

## Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración.

---

De-institutionalisation of long term care.

**Dolors Comas d'Argemir**

dolors.comasdargemir@urv.cat

Catedrática emérita de antropología social y cultural,  
Universitat Rovira i Virgili.

Recibido: 03/03/2024

Aceptado: 21/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 34 - Junio de 2024.

---

### **Cómo citar este artículo:**

Comas d'Argemir, D. (2024). Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración.

*Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 138-151.

## RESUMEN

Después de la pandemia se está promoviendo, desde las instituciones europeas y desde el gobierno español, el tránsito hacia unos modelos de cuidados personalizados en el hogar, de base local y comunitaria, a fin de evitar o retrasar la institucionalización en residencias de las personas mayores en situación de dependencia. En este artículo constatamos la existencia de un cambio de relato sobre el modelo de cuidados que tiene su eje en la estrategia de desinstitucionalización, pero se advierte de sus peligros si no va acompañada de una defamiliarización y una defeminización de los cuidados, así como de un sistema de financiación y de unas políticas públicas robustas. Se trata de que los cuidados sean un asunto social y político y no un asunto privado y de mujeres. Se concluye con la importancia de que haya un pacto social y político para poder garantizar el derecho al cuidado. Sin este pacto, el modelo de cuidados continuará siendo insuficiente, insatisfactorio e injusto.

## PALABRAS CLAVE

Desinstitucionalización, cuidados, personas mayores, cambio de modelo de cuidados, cuidados y género, cuidados, justicia social.

## ABSTRACT

After the pandemic, European institutions and the Spanish government have been promoting the transition to personalized home care models, based at the local and community levels, in order to avoid or delay the institutionalization of dependent elderly people in nursing homes. In this article, we note the existence of a change of narrative on the model of care that is centered on the strategy of deinstitutionalization, but we warn of its dangers if it is not accompanied by a defamiliarization and defeminization of care, as well as by a system of financing and robust public policies. Care has to be a social and political issue and not a private and women's issue. It concludes with the importance of a social and political pact to guarantee the right to care. Without this pact, the care model will continue to be insufficient, unsatisfactory and unjust.

## KEYWORDS

Deinstitutionalization, social care, elderly people, changing the care model, gender and care, social justice, care.

## 1. EL CONTEXTO: UN MODELO DE CUIDADOS INSUFICIENTE, INSATISFACTORIO E INJUSTO

El cuidado hacia las personas mayores es uno de los retos más importantes del siglo XXI y que nuestras sociedades han de afrontar. Se vislumbra un escenario en que se va a producir un incremento de las necesidades de cuidado y, además, los cuidados van a aumentar en duración, complejidad e intensidad. Sin embargo, la pandemia ha revelado con toda su crudeza que el modelo de cuidados en España es insuficiente, insatisfactorio e injusto.

Es insuficiente porque las políticas públicas son débiles. En el año 2006 se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), que ha tenido muchas dificultades en su aplicación, además de haber sufrido serios recortes presupuestarios durante los años de crisis económica (Rodríguez-Cabrero, 2016, Deusdad, Comas-d'Argemir y Dziegielewski, 2016). Las familias, que son quienes asumen la mayor parte de cuidado, han de hacer verdaderas filigranas para poder resolver las situaciones que se presentan en la cotidianeidad. En el cuidado del hogar intervienen diferentes agentes y se utilizan recursos muy fragmentados, que provienen de la familia extensa, de los servicios o prestaciones públicas, del mercado o de la comunidad. Es lo que denominamos “mosaico de recursos de cuidado” (Soronnellas et al., 2021), y que representamos como una especie de puzzle con toda una serie de piezas dispersas que hay que encajar y que no siempre están disponibles, o que hay que reestructurar.

El modelo de cuidados es insatisfactorio porque conduce a la institucionalización, así lo han denunciado las personas con diversidad funcional y así lo sufren las personas mayores en situación de dependencia. Las tensiones que conducen a la llamada “claudicación familiar” y a la institucionalización residencial de las personas mayores refleja que no existen los recursos que permitan cuidar en el hogar con todas las garantías de una verdadera atención centrada en las necesidades de las personas. La residencia no es algo deseado y menos en la forma que están organizadas en su mayoría (modelo hotelero-hospitalario) y se ha mostrado ampliamente que el modelo de residencias tradicional ha fracasado (Sancho y Martínez, 2021; Comas d'Argemir, Legarreta y García, 2022).

Los cuidados están asentados, además, en injusticias de género y en injusticias sociales. Los cuidados atraviesan las vidas de las mujeres, condicionando su participación social, laboral y política. Cuidar empobrece, siempre insisto en esto, porque las mujeres se ven obligadas a dejar trabajos o a tomarlos a tiempo parcial, y esto repercute en ingresos bajos y en unas pensiones de jubilación bajas. Y también los cuidados se asientan en injusticias sociales. Según la ley inversa de cuidados (ICL), quienes tienen múltiples vulnerabilidades tienen más necesidades de cuidados y, a su vez, tienen menos accesibilidad a los dispositivos de cuidado existentes y menos calidad (Grabovschi, Loignon y Fortin, 2013).

Ante la insuficiencia de los servicios y prestaciones de cuidado, hay muchas familias que contratan empleadas para que cuiden en el hogar, muchas de las cuales son mujeres migradas, que cruzan océanos para cuidar (Martínez Buján, 2011). Esto ocurre también en otros países mediterráneos, tanto es así que se ha pasado de un modelo de cuidados familiar a un modelo de “cuidados con migrante en la familia” (Bettio, Simonazzi y Villa, 2006). Son las condiciones estructurales existentes las que obligan a recurrir a una mano de obra barata. Y les invito a pensar sobre las consecuencias de que sea barata, muchas veces además en situación irregular y en el marco del trabajo sumergido.

Está asumido que necesitamos un cambio de modelo en la organización de los cuidados. Una organización que evite o retrase la institucionalización en residencias y dé prioridad a los cuidados en el hogar con servicios de base local y comunitaria y unos cuidados personalizados (Díaz-Veiga y Sancho, 2022; Comas-d’Argemir, Sancho y Zalakaín, 2022; Rodríguez Rodríguez y Gonzalo Giménez, 2022). Se trata de proveer unos servicios domiciliarios que den respuesta a las necesidades existentes y de articular los distintos recursos (públicos o privados) existentes en el contexto comunitario. Esta articulación, aunque parece obvia, no existe en la práctica, con déficits de coordinación, por ejemplo, entre el sistema social y el sanitario, tal como ha mostrado la pandemia. Y esta articulación se ha de concretar en contextos territorializados, en pueblos o en barrios, que den respuesta a la integralidad de las necesidades que tienen las personas.

Hace tiempo que se vislumbraba la necesidad de cambios en el modelo de cuidados, pero ha sido después de la pandemia cuando se ha generalizado un cambio de relato respecto a los cuidados de larga duración en la línea antes apuntada. Nos preguntamos si este cambio de relato se traduce en cambios en las prácticas cotidianas de cuidados.

## 2. UN CAMBIO DE RELATO: LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

El cambio de relato respecto al modelo de cuidados deseable se ha intensificado después de la pandemia, y el concepto más significativo que lo traduce es el de desinstitucionalización. Los mensajes que se difunden al respecto los podemos ejemplificar con diversas nociones: 1) Personalizar los apoyos y los cuidados, entendiendo la singularidad y necesidades diferentes de cada persona (atención centrada en la persona). 2) Avanzar hacia un modelo de base local y comunitaria, que permita permanecer en el hogar a las personas que necesitan apoyos y cuidados, evitando o retrasando la institucionalización. 3) Dignificar el trabajo de las cuidadoras remuneradas. 4) Avanzar en la corresponsabilidad y que se impliquen los hombres también. Podríamos añadir más aspectos, pero lo que quiero señalar es que estos planteamientos han calado en el discurso político y en el de los proveedores de servicios de cuidados.

Gregorio Rodríguez-Cabrero (2011, 2019) constata que desde hace ya años en todos los países europeos se estaba transitando hacia modelos de atención domiciliaria y comunitaria en detrimento de las residencias, que se reservarían sólo para situaciones de dependencia severa. Se apunta ya la tendencia hacia la desinstitucionalización y se advierte de los peligros de refamiliarización de los cuidados si no se consigue una buena financiación y organización (Saraceno, 2010). Y es que, de hecho, durante muchos años se identificó la desfamiliarización con la institucionalización, que se conseguía mediante los centros de día y las residencias. La tendencia en estos últimos años va en sentido opuesto, entendiéndose que el ámbito principal del cuidado es el domiciliario y que la residencia es la excepción.

Así pues, la tendencia social y política actual va encaminada a reforzar el cuidado en el hogar. Después de la pandemia se ha consolidado una narrativa política favorable a la desinstitucionalización del cuidado y al derecho a la libre elección, tal como lo expresa la Lancet Commission (Pot, Rabheru y Chew, 2023) o la Estrategia Europea de los Cuidados (Comisión Europea, 2022). El escepticismo sobre la idoneidad del modelo residencial de atención al envejecimiento ya estaba presente en el discurso político antes de la pandemia, pero la crisis que la altísima mortalidad por contagio de la Covid-19 provocó en las residencias de personas mayores, ha acentuado la apuesta política por la desinstitucionalización. El gobierno español ha abordado también promover cambios en el modelo de atención a la dependencia para que se base en derechos personalizados y de enfoque comunitario (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, s.d.)

La Estrategia Europea de Cuidados plantea la necesidad de reforzar el acceso a unos servicios de cuidados asequibles y de calidad, potenciar la atención domiciliaria y los cuidados basados en la comunidad. Cuidados accesibles y asequibles, esta es la consigna. Destaco en este punto que la Estrategia no aborda el cuidado como un derecho, sino como un servicio, lo que es bien significativo y concordante con una lógica neoliberal, que no sitúa las políticas públicas en primer término y otorga mucho papel al mercado en la provisión de los cuidados de larga duración. Centra sus recomendaciones en cinco grandes ejes:

1. Mejorar los servicios asistenciales. Se hace mucho énfasis en la necesidad de un cuidado integral y centrado en la persona, que favorezcan la vida independiente. Es en este punto es donde se indica que hay que hacer un tránsito de la atención residencial a la atención domiciliaria y a unos cuidados basados en la comunidad, bien coordinados con la asistencia sanitaria.
2. Fomentar que el sector asistencial tenga más resiliencia y se dé un equilibrio entre hombres y mujeres. Se subraya, y vale la pena destacarlo, que el sector de los cuidados genera empleos, y que estos van a crecer. Se insiste en la necesidad de que estos empleos sean atractivos y profesionalizados.

3. Garantizar que los cuidados informales que suministran los familiares sean una elección y no una obligatoriedad. Se destaca que los cuidados informales tienen un elevado valor social y económico, pues en la Unión Europea representan el 2,5% del PIB, que es una cifra superior al gasto público de los Estados en cuidados de larga duración (1,7% de promedio). Se promulga la necesidad de medidas de apoyo a las cuidadoras en las familias: servicios de respiro a formación, asesoramiento y apoyo psicológico.
4. Invertir en cuidados. La Estrategia Europea evita utilizar el término “gastar” y utiliza “invertir”, pues valora que se proporcione bienestar a las personas y que sea posible que las mujeres no estén tan atrapadas por el cuidado y puedan hacer otras actividades. Además de una financiación estable, se necesitan normas muy claras que tengan en cuenta el valor social de los servicios de cuidado, los derechos de las personas que necesitan cuidados y unas condiciones de trabajo y salarios justos.
5. Mejorar la base empírica, con datos fiables y comparables. Es la forma de hacer posible que vayan convergiendo los distintos países hacia este objetivo común de asegurar unos cuidados asequibles, accesibles y de calidad.

El gobierno español ha abordado la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización para promover cambios en el modelo de atención a la dependencia que se base en derechos personalizados y de enfoque comunitario (Ministerio de Igualdad y Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, s.d.). En líneas generales, se centra en dos grandes aspectos:

- Promover la atención domiciliaria y comunitaria aumentando los servicios de proximidad: la teleasistencia como derecho, unos servicios de atención domiciliaria más amplios y ajustados a las necesidades de la persona y un mayor desarrollo de la asistencia personal.
- *Desinstitucionalizar* las residencias promoviendo ambientes hogareños: organizadas en unidades de convivencia de hasta quince personas, incrementando las ratios de personal de atención directa, aumentando las habitaciones individuales y eliminando las sujeciones.

El último Acuerdo de Acreditación (*Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*), aprobado el 28 de julio de 2022, incorpora en buena parte estos componentes. El Consejo Territorial está conformado por los cargos ministeriales y por los consejeros de diferentes Comunidades Autónomas. Previa a esta aprobación, el acuerdo fue debatido en la Mesa de Diálogo Social (patronal y sindicatos) y en la Mesa de Diálogo Civil.

Todavía es pronto para evaluar la implantación del modelo de desinstitucionalización, que, en todo caso, tiene importantes dificultades en su aplicación, pues no todas las comunidades autónomas lo han aceptado. Además, incrementar los servicios de atención domiciliaria o la asistencia personal supone un importante reto para los municipios, que son los encargados de suministrarlos. Por otro lado, no es fácil que las residencias modifiquen su organización y sus prácticas. Por lo que estamos observando, las ideas centrales de este cambio de modelo se han incorporado en los relatos que ofrecen las residencias (especialmente la atención centrada en la persona), sin que ello signifique cambios reales en las formas de cuidar.

Desinstitucionalizar requeriría, por otro lado, reformas totalmente integrales, en la línea de generar un sistema de cuidados. Para ello es necesario potenciar los servicios sociales y establecer formas de cooperación con las políticas de sanidad, de educación, de vivienda... Hablar de un sistema (y no de un modelo) implica ir más allá de las acciones concretas y aisladas de los distintos dispositivos de atención para que actúen de forma integrada y al servicio de las necesidades de las personas, con espacios de participación social en el que tengan voz tanto quienes cuidan como las personas cuidadas. Un sistema que garantice de manera global y transversal que el cuidado sea un derecho real, una práctica digna y respetuosa, un valor que hagamos visible, que tenga reconocimiento y que implique al conjunto de la sociedad. Y en este reto queda mucho por avanzar.

Insistimos en que si no se destinan recursos suficientes, la *desinstitucionalización* se puede convertir en la práctica en una *refamiliarización* de los cuidados, experiencia que ya se concretó con la pandemia y supuso un verdadero calvario para las familias (Soronellas, Gregorio y Jabbaz, 2022). Sería volver a lo antiguo, a un cuidado basado en mujeres sacrificadas en las familias y en unos trabajos mal pagados. Por esto, la desinstitucionalización ha de ir de la mano de dos principios rectores: la desfamiliarización y la desfeminización.

### 3. DESFAMILIARIZAR Y DESFEMINIZAR: EL CUIDADO COMO UN ASUNTO SOCIAL Y POLÍTICO

Para conseguir un sistema de cuidados justo y equilibrado, hay que desfamiliarizar y desfeminizar los cuidados. Dicho en positivo: el cuidado ha de ser un asunto social y político y ha de implicar tanto a los hombres como a las mujeres. Más todavía, el cuidado ha de ser un derecho. Que cada uno de nosotros podamos tener apoyos y cuidados personalizados, con independencia de si tenemos familiares cerca o no, este es el gran cambio de modelo y de sistema, tener derecho al cuidado.

Desfamiliarizar es necesario porque la familia no va a poder absorber (de hecho, ya no puede absorber) todo el trabajo que requiere cuidar. Desfamiliarizar no implica, desde mi punto de vista, que las familias (entendiendo toda la diversidad de formas de convivencia) aparquen sus respon-

sabilidades en el cuidado, para nada. Pero, y el pero es importante, el cuidado no puede basarse en el altruismo obligatorio de las mujeres (altruismo, sí, porque donamos cuidados; obligatorio también, porque alguien lo ha de hacer, no podemos dejar de cuidar). Qué oxímoron, qué contradictorio: altruismo- obligatorio. Pues esto es lo que sucede en la práctica en las familias. Se trataría de garantizar que los cuidados en las familias sean una elección y no una necesidad.

Desfamiliarizar implica, por otro lado, profesionalizar los cuidados. ¿Hemos de seguir teniendo un sector ocupacional hiperfeminizado y precarizado? No es un accidente de la historia que mujeres marginalizadas (a menudo procedentes de la inmigración extranjera) sean quienes hacen posible la autonomía y el bienestar de las personas mayores o con discapacidad de nuestra sociedad (Buch, 2018). ¿Damos menos valor a estas vidas que hacen posible la vida de los demás? Después vuelvo sobre esto.

Profesionalizar los cuidados no significa necesariamente mercantilizarlos. Aquí ya hay cuestiones regulatorias importantes y apuestas políticas al respecto. ¿Qué implicación pública? ¿Qué papel se otorga al sector privado? ¿Qué papel a las empresas de economía social? En la actual situación, no lo puede hacer todo el sistema público, pero cuidar no puede ser un negocio que dé réditos a inversores. Se trataría de potenciar la economía social, porque, como indica la Estrategia Europea de Cuidados, “los agentes de la economía social aportan un valor añadido a la prestación de servicios asistenciales de alta calidad, debido a su enfoque centrado en las personas y la reinversión de los beneficios en su misión y en las comunidades locales”.

Tenemos también la necesidad de desfeminizar los cuidados. Se han de producir avances en el reparto de la carga de cuidados entre hombres y mujeres, y considero que no es solo una cuestión de justicia de género (que lo es), sino que es también una necesidad ante el incremento de las personas que necesitan apoyos y cuidados. Nuestra sociedad se ha transformado profundamente, hemos asumido la igualdad en derechos de hombres y mujeres y no es lógico que el sistema de cuidados sea ajeno a esta transformación.

En los hogares existe una fuerte concentración de los costes del cuidado, y tenemos la evidencia de que son las mujeres las que cuidan predominantemente en las familias. La colaboración masculina, que tiene amplia aceptación en el ámbito de la infancia, no está tan clara en el caso de los cuidados de larga duración. La mayoría de los hombres sólo asumen el cuidado si se trata del círculo más inmediato y no hay otras personas disponibles. Hemos de destacar, en todo caso, que se está incrementando el número de hombres mayores que cuidan de sus esposas también mayores, tal como se ha constatado, por ejemplo, en la ciudad de Barcelona (Julià, 2021). Esto sucede cuando se envejece en pareja y en edades muy avanzadas. En todo caso, ha de haber más hombres que cuiden en las familias, y los habrá por una simple cuestión demográfica.



Los trabajos remunerados de cuidados tienen también una elevadísima presencia de mujeres, que superan el 90% y es especialmente relevante en el servicio doméstico, donde las trabajadoras femeninas suponen el 98,3%. La segmentación según origen étnico es también importante. Son personas migrantes el 25,6% de las auxiliares de enfermería, el 49,2% de las cuidadoras a domicilio y el 62,2% de las empleadas de hogar. Son trabajos precarizados, con importante presencia de los contratos a tiempo parcial y de los contratos temporales (y fuerte irregularidad en el servicio doméstico). Todo ello ocasiona un importante déficit de personal, sobre todo en residencias y en cuidados domiciliarios. Hay también una elevada rotación, una fuga hacia otros sectores. Muchas trabajadoras se van de las residencias al sector sanitario porque se les paga mejor y, además, pueden desarrollar una carrera profesional de forma más clara.

Hay, por otra parte, las cuidadoras que son empleadas directamente en los hogares y que sostienen buena parte de la asistencia a la dependencia. No tiene sentido que haya diferencias en derechos y en condiciones laborales entre trabajadoras que hacen actividades similares por el hecho de que este trabajo se haga en espacios distintos. Hay que plantearse que las trabajadoras de asistencia domiciliaria, las trabajadoras de hogar y cuidados y las de asistencia personal se fusionen en una sola figura profesional (Comas-d'Argemir, Sancho y Zalakaín, 2022). Proponemos que esta figura se asimile a la de la Asistencia Personal, porque es la que tiene características más flexibles. La idea es que se proporcionen apoyos y cuidados desde la competencia profesional, la flexibilidad, las necesidades de la persona y su singularidad.

Y para ello necesitamos que los y las profesionales del cuidado tengan una buena formación, adaptada a lo que hoy se considera un buen cuidado. Tendría que haber más incentivos laborales en el sector, para que haya carreras profesionales, sobre todo entre las cuidadoras directas (gerocultoras, auxiliares de enfermería o de geriatría), que se quedan estancadas en su nivel laboral. Como los cuidados son cada vez más complejos, se necesita que las trabajadoras actualicen sus conocimientos y se especialicen. Encasillar a la gente, tener salarios bajos y no tener incentivos de carrera profesional, hace que estos trabajos no sean atractivos, y que no lo sean específicamente para los hombres.

Soy consciente de que todo esto requiere un esfuerzo en financiación, y de ahí la importancia del compromiso político y del compromiso social. Cada vez seremos más los que llegaremos a mayores y viviremos más tiempo con discapacidad. Por ello, necesitamos un sistema de financiación robusto, con recursos suficientes para abordar una cuestión que no sería exagerado calificar de civilizatoria, pues afecta a los derechos humanos de quienes necesitan apoyos y cuidados.

## 4. MIENTRAS TANTO

La pandemia nos ha obligado a reinventar e innovar. A entender la necesidad de respetar el deseo de que las personas puedan permanecer en su hogar cuando pierden la autonomía. A apostar por un cuidado de base local y comunitaria, y esto implica un giro importante en lo que ha sido el modelo existente, que ha sobrecargado a las familias y ha conducido hacia una institucionalización temprana y no deseada en residencias. Los beneficios del cuidado en el hogar y en la comunidad están comprobados y hacia esta dirección se dirige la estrategia de desinstitucionalización.

Me preocupa el mientras tanto, qué ocurre mientras no se implementan estos cuidados accesibles y asequibles y va avanzando la desinstitucionalización. Es cierto que se están generando iniciativas muy positivas en esta dirección. Podemos destacar las cooperativas de trabajadoras, las superislas sociales de Barcelona, las residencias organizadas en grupos de convivencia, el impulso de viviendas con servicios para personas mayores o los ecosistemas locales de cuidados que se están configurando en el País Vasco.

Algo se está moviendo, pero las voluntades políticas expresadas se ejecutan de forma insoportablemente lenta para quienes tienen problemas urgentes y necesitan respuestas urgentes: familias sobrecargadas con un fuerte sentimiento de abandono institucional, trabajadoras precarizadas que tres años después de estallar la pandemia y tras haber afrontado con máxima profesionalidad los peores momentos de la crisis, no perciben mejoras ni reconocimiento, etc. No es casualidad que después de la pandemia se haya producido una fuga de trabajadores de residencias (un 30% aproximadamente) hacia otros sectores.

¿Qué sucede en el “mientras tanto”? Mientras el cambio de relato no se traduzca en mejoras sustantivas en los cuidados, seguiremos disponiendo de un modelo que no es justo y que es insatisfactorio. Las situaciones de cuidado continúan siendo algo que cada uno (y cada una) resuelve como puede, de manera invisible, poco reconocida y poco valorada, con importantes impactos en la salud física, emocional, relacional y con importantes impactos económicos en las familias.

La Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2023) ofrece un panorama claro de la insuficiencia de recursos todavía hoy en la aplicación de la LAPAD, insistiendo en la persistencia de lo que se denomina el “Limbo de la Dependencia”, que incluye aquellas personas en lista de espera para que se valore su grado de dependencia, o que, teniéndolo reconocido, no accede a la prestación o servicio que le corresponde. Es significativo el elevado número de personas desatendidas en el año 2022: 309.000 (171.423 con derechos reconocidos de prestación, pero sin atención, a las que hay que sumar 131.810 pendientes de valoración), y esto a pesar de haberse aplicado el *Plan de Choque en Dependencia 2021-2023* impulsado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 que permitió disminuir las listas de espera, pero cuyos efectos se han visto

mitigados por la entrada constante de nuevas personas en el sistema. El tiempo de tramitación es de 344 días y durante 2022 fallecieron 45.360 personas en las listas de espera. Podemos comprobar que no solo las políticas públicas son débiles por los escasos servicios y prestaciones que ofrecen, sino porque, además, generan unas expectativas y demandas que no se ven cumplidas, siendo quienes necesitan apoyos y cuidados y sus familias quienes sufren las consecuencias de estas dilaciones. Los servicios sociales se encuentran así tensionados por unas demandas que superan su capacidad de resolución.

El cuidado como derecho es más importante que nunca. Estoy convencida de que una reconfiguración de los cuidados requiere de un pacto social y político, un pacto de Estado, para dar valor a lo que es realmente valioso: poder cuidar y ser cuidados en condiciones. Sin este pacto, las reconfiguraciones de los cuidados continuarán generando modelos insuficientes, insatisfactorios e injustos.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bettio, F., Simonazzi, A. y Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European social policy*, 16(3), 271-285.
- Buch, E. D. (2018). *Inequalities of Aging*. New York University Press.
- Comas-d'Argemir, D.; Sancho, M. y Zalakain, J. (2023) Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia. *Zerbitzuan*, 79:61-74.
- Comas-d'Argemir, D.; Legarreta-Iza, M. y García Sainz, C. (2022) Las residencias, en el epicentro de la crisis sanitaria. En Comas-d'Argemir, D. y Bofill-Poch, S. (Eds.). *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*. (pp. 257-311). Tirant Humanidades.
- Comisión Europea. (2022). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*. European Commission.
- Deusdad, B., Comas-d'Argemir, D. y Dziegielewski, S.F. (2016) Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Public Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2):246-262.
- Díaz-Veiga, P. y Sancho, M. (2022). La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57 (5), pp 247-249.
- Grabovschi, C., Loignon, C. y Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC health services research*, 13(1), 1-11.
- Julià, A. (2021). Factors associats als tipus de cures domiciliàries de les persones en situació de dependència funcional a Barcelona. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (22), 19-41.
- Martínez-Buján, R. (2011). "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1): 93-123.
- Martínez-Buján, R.; Jabbaz, M. y Soronellas, M. (2022) Envejecimiento y organización social del cuidado en España. ¿En qué contexto irrumpe la covid? En Comas-d'Argemir, D. y Bofill-Poch, S. (Eds.). *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*. (pp. 37-91). Tirant Humanidades.

- Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 (s.d.) *Estrategia estatal de desinstitucionalización. Para una buena vida en la comunidad.* <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es>
- Ministerio de Igualdad y Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 (s.d.) *Hoja de ruta: Estrategia Estatal de los cuidados.* <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos- sociales/docs/ estrategia-estatal-de-cuidados-v8.pdf>
- Pot, A.M., Rabheru, K. & Chew, M. (2023). Person-Centered Long-Term Care for Older Persons: A New Lancet Commission. *Lancet*. May 27; 401 (10390), pp 1754-1755.
- Rodríguez Cabrero, G. (2016). La gran depresión y su impacto en las políticas sociales. *Revista Española del Tercer Sector*, 33, pp 17-46.
- Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29 (1), pp 13-42.
- Rodríguez Cabrero, G. (2019). Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI. *Ekonomiaz*, 96, 2º semestre.
- Rodríguez Rodríguez, P. y Gonzalo Giménez, E. (2022). COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. *Gaceta Sanitaria*, 36, 270-273.
- Sancho, M. y Martínez, T. (2021). El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la Covid-19. *Informe España 2021*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino.
- Saraceno, C. (2010). Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-Generational Perspective. *Journal of European Social Policy*, 20 (1), pp 32-44.
- Soronellas-Masdeu, M.; Chirinos, C.; Alonso, N. y Comas-d'Argemir, D. (2022). Hombres, cuidados y ancianidad: un bricolaje de ayudas, un mosaico de recursos de cuidados, En Pérez Castro, A.B.; Contreras, R. y Contreras, J.I. (Ed.) *Ganarse la vida. La reproducción social en el mundo contemporáneo*. (pp. 209-235). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Soronellas-Masdeu, M., Gregorio Gil, C. & Jabbaz Churba, M. (2022). ¡Apáñatelas como puedas! Dilemas morales en el cuidado familiar de personas mayores y dependientes durante la pandemia. *Disparidades. Revista de Antropología*, 77 (1), e001b.

