.

RESUMEN

El trabajo analiza el proceso de implementación de la política social de atención a las personas en situación de dependencia en España. El objetivo es analizar a través de la gestión pública del SAAD la orientación del modelo de prestación de cuidados que se está desarrollando en España desde la puesta en marcha de la LAAD. La metodología de trabajo es de carácter cuantitativo utilizando los datos de gestión mensual de prestaciones económicas y de servicios del SAAD, y las series de afiliación mensual a la Seguridad Social de cuidadores no profesionales, desde el cuarto trimestre de 2008 hasta el primer trimestre de 2019. Concluimos que, la fuerte presencia del cuidado familiar coexistió con un modelo de prestación de cuidados, cada vez más visible, basado en la complementariedad entre cuidadores formales y cuidadores informales.

KEYWORDS

Care, informal care, formal care, governance, family, dependent people.

ABSTRACT

This paper analyzes the implementation process of the attention to social policy of dependence people in Spain. The aim is to identify through the SAAD public management the orientation of the care model being developed in Spain since the launch of LAAD. The methodology used is quantitative in nature using two monthly data bases, the management data of economic benefits and services of the SAAD and the affiliation series to the Social Security of informal caregivers from 4th quarter 2008 to 1st quarter 2019. We conclude that the strong presence of the familiar care is complemented with an increasingly visible care provision model in which both formal and informal care are complementary involved.

1. INTRODUCCIÓN.

Analizar las políticas de cuidado constituyen un asunto central dentro del campo de las ciencias sociales. Los estudios sociales vinculados al cuidado son especialmente relevantes para explorar los espacios de relación entre el diseño de las políticas públicas y la gobernanza. En estos espacios confluyen distintos actores y factores (políticos, sociales, económicos, tecnológicos, ideológicos) que impactan en las formas en las que se articula la provisión de cuidado.

En nuestra investigación estudiamos la relación entre el Estado y la familia a partir del desarrollo de las políticas sociales de cuidados en España. Nos centramos específicamente en la Ley estatal 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) como unidad de análisis en la que se visibiliza la implementación de los servicios sociales públicos españoles para Personas Mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia. El propósito que buscamos es relacionar distintos sectores de gobernanza de las políticas públicas (Estado, cuidado profesional y cuidado familiar) con los modelos de provisión del cuidado (formal-informal/sustitutivo-complementario). Nuestro objetivo principal es identificar el modelo de cuidados que se desarrolla actualmente en el estado español.

Los estudios que exploran la distribución entre el cuidado formal e informal hacia las personas en situación de dependencia en España son relativamente escasos. Estas cuestiones, a pesar de su impacto en la evaluación de las políticas públicas y su (re)diseño, constituyen un campo prácticamente inexplorado en el contexto español (Rogeró, 2009).

España supone un contexto de estudio especialmente significativo porque confluyen diversos procesos que permiten extraer reflexiones globales que son transversales en las sociedades caracterizadas por la economía capitalista. España, al igual que gran parte de los territorios mundiales, avanza hacia un envejecimiento de la población y un aumento de la esperanza de vida. Las personas mayores de 65 años representan en España un 19,1% de la población en 2018. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios que representan el 6,1% de toda la población. Según la proyección actual, en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores en España, el 29,4% del total de la población (Abellán et al., 2019). Este fenómeno demográfico termina (re)configurando gran parte del sistema de cuidados español sustentado tradicionalmente por las familias. España, como ocurre en otros países europeos mediterráneos, implementó un modelo de Estado de Bienestar vertebrado en la contribución de las familias, particularmente las mujeres, para el desarrollo de las políticas sociales (Tobio, 2013). Al envejecimiento de la población, y el aparejado aumento de la demanda de cuidado, se han unido otros factores como la incorporación de la mujer al mercado de trabajo remunerado, la reducción del tamaño de los hogares y la disminución de la cohabitación intergeneracional que han reducido exponencialmente la oferta de cuidados

informales. Esta dificultad para dar una respuesta a las demandas de cuidados por parte de las personas cuidadoras –mujeres tradicionalmente-, genera una profunda reorganización del sistema tradicional de cuidados, situación conocida como la crisis de los cuidados (Hochschild,2001; Pérez,2006; Carrasco,2013; Krüger y Jiménez,2013 y Martín Palomo, 2014).

La Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) se diseña como una de las políticas públicas españolas de mayor relevancia, nombrándose popularmente como el cuarto pilar del estado de bienestar junto a la educación pública, el sistema público de salud y las pensiones. La LAAD se enmarca en un nuevo Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia que reconoce la provisión de servicios sociales a la dependencia como un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía. El propósito con el que se diseña es el de garantizar la atención y cuidados a las personas en situación de dependencia, dando así cobertura a las necesidades de los familiares y, muy especialmente, a las mujeres (Rodríguez Cabrero, 2007).

El Sistema de Autonomía y Dependencia en España: ¿del cuidado familiar a la atención profesional?

Como consecuencia de la denominada crisis de los cuidados, en el año 2007 se aprueba en España la LAAD, al objeto de desarrollar un sistema de cuidados que preste atención universal a las Personas Mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia. Se implementa un catálogo de servicios profesionales que abarcan la atención domiciliaria, la atención residencial, los centros de día y ocupacionales, la teleasistencia y la asistencia personal. También se diseña una prestación económica excepcional para los cuidados familiares. La propia LAAD en la exposición de motivos describe que:

La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el «apoyo informal». Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Artículo 2. BOE, 15.12.2006).

Frente a la desestabilización del modelo tradicional de reparto de las responsabilidades de cuidados, la filosofía de esta política pública señala al Estado como agente principal en la provisión del cuidado a las personas en situación de dependencia. El diseño de la LAAD

suscita un nuevo pacto entre el Estado y la sociedad, constituyendo una red de servicios sociales públicos, de carácter universal y como derecho subjetivo, donde se sitúa la gobernanza pública como proceso central para garantizar una adecuada y suficiente red de atención hacia los cuidados.

Los cuidados se entienden como asunto político que requiere de atención pública universal. Esta implicación del Estado en la gestión de los cuidados cuestiona, de manera transversal, la obligación de las familias –mujeres- en desempeñar estas tareas. La LAAD se interpreta no solo como una red de provisión pública de cuidados sino como un sistema subversivo frente a las desigualdades de género que se (re)producen al naturalizar las tareas del cuidado como una responsabilidad unilateral de las mujeres. Esta política pública se crea con la intención de sacar de la esfera privada la gestión de los cuidados hacia las personas en situación de dependencia.

La LAAD en la redacción del texto legislativo destaca la prioridad que tendrán los servicios profesionales frente a la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF). Las PECEF suponen una retribución monetaria máxima en torno a los 400 euros¹ para ejercer el cuidado de un familiar dependiente. Por el contrario, los servicios son recursos donde la persona en situación de dependencia es atendida por profesionales en su entorno próximo (domicilio) o en instituciones (centros de diverso tipo).

El artículo 18 de la LAAD menciona explícitamente que las PECEF son asignaciones económicas para que un familiar cuide, en casos muy excepcionales, a otro familiar dependiente. Específicamente se señala esta prestación como idónea cuando en una zona geográfica determinada no exista cobertura de servicios profesionales y sea necesaria la atención al dependiente. Siempre y cuando el familiar cuidador pueda ejercer la actividad sin perjuicio para su bienestar y el de la persona dependiente.

No obstante, durante el proceso de implantación de la Ley se han desarrollado distintos procesos sociales, políticos y económicos, que interpelan las intenciones reflejadas en la redacción de la LAAD (De la Fuente y Sotomayor, 2015).

La proliferación de políticas neoliberales durante la gestión de la crisis económica entre los años 2010 y 2015 han supuesto una disminución de la inversión en servicios sociales, una privatización en la gestión de los recursos sociales y un acusado asistencialismo en la cobertura de atención de los recursos de la LAAD (García et al., 2018). Estos factores constituyen nuevos escenarios que juegan un papel determinante en la intensidad y en el tipo de cuidado que se provee de manera (in)formal a las personas en situación de dependencia.

¹ El salario medio en España es de 1.639 euros mensuales (Adecco, 2018) y el salario mínimo interprofesional es de 900 euros al mes (14 mensualidades).

2. EL CUIDADO Y SUS MODELOS TEÓRICOS: LA CO(EXISTENCIA) ENTRE EL CUIDADO INFORMAL Y CUIDADOS FORMALES.

El marco conceptual del cuidado es una tarea compleja debido a su polisemia y a la ausencia de correspondencias automáticas entre idiomas. En francés *soins* (*cuidado*) está orientado a cuidados de enfermería, es decir, aquellas actividades de carácter físico o instrumentales (Durán, 2011). La Real Academia de la Lengua Española define el cuidado en su segunda acepción, como la acción de cuidar poniendo el énfasis en la preocupación, el interés y la atención, tomando como ejemplos cuidar a un enfermo, la casa, la ropa (Minguela, 2016). En inglés *care* presenta una mayor polisemia al estar el verbo condicionado a la preposición que le acompañe, por ejemplo, *caring about* trata de hacer consciente la necesidad de un tercero, que tiene esa predisposición moral de atención (Tronto, 1998).

La literatura científica trata de crear un marco común que permita delimitar conceptualmente el cuidado. Desde una perspectiva generalista Tronto y Fisher (1990) estructuran el cuidado como una actividad esencial y sobre la que se articula la vida humana. La perspectiva feminista, recopilada en el trabajo de Tobio (2012), resalta a Chodorow (1978), Noddings (1984), Gilligan (1985), Delphy (1987) y Daly y Lewis (1998) como contribuciones de referencia para la (re)construcción de los conceptos cuidado y desarrollo de modelos teórico al respecto (Tobio, 2012, 405). Así, Tobio et al. (2010) argumentan el cuidado “como herramienta intelectual que identifica y describe las diversas actividades y prácticas sociales encaminadas a asegurar la supervivencia básica de las personas a lo largo de la vida” (p.19).

Carol Thomas, en la línea de avanzar en la construcción de un marco teórico común sobre el cuidado, analizó, en 1993, los principales trabajos reflexivos y empíricos sobre cuidados realizados, por Hilary Graham, Roy Parker y Clare Underson, durante la década de los ochenta y noventa del siglo pasado. El resultado de su trabajo le permitió desglosar y argumentar las siete dimensiones de cuidado (1993 [2011], p.148-151):

- 1.La identidad social de la persona cuidadora.
- 2.La identidad social de la persona receptora de cuidados.
- 3.Las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de los cuidados.
- 4.La naturaleza de los cuidados.
- 5.El dominio social en el cual se localiza la relación de cuidados.
- 6.El carácter económico de la relación de cuidados.
- 7.El marco institucional en el que presentan los cuidados.

La conclusión a la que llegó fue que “los cuidados es una categoría empírica, pero no teórica. Las formas de cuidados y las relaciones entre estas se tendrán que seguir teorizando en función de otras categorías teóricas” (Thomas, 1993 [2011], p.174). Entre las potencialidades de estas dimensiones se encuentran la posibilidad de desglosar y argumentar las principales

diferencias entre las principales categorías de prestación de cuidados, por un lado, los cuidados informales que implican la intervención de la familia, los amigos y los vecinos existentes en el entorno social de la persona en situación de necesidad, y por largos períodos de tiempo (Paraponaris, Davin y Verger, 2012; Brouwe, 2006). Se trata de cuidados de proximidad y se prestan desde la voluntariedad, la generosidad y la solidaridad (Attias-Donfut, 1992; Rodríguez-Rodríguez, 2005). Por otro lado, los cuidados formales definidos como el “conjunto de acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás” (Francisco del Rey y Mazarrasa, 1995, p.62). Este tipo de cuidados requiere de unos conocimientos y una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidado. Además, se genera una relación contractual/ laboral con la persona que los recibe, implicando una remuneración por los servicios prestados (Bettio y Plantenga, 2004).

Rogero García (2009), Kalwij, Pasini y Wu (2014), Jiménez-Martín y Vilaplana (2012), entre otros, construyen cuatro modelos teóricos de cuidado en función de la relación existente entre los cuidados informales y formales:

1. Modelo compensador jerárquico: explica que las personas que son susceptibles de recibir cuidados presentan un orden de preferencias, que está encabezado por los cuidadores informales. Siendo la pareja la que ocupa el primer lugar, en ausencia de ella, las hijas y si éstas no están disponibles sería los hijos y el resto de su red social (resto de familiares, amistades, vecinos...). En último lugar están los cuidadores formales.
2. Modelo sustitutivo de cuidados: describe la relación ambivalente entre los cuidados informales y formales.
3. Modelo de especialización de tareas: los cuidados se (re)organizan en función del grado de complejidad de las tareas de cuidado. Los cuidados familiares se ocupan de las tareas sencillas, mientras que los profesionales del cuidado realizan las tareas más complejas, que requieren de especialización y exceden de las competencias de los cuidadores informales.
4. Modelo suplementario/complementario de cuidados: explica que el cuidado formal mejora la eficacia de los cuidados familiares. La importancia radica en la respuesta de las políticas públicas ante un incremento de las demandas de cuidado. Los cuidados formales se prestan cuando exceden los recursos disponibles de la red cuidados familiares (Chappell y Blandford, 1991; Stoller y Pugliesi, 1991; Edelman y Huges, 1990).

Rogero García (2009) incide que la relación entre los cuidados informales y formales bascula entre la *complementariedad* y la *suplementariedad* (Rogero García, 2009: 395) permitiendo generar una tercera categoría de cuidados, los cuidados mixtos. Ante situaciones de dependencia funcional, los cuidados mixtos se construyen como una tarea de responsabilidad

compartida entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad o en otras palabras el diamante del cuidado propuesto por Shahra Razavi (2007). Siendo clave la reflexión de Durán (2016) sobre como “el cuidado debe estar en primera línea en cualquier debate político y en cualquier debate económico” (p.116).

El presente artículo explora los modelos de cuidado predominante en el territorio español a partir de la gestión de prestaciones económicas y de servicios contempladas en la LAAD (2008-2019). Se trata de reflexionar si la gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) está orientada hacia el modelo de cuidados que ideológicamente promulga la LAAD basado en servicios (cuidados formales) que son complementarios con las tareas de cuidados procedentes de la red familiar (cuidados informales)

3. METODOLOGÍA.

La metodología de trabajo es de carácter cuantitativo para analizar la evolución en el tiempo de las prestaciones económicas y de servicios (Tabla 1), que están recibiendo las personas en situación de dependencia reconocida en el marco de SAAD, desde el cuarto trimestre de 2008 hasta el primer trimestre de 2019. A partir de los datos transversales de las siguientes fuentes de datos:

1. El servicio de Información del SAAD (SISAAD) gestionado por el IMSERSO recoge los últimos datos mensuales relativos a la gestión del SAAD. Las estadísticas mensuales de gestión del SAAD tienen disponible el número de personas beneficiarias y desglosadas las prestaciones económicas y de servicios que reciben (Tabla 1), desde diciembre de 2008 hasta marzo de 2019.

Tabla 1. Prestaciones económicas y de servicios de atención del Sistema para la Autonomía.

Prestaciones de servicios	Prestaciones económicas
Servicios de prevención de las situaciones de dependencia.	Prestación económica vinculada al servicio.
Servicios de promoción de la autonomía personal.	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
Servicio de Teleasistencia.	Prestación económica de asistencia personal.
Servicio de Ayuda a Domicilio.	
Servicio de Centro de Día y de Noche.	
Servicio de Atención residencial.	

Fuente: art. 2 Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

2. Las series de afiliación mensual por sexo situación de alta en la Seguridad Social (diciembre de 2008 hasta diciembre de 2018) referente al Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia² al amparo del *Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia*³ Permitiendo incorporar en el análisis la perspectiva de género dentro de la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

3. La Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística que permite caracterizar el sector de la atención a la dependencia. Las investigaciones de Jiménez Lara (2011), Krüger y Jiménez (2013), Jiménez Lara y Rodríguez Castedo (2012) y Camacho, Ruiz y Minguela (2015) analizan el mercado de trabajo relacionado con la atención a la dependencia tomando como referencia las ramas de actividad de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE09): 87. Asistencia en establecimientos residenciales y 88. Actividades de servicios sociales sin alojamiento. De esta forma queda justificada la pertinencia de trabajar con ambas ramas de actividad en este trabajo. La información está disponible a nivel nacional, por trimestres desde el cuarto trimestre de 2018 hasta el primer trimestre de 2019 y desagradada por sexo.

3. RESULTADOS.

En España estamos asistiendo a importantes tensiones políticas con relación a la sostenibilidad económica y la viabilidad de las políticas sociales de cuidados de larga duración. Por un lado, nos encontramos en un contexto donde 19,1% de total de la población es mayor de 65 años y las proyecciones apuntan a que en 2033 una de cada cuatro personas será mayor de 65 años. De mantenerse estas tendencias, la tasa de dependencia se elevaría del 54,2% actual hasta el 62,4% en 2033, llegando a duplicarse en 2050 (INE2018: 9). Ante este escenario la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) señala que el envejecimiento demográfico es uno de los grandes desafíos que tiene la política económica y social española (OCDE, 2018). Por otro lado, encontramos la tendencia política común en la pluralidad de partidos en España se basa en no establecer como prioridad económica unos presupuestos públicos garantes de un verdadero Estado de Bienestar.

El gráfico 1 muestra la incidencia de la inestabilidad económica y las variaciones normativas que han condicionado el proceso de implantación de la LAAD. En concreto, el impacto del *Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria*

² En este caso, las personas beneficiarias de PECEF que suscribe el convenio se incorpora como cotizantes a la Seguridad Social, beneficiándose de la acción protectora. Se recomienda ampliar información: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/Afiliacion/10547/10555/51635>.

³ De esta manera, se incorporan como cotizantes a la Seguridad Social, beneficiándose de la acción protectora. La acción protectora de la Seguridad Social: jubilación y de incapacidad permanente y muerte y supervivencia, derivadas de accidente, cualquiera que sea su carácter, o de enfermedad, con independencia de su naturaleza.

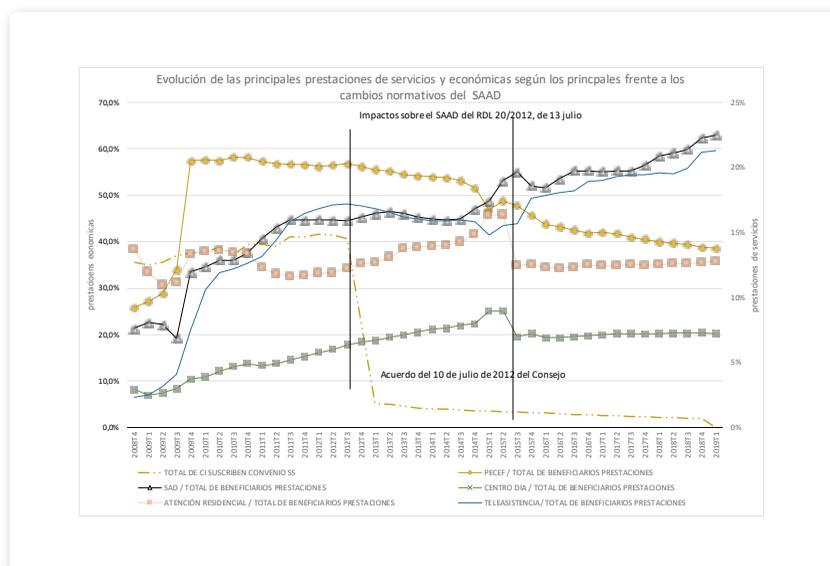
y de fomento de la competitividad considerado como una de las acciones más restrictivas desarrolla por Gobierno español en general y en concreto, para el desarrollo de la LAAD. Entre sus consecuencias más notables se encuentra la paralización del SAAD desde julio de 2012 hasta finales de julio 2015, impidiendo la incorporación de nuevos dependientes al sistema y vulnerando el artículo 3 de la LAAD, que reconoce la atención como un derecho subjetivo de ciudadanía. De la misma manera, en el gráfico 1 se evidencia un descenso de las PECEF y conjuntamente el desplome en las suscripciones al convenio especial de cuidadores/as no profesionales de personas en situación de dependencia. Desde la entrada del vigor del RD, las cotizaciones a la seguridad social que eran asumidas por el Estado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado⁴, pasan a ser pagadas en su totalidad por los cuidadores no profesionales.

Las variaciones en la gestión de las prestaciones hacia los servicios, como se puede observar en el gráfico 1, responde a la importancia de la profesionalización del cuidado como generador de empleo y dinamismo económico estuvo fundamentada por el Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial para la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, publicado por la Resolución de 13 de julio de 2012 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Desde septiembre de 2012, se visualiza cómo la gestión pública tiene una marcada dirección hacia las prestaciones de servicios como son la ayuda a domicilio (SAD), teleasistencia y centro de día/noche, permitiendo que la persona reciba unos cuidados profesionales sin romper con su red social. No obstante, las PECEF son la primera opción para los beneficiarios de prestaciones del SAAD (ver gráfico 1). Ahora bien, el descenso que muestran las prestaciones de atención residencial responde con las acciones prioritarias de respuestas a las situaciones más severas, recogidas en el texto de la LAAD y en el calendario inicial de implantación del SAAD.

⁴ A partir del 1 de abril de 2019, la cuota correspondiente a los convenios especiales en el Sistema de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia previstos en el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, será abonada por la Administración General del Estado. Nueva normativa: artículo 4 puntos doce y trece del Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo de 2019 y disposición final segunda punto tres del Real Decreto-Ley 8/2019 de 8 de marzo.

Gráfico 1. Evolución de las principales prestaciones de servicios y económicas respecto al total de beneficiarios, atendiendo a los principales cambios normativos del SAAD. España (2008T4-2019T1).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA (2008T4-2019T1) y los datos de gestión mensual del SAAD (diciembre de 2008 al marzo de 2019).

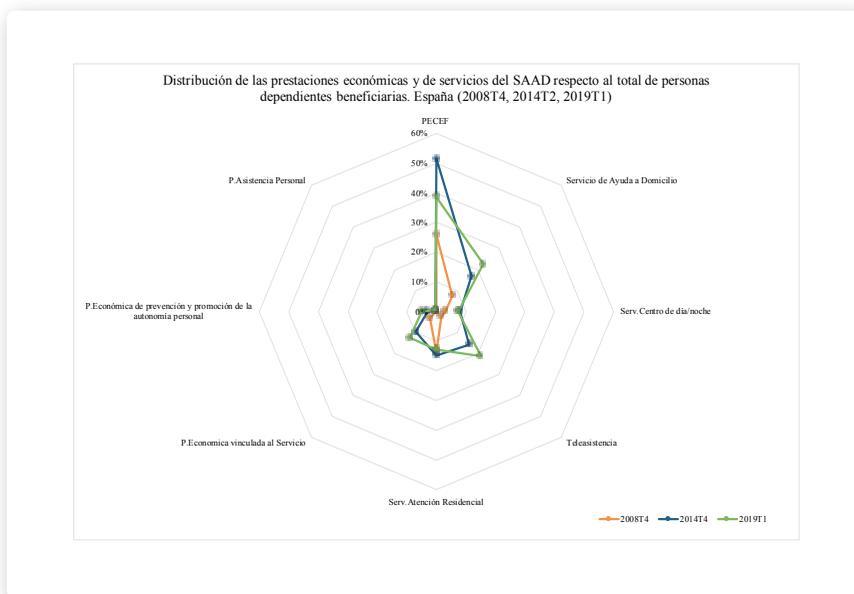
Detrás de estas medidas, el Gobierno Estatal trata de incentivar la atención profesional de los cuidados, dado que las Comunidades Autónomas no quieren resultar penalizadas en su financiación al otorgar, en el marco de sus competencias, prestaciones económicas para el cuidado familiar. El Estado diseña un mecanismo donde la distribución de los créditos de los Presupuestos Generales del Estado, a transferir a las Comunidades Autónomas para la financiación de la atención a la dependencia, incorpore de forma progresiva, una variable que pondera positivamente la prestación de servicios frente a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Entonces, la distribución económica hacia las Comunidades Autónomas se efectúa conforme no sólo al número de beneficiarios del Sistema y la cuantía por grado de dependencia reconocida para cada uno de ellos sino ponderando, además, positivamente la prestación de servicios profesionales respecto a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012, p.55667).

Aun así, desde 2012 el recorte acumulado de la Administración General del Estado asciende a 5.406 millones de euros. Los costes de oportunidad por no haber mantenido la financiación estatal inicial entre 2012 y 2018 se cifran en una pérdida acumulada de 1.243 millones de euros en recaudación directa por cuotas a la Seguridad Social, IRPF, IVA e Impuesto de Sociedades (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2019).

Uno de los principales resultados de esta investigación visibiliza cómo el tipo de gobernanza pública incide sobre la(s) forma(s) de organización y gestión del cuidado. Dando lugar

a tres modelos de cuidados explicados a partir de tres trimestres claves dentro del periodo temporal de estudio (ver gráfico 2). En primer lugar, el cuarto trimestre de 2008 marca el punto de partida, caracterizado por responder a las situaciones de dependencia más severas y cómo la gestión de las prestaciones del SAAD sigue un modelo sustitutivo. En otras palabras, las PECEF (25,8%) son incompatibles con la prestación de atención residencial (13,7%) y con la prestación económica vinculada al servicio (3,1%). Evidenciándose los cuidados familiares como los principales proveedores en el entorno del hogar.

Gráfico 2. Distribución de las prestaciones económicas y de servicios del SAAD respecto al total de personas dependientes beneficiarias. España (2008T4, 2014T2, 2019T1).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA (2008T4-2019T1) y los datos de gestión mensual del SAAD (diciembre de 2008 al marzo de 2019).

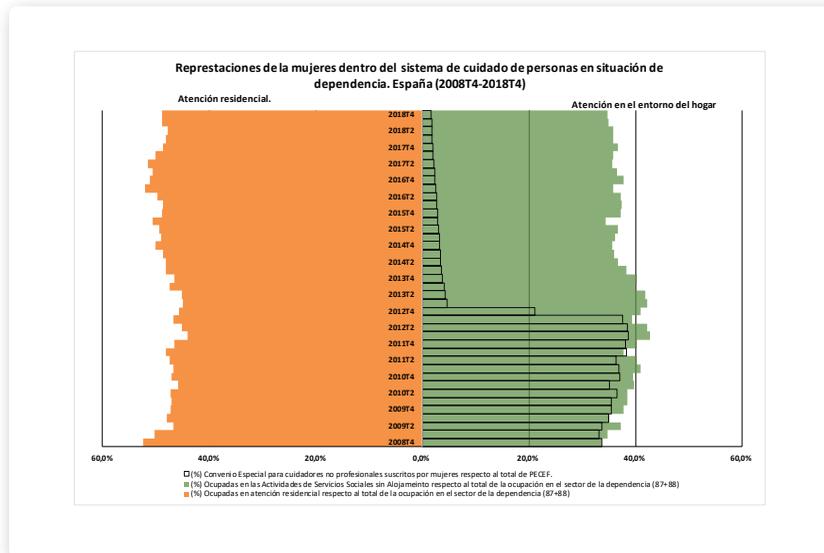
En segundo lugar, se observa cómo tras dos años de paralización del SAAD, el segundo trimestre de 2014, el modelo de cuidados se (re)organiza hacia un modelo compensador jerárquico en el que prestaciones siguen un orden de prioridad: preferentemente el cuidado se realiza exclusivamente por familiares a través de las PECEF. En ausencia de éstas se opta por las prestaciones de servicios como la ayuda a domicilio, la teleasistencia y en último lugar los servicios de atención residencial.

En tercer lugar, en el primer trimestre de 2019 se observa un cambio dirigido hacia el modelo complementario de cuidados en el que intervienen tanto cuidados formales como cuidados informales, (ver gráfico2). Un escenario que coincide con la exposición de motivos y la justificación ideológica de la LAAD.

En el gráfico 3 se evidencia que aproximadamente un 90% de los convenios especiales de cuidados no profesionales fueron suscritos por mujeres hasta el tercer trimestre de 2012.

Esta cotización supondría un reconocimiento y una oportunidad para dignificar su trabajo de cuidados, permitiéndoles un futuro digno.

Gráfico 3. Representaciones de la mujer cuidadora informal dentro conjunto del sistema formal de cuidados a personas en situación de dependencia. España (2008T4-2018T4).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EPA (2008T4-2019T1) y los datos de gestión mensual del SAAD (diciembre de 2008 al marzo de 2019).

Esta cotización supondría un reconocimiento y una oportunidad para dignificar su trabajo de cuidados, permitiéndoles un futuro digno.

4. CONCLUSIONES.

Nuestro trabajo, nos ha permitido comprobar la coexistencia, hoy por hoy, de dos modelos de organización de los cuidados diferentes a personas en situación de dependencia. Los resultados obtenidos refuerzan lo señalado por Fernández-Carro (2018) en el que analiza la evolución de las preferencias de cuidado de la población española desde 1997 a 2009. Sus resultados apuntan que las familias españolas en 2009 tendían a un aumento de la preferencia por modelos que impliquen servicios formales de cuidado. Los datos de hace una década señalaban una inclinación mayoritaria hacia el modelo informal basado en cuidados familiares, pero reclamando, al mismo tiempo, una mayor presencia de los servicios públicos como agentes activos en la provisión de apoyo. Al respecto Oliva Moreno et al. (2019) señalan que en España el cuidado formal recibido en el hogar tiene un carácter complementario al cuidado informal, mientras que el cuidado formal fuera del hogar tiene un carácter sustitutivo.

El SAAD presenta su propio modelo de cuidados definido por la gestión y distribución de las prestaciones económicas y de servicios. Desde este análisis, no podemos señalar que se

haya mantenido el mismo modelo de cuidados a lo largo de todo el proceso de implantación de la LAAD, sino más bien, todo lo contrario. La serie temporal de referencia (2008T4-2019T1) nos permite, comprobar el proceso de transformación y de (re)ajustes continuos del modelo de cuidados derivado la LAAD hasta alcanzar la complementariedad entre los cuidados informales (PECEF) y los cuidados formales (resto de prestaciones de servicios, a excepción de la atención residencial).

La orientación de la gestión pública hacia un modelo de cuidados complementario es un factor común dentro del territorio español en base a una perspectiva socioeconómica (Aznar, 2013; Pérez, 2014; Martínez, 2017). A pesar de las expectativas generadas en la LAAD los servicios públicos no proporcionan la cobertura requerida ante las situaciones de dependencia. De este modo, las familias se ven obligadas a ejercer el cuidado para cubrir la atención necesaria.

No cabe duda que los cuidados familiares se utilizan como elemento de reajuste del sistema socioeconómico, justificando por ello las condiciones de precariedad e invisibilización del trabajo de cuidados realizados por la mujer en el ámbito familiar. Además, son comunes los estudios que vinculan los factores culturales, morales de ser buena esposa, hija, madre con la preferencia de ejercer el cuidado familiar (Cano, 2013; Martín, 2014; Artiaga, 2015). Las PECEF no sólo transfieren la obligación de prestar los cuidados, sino que además estarían naturalizando ese deber moral instaurado culturalmente. En clave de género, las PECEF funcionan como mecanismo de institucionalización del cuidado familiar, cuyo impacto actúan como instrumentos de precarización y vulneración de las condiciones de vida de las mujeres cuidadoras. Desde esta perspectiva, el género tiene un papel esencial en la reorganización del cuidado de la persona dependiente, sobre todo su doble presencia en el entorno del hogar y se justifica una vez más cómo el cuidado familiar es ejercido por una mujer, esposa, hija, madre. Sin olvidar que dentro de las propias estrategias de conciliación que despliegan estas cuidadoras principales se suele delegar ciertas tareas a sobrinas, hijas, hermanas etc., o mediante la mercantilización del cuidado. En este caso último se suele recurrir al cuidado transnacionalizado ocupado por mujeres inmigrantes, que podrían llegar a estar en situación administrativa irregular, sin contrato laboral y con retribuciones económicas bajas (Robledo et al., 2017).

En definitiva, los recortes realizados en época de crisis por el Gobierno Central interpretados en clave de género, ponen en evidencia el escaso valor social que se le ha otorgado al cuidado familiar ejercido por las mujeres. Desde esta perspectiva estructural manifestamos que esta política pública refuerza los elementos patriarcales que no permiten cuestionar la división sexual del trabajo, la distribución de tareas o las desigualdades de género instauradas en la gestión de los cuidados.

Por todo ello, en España, a pesar de llevar una implantación de más de diez años de una política pública orientada hacia la atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia mediante servicios profesionales, la propia LAAD ha (re)configurado un

escenario donde el cuidado se ejerce principalmente, y, primeramente, en el entorno familiar, utilizando los cuidados formales y profesionales para el último lugar.

El trabajo presenta una limitación como es la no incorporación en el análisis de los dependientes reconocidos por el SAAD que no reciben prestaciones y aquellos sin ayuda concedida (que pueden estar recibiendo o no cuidado formal privado). Sin embargo, esta limitación se transforma en una nueva arista sobre la que seguir investigando y profundizando en la gobernanza pública en la atención a personas en situación de dependencia.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*. Nº 22. Consultado el 10 de junio, 2019 de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

Adecco Fundación. (2018). VI Monitor Anual Adecco sobre salarios. *Fundación Adecco*. Consultado el 10 de junio 2019 de: <https://adecco.es/wp-content/uploads/2018/04/NdP-VI-Monitor-Adecco-Salarios.-Parte-I.pdf>

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. (2019). XIX Dictamen del Observatorio Español de la Dependencia. *Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales*. Consultado el 8 de junio 2019 de: <https://www.directoressociales.com/images/Dec2019/INFO%20GLOBAL%20XIX%20DICTAMEN%20V2-2.pdf>

Attias-Donfut, C. (1992). Dependencia de las personas mayores y ayuda intergeneracional. *Papers, Revista de Sociología*, 40: 13-33.

Aznar, J., y Belmonte, I. (2013). Las Familias como elemento subsidiario del Estado de bienestar. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche* 9: 1-20.

Bettio, F. y Plantenga, J. (2004). Comparing Care Regimes in Europe, *Feminist Economics*, 1 (10): 85-113. DOI: 10.1080/1354570042000198245.

Brouwer, W.B. (2006). Too important to ignore informal caregivers and other significant others. *Pharmacoeconomics* 24: 39-41.

Camacho Ballesta, J. A., Ruiz Peñalver, S. M. y Minguela Recover, M.A. (2015). La atención a las personas en situación de dependencia como yacimiento de empleo en tiempos de crisis: el caso español, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 33(1): 169-188. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2015.v33.n1.48812

Carrasco, C. (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31: 39-56. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41627

Chappell, N. y Blandford, A. (1991). Informal and Formal Care: Exploring the Complementarity. *Ageing and Society*, 11(3): 299-317.

De la Fuente, Y. y Sotomayor, E. (2015). The Spanish Long-Term Care System in the European Context. *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, 191(771): 1-16. <https://doi.org/10.3989/arbor.2015.771n1008>

Durán, M.A. (2011). El trabajo del cuidado en el marco macroeconómico. En *El trabajo de cuidado en América Latina y España*, dirigido por Durán, M.A., 11-33. Documento de Trabajo nº 54. Fundación Carolina (CeALCI).

Durán, M.A. (2016). El futuro del cuidado: El envejecimiento de la población y sus consecuencias. *Pasajes: Revista de pensamiento contemporáneo*, 50: 114-127.

Edelmann, P. y Hughes, S. (1990). The Impact of Community Care on Provision of Informal Care to Homebound Elderly Persons. *Journal of Gerontology* 45 (2): S74-S84. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.2.S74>

Fernández-Carro, C. (2018). ¿Hacia la “desfamiliarización” del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 164: 57-76. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.164.57>

Francisco del Rey, C. y Mazarrasa Alvear, L. (1995). Cuidados informales. *Revista de Enfermería*, 18(202):61-65.

García, G., Barriga, L., Ramírez, J.M., Zubiría, A., Velasco, L., Álvarez, A. y Aranda, A. (2018). *Índice de desarrollo de los Servicios Sociales. Índice DEC*. Madrid: Asociación de Directoras Gerentes de Servicios Sociales.

Hochschild, A. (2001). Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. En Giddens, A. y Hutton, W (eds.) *En el límite. La vida en el capitalismo global*. Barcelona: Tusquets. 187-208.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). *Proyecciones de Población 2018*. Consultado el 13 de marzo 2019 de: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

Jiménez, A. (2011): Haciendo de la necesidad virtud la atención a las personas en situación de dependencia como vector del crecimiento del empleo. *CIRIEC - España. Revista de economía pública, social y cooperativa*, 71: 129-146

Jiménez-Martín, S., y Vilaplana, C. (2012). *The trade-off between formal and informal care in Spain. The European Journal of Health Economics* 13(4):461-490. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0317-z>

Kalwij, A., Pasini, G. y Wu, M. (2014). Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors. *Review of Economics of the Household* 12(2):379-404. <https://doi.org/10.1007/s11150-012-9159-4>

Krüger, K. y Jiménez, E. (2013). La ley de dependencia ¿Un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* 17. <https://doi.org/10.1344/sn2013.17.14925>

Martín Palomo, M.T. (2014). *Los cuidados en las familias: un estudio a través de tres generaciones de mujeres en Andalucía*. Disertación doctoral, Universidad Carlos III de Madrid.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial para la mejora del sistema para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *España: Boletín Oficial del Estado*. Núm 185 Sec III. Pág 556257-55674.

Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L.M., García-Mochón, L., Del Río, M., Mosquera, I. y García-Calvente, M.M. (2019): The economic value of time of informal care and its determinants (The CUIDARSE Study). *PLoS ONE* 14(5): e0217016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217016>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2018): *Estudios Económicos de la OCDE España*. Consultado el 8 de junio 2019 de: <https://www.oecd.org/economy/surveys/Spain-2018-OECD-economic-survey-vision-general.pdf>

Paraponaris, A., Davin, B., y Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health economics*, 13,(3):327-336.

Pérez, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica* 5: 7-37.

Pérez, A. (2014). *Subversión feminista a la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficante de sueños.

Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Switzerland: United Nations Research Institute for Social Development.

Robledo, J., Martín-Crespo, C., Pedraz, A., Cabañas, F. y Segond. A. (2017). La externalización del cuidado de las personas mayores a mujeres migrantes: quién decide y en qué circunstancias. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 29: 183-196. https://doi.org/10.7179/PSRI_2017.29.13

Rodríguez Cabrero, G. (2007). La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales. *Política y Sociedad* 44(2): 69-85.

Rodríguez-Rodríguez, P. (2005) El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40 (Supl 3): 5-15.

Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública* 83(3):393-405.

Stoller, E.P. y Pugliesi, K.L. (1991). Size and Effectiveness of Informal Helping Networks: A Panel Study of Older People in the Community. *Journal of Health and Social Behavior* 32 (2): 180-191. DOI: 10.2307/2137151

Thomas, C. (1993). De-constructing concepts of care. *Sociology* 27(4): 649-669. <https://doi.org/10.1177/0038038593027004006>

Thomas, C. (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*, editado por Carrasco, C., Borderías, C. y Tornos, T. 145-176. Madrid: Editorial Catarata.

Tobio, C., Agulló M.S, Gómez M.V y Martín M.T (2010) El cuidado de las personas un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales. España: Fundación “La Caixa”.

Tobio, C. (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* 70 (2): 399-422. <https://doi.org/10.3989/ris.2010.08.26>

Tobio, C. (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31(1): 17-38. https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41623

Tronto, J., y Fisher, B. (1990). Toward a feminist theory of caring. En *Circles of care: work and identity in women's lives*, editado por Emily K. Abel, Margaret K. Nelson, 36-54. New York: State University of New York Press.

Tronto, J.C. (1998). An Ethic of Care. *Generations San Francisco* 22 (3): 15-20.