

# /08

## Autonomía y dependencia

### Índice



#### 0. Introducción.

1. Los cuidados de larga duración. Cómo enfocarlos y qué aprender de las políticas europeas.
2. El balance desigual del desarrollo de la ley de la dependencia española: 2006-2021.
3. Mirando al año 2030 y más allá. Construyendo la autonomía de las personas en su comunidad.
4. Bibliografía.

#### Autor:

**Gregorio Rodríguez Cabrero.**

Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares (UAH), Madrid.

# 0. INTRODUCCIÓN.

**Gregorio Rodríguez Cabrero.**

Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares (UAH), Madrid.

---

os Cuidados de Larga Duración (CLD) son hoy una de las políticas centrales del Estado de Bienestar en la UE. Su desarrollo es un desafío en las tres próximas décadas. Es una política central tanto por la creciente población a la que se dirigen, como por la variedad de actores implicados en su desarrollo (personas beneficiarias, cuidadoras profesionales e informales, diversidad de proveedores de servicios y asociaciones de afectados y profesionales). Al mismo tiempo, los CLD constituyen un desafío de futuro sobre cómo organizarlos y financiarlos. Pero también, y sobre todo, por las profundas interrelaciones que tiene con la creciente longevidad y los retos que supone avanzar hacia una sociedad en la que los cuidados deben enmarcarse dentro de la lógica de un envejecimiento activo apoyado en una renovada solidaridad intergeneracional.

Para analizar la complejidad social de los cuidados destacamos, en primer lugar, la importancia de desarrollar un enfoque integral de los cuidados, de los que forman parte los CLD, en el que se sitúan los debates y políticas en los países de la UE. En segundo lugar, de manera inevitablemente sintética, analizamos el desarrollo del sistema de CLD en España, cuando se cumplen 15 años de la aprobación de la ley<sup>1</sup>, sus logros y sus déficits. Finalmente, reflexionamos sobre cómo renovar y perfeccionar los CLD en los años venideros, a medio (2030) y largo plazo (2050). Reflexión que será necesariamente limitada, pero cuyo objetivo es contribuir al debate científico y social sobre qué, cómo y dónde cuidarnos.



---

1 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

## 1.

## Los cuidados de larga duración. Cómo enfocarlos y qué aprender de las políticas europeas.

**D**espués de más de tres décadas de desarrollo de políticas y programas de CLD en los países miembros de la UE, aunque de manera desigual, se pueden destacar algunas evidencias:

- Que los cuidados, que estaban reducidos a la responsabilidad de la esfera familiar y al cargo “naturalizado” de las mujeres, forman parte creciente de la gestión de un riesgo social reconocido y gestionado por los poderes públicos.
- Que dada su complejidad, el desarrollo de los CLD conlleva modos de prevención y atención por parte de diferentes actores públicos (que ya lo hacían previamente vía asistencial, en el nivel contributivo de la Seguridad social y por parte del sistema público sanitario) y privados (primero a través del sector no lucrativo y, posteriormente también, del sector mercantil y la economía social).
- Que los cuidados informales siguen teniendo una importancia central dentro de los CLD, tanto en términos de cantidad, como por el peso significativo que tiene en términos de “ley familiar”, tanto escrita, como sobre todo moral, cuyo cumplimiento recae predominantemente sobre las mujeres.
- Que la experiencia de la aplicación de los modelos públicos de CLD durante los últimos treinta años ha conducido a situar la autonomía de las personas en el centro de los cuidados y con ella su participación activa, en paralelo a nuevas concepciones del envejecimiento que destacan la posición activa de las personas mayores y personas con discapacidad, así como nuevas formas de concebir los cuidados a lo largo de todo el ciclo vital.

Las políticas de CLD han superado o están superando la atención asistencial o residual e implantando programas de cobertura universal basadas en el derecho subjetivo. Este avance no supone su plena consecución, sino el inicio de un largo camino de perfeccionamiento de los programas de cuidados en base a

la centralidad de las personas, la calidad de la atención, la calidad del trabajo profesional, la mejora de los cuidados a los cuidadores informales, la coordinación/integración de servicios y prestaciones y una orientación general de los cuidados hacia la atención en el hogar y bajos entornos comunitarios acogedores. Esto implica que, además de los problemas de cobertura, es necesario resolver, sobre todo, los referentes a la asequibilidad, calidad de los cuidados y el lugar central de las personas beneficiarias.

La aplicación de los programas y políticas de CLD ha significado un avance en varios frentes sociales e institucionales, que ni son uniformes ni pueden ser interpretados del mismo modo. Por ello, con carácter previo al análisis del Servicio para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), destacamos a continuación los rasgos que en la actualidad definen a los CLD en su más amplio sentido: complejidad, reparto de la carga de cuidados, centralidad de las personas afectadas e inversión social.

El primero es la transición desde una visión familista y asistencial del riesgo, a otra de socialización del riesgo o, mejor, a una visión compartida del riesgo y de los cuidados. La tensión entre una mayor o menor acción pública es constante en los actuales modelos de CLD. En la práctica, las políticas públicas tienen un protagonismo central en la regulación y planificación (está suele ser a nivel regional, autonómico en el caso de España) de los cuidados y un peso creciente en su financiación, pero cuyo desarrollo depende de la articulación de distintas responsabilidades en los cuidados en el que intervienen las personas afectadas, los hogares, el Estado y la sociedad civil). Un sistema caracterizado por la complejidad en la que



se produce modos de cooperación entre actores, pero también tensiones y conflictos en torno a los recursos disponibles y a los modos de gestión del riesgo. Los equilibrios entre la socialización y la privatización del riesgo son inevitables, lo cual depende del tipo de régimen de bienestar o, si se prefiere, de cómo se conciba la economía política de los cuidados (Gálvez Muñoz, 2016; Ranci y Pavolini, 2013).

En segundo lugar, la carga de los cuidados informales, hasta recientemente ni reconocidos ni compensados, ha contribuido no sólo a destacar el papel de la mujer cuidadora, en muchos casos con doble jornada laboral y de cuidado informal, sino a la crisis de este modelo y el paso progresivo y desigual hacia modelos de reparto de la carga de los cuidados en los hogares (de niños, de jóvenes, de enfermos, de personas en situación de dependencia) y al mismo tiempo al desarrollo de formas de conciliación bajo la forma de permisos y licencias. Un desarrollo en el que caben interpretaciones (Carrasco et al, 2011; Durán Heras, 2015; Tobio et al, 2010) que van desde el reconocimiento institucional de la carga de los cuidados hasta la consideración de que la conciliación sigue apoyando y reforzando la estructura moral de los cuidados tradicionales (Saraceno, 2004).

## Las personas cuidadas están dejando de ser tuteladas y se constituyen en el núcleo decisorio de la organización de los cuidados.

En tercer lugar, en la aplicación de las leyes de dependencia o programas de CLD predomina la lógica administrativa y el uso de protocolos, necesarios por otra parte, para gestionar el reconocimiento de las situaciones de dependencia y el posterior acceso a las prestaciones y servicios, así como su seguimiento y evaluación. La voz del cuidador o cuidadora se ha abierto paso con relativa rapidez y con ello el reconocimiento de prestaciones de apoyo (monetarias y licencias para el cuidado). Sin embargo, la voz de las personas cuidadas ha estado hasta recientemente supeditada a la decisión profesional en conjunción con la responsabilidad familiar. Es ahora cuando ha empezado a ser un factor central en la toma de decisiones sobre el lugar y modo de cuidar. Las personas cuidadas están dejando de ser tuteladas, excep-

to en las inevitables situaciones de incapacidad cognitiva, y se constituyen en el núcleo decisorio de la organización de los cuidados. La atención integral y centrada en la persona y el logro de la autonomía personal es el núcleo central de los cuidados. Así es como lo contempla la ONU (derechos de las personas con discapacidad<sup>2</sup>) y el Pilar Europeo de Derechos Sociales (PEDS<sup>3</sup>).

Finalmente, a un nivel general, los CLD son considerados como una inversión social, tanto en desarrollo económico general (Díaz y García, 2015) como en capital humano (De la Porte y Natali, 2018; Guillén y Luque, 2019; Rodríguez Cabrero et al, 2016; Rodríguez Cabrero, 2018), del mismo modo, que los cuidados en la infancia, siendo el acceso a servicios sanitarios y sociales una de sus principales herramientas, junto a la capacidad de creación de capital social (evitación del aislamiento y la soledad no deseada, creación de una comunidad amigable y ampliación en general de la solidaridad intergeneracional).

Estos rasgos definitorios generales de los actuales CLD suponen que las políticas públicas estén orientándose hacia un enfoque integral de los cuidados, centrado en las personas, dirigidos al desarrollo de la autonomía personal en comunidad y, al mismo tiempo, se destaque el valor social y económico de los cuidados informales a lo largo de toda la estructura social.



- 2 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006): los principios de la Convención son el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- 3 Pilar Europeo de Derechos Sociales (2017). Principio 18 sobre CLD de calidad orientados sobre todo a reforzar los cuidados en el domicilio y en la comunidad: "Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios".



Este enfoque de los CLD es compartido actualmente, aunque de manera desigual, por los Estados miembros de la UE. A pesar de su gran diversidad entre los diferentes regímenes de bienestar (Montserrat Codorniu, 2019; Rodríguez Cabrero, 2019) cabe destacar un cierto común denominador promovido por las comunicaciones y recomendaciones de la Comisión Europea, del Parlamento Europeo y el Comité de Protección Social y favorecido por el aprendizaje mutuo entre los países de sus mejores prácticas de intervención social (convergencia cognitiva a través del llamado Método Abierto de Coordinación). Los *Ageing Report* (European Commission, 2014, 2015, 2016 y 2018) estiman que la población de personas dependientes mayor de 65 años se incrementará de 42 a 52 millones y que la población de beneficiarios igualmente se incrementará de 19,5 millones de personas a 32,5 millones entre 2016 y 2070. En 2019 el 30.9% de las personas con 65 y más años que viven en su casa necesitan CLD (37,2% en el quintil más bajo de renta y 22,4% en el quintil más alto de renta) (European Commission y Social Protection Committee, 2021). Además del análisis del coste, estos informes destacan la necesidad de combinación entre los cuidados formales (servicios y prestaciones) e informales (con apoyos) y la prioridad de los cuidados domiciliarios y comunitarios frente a los residenciales en línea con el principio 18 del PEDS, antes mencionado.

Un rasgo relativamente común de los modelos nacionales europeos es, además de su regulación pública, la financiación mixta (gasto público y copagos) de prestaciones monetarias y servicios y provisión mixta de servicios. Los problemas de financiación<sup>4</sup> se entrelazan con las distintas visiones sobre los modos de cuidados y tradiciones culturales e institucionales.



<sup>4</sup> Se estima por la Comisión Europea que el gasto público en CLD crecerá en promedio hasta situarse en 2060 en el 2,7%, un crecimiento del 68% entre este año y 2013. En el caso de España las estimaciones para este escenario de referencia son de un gasto del 1% del PIB en 2013 y 2,4% en 2060, es decir, un crecimiento del gasto público del 140% (European Commission, 2015).

La elección mayoritaria de las personas en situación de dependencia en favor de vivir en su casa hasta donde sea posible y el hecho de ser más coste-efectivos, bajo condiciones dadas, han potenciado la atención domiciliaria (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y servicios de apoyo y acompañamiento) y comunitaria (centros de día y de noche, pisos protegidos y otras formas de cohousing) en detrimento de las residencias. La respuesta a las situaciones de dependencia grave es preferible en el ámbito residencial o en módulos de atención socio-sanitaria especializada, aunque no siempre.

Como consecuencia, la tendencia hacia la desinstitucionalización se está consolidando en los CLD. Sin embargo, los riesgos de refeminización de los CLD bajo este modelo tendencial son señalados por los expertos, lo que afectaría sobre todo al segmento de mujeres en situación de paro o que son inactivas (Saraceno, 2004; Bouget et al, 2017). La desinstitucionalización requiere una adecuada inversión en recursos domiciliarios y comunitarios, mejoras del apoyo al cuidador informal en cuanto a conciliación y respiro, así como un rol central de la persona en situación de dependencia en la organización de sus cuidados y en la forma de relacionarse con la cadena de profesionales y servicios. Este es el reto que plantean a los gobiernos europeos la Comisión Europea y el Comité de Protección Social (*European Commission y Social Protection Committee, 2021*).

## 2.

### El balance desigual del desarrollo de la ley de la dependencia española: 2006-2021.

La ley de la dependencia (LAPAD) y el inicio de la aplicación del SAAD de España cumple en diciembre de 2021 quince años desde su aprobación en diciembre de 2006, precedida por un Libro Blanco (IMSERSO, 2004). La LAPAD fue una ley pionera en el sur de Europa, fruto de un amplio apoyo científico, social y profesional, lo que favoreció un amplio consenso parlamentario. Sobre su naturaleza institucional, estructura, funciones y primer desarrollo existe una amplia literatura (a modo indicativo, no exhaustivo, cabe mencionar: Abellán et al, 2017; Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (ADGSS): ver Dictámenes I-XXI, 2009-2021); Casado, Fantova y Vilá, 2019; Cobo Gálvez, 2009; Comisión de Expertos, 2009; Comisiones

Obreras, 2017; Díaz y García, 2015; Gómez et al, 2012; Herce et al., 2006; Huete et al, 2020; IMSERSO 2004 y 2011; Jiménez Lara, 2014 y 2015; Jiménez Martín y Viola, 2019; Marbán Gallego, 2019; Marbán y Rodríguez Cabrero, 2017 Montserrat Codorniu, 2015 a y b, 2919; Oliva, 2014; Olviva et al, 2015; Rodríguez Cabrero y Marbán, 2013 y 2020; Rodríguez Cabrero et al., 2018; Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2011; Rodríguez Cabrero et al., 2018; SEGG, 2017).

La LAPAD es una ley de cobertura universal, basada en el derecho subjetivo a la protección de las diferentes situaciones de dependencia, con una gobernanza compartida entre la Administración General del Estado (AGE) y las Comunidades Autónomas (CCAA) y con un compromiso financiero inicial muy elevado para facilitar la primera fase de su implementación. Esta ley no sólo reordena y racionaliza todos los recursos y programas existentes en la Seguridad Social y en el sistema asistencial territorial, lo que ya de por sí es un paso positivo sino que, además, crea una estructura nueva de protección o sistema (SAAD) como materialización de una filosofía muy concreta basada en la atención integral, autonomía de la persona, prevención de la dependencia, diferenciación de situaciones de dependencia por grados, acreditación y calidad de centros y prestaciones sociales y una participación amplia de actores institucionales (gobierno multinivel), sociales (asociaciones de afectados, organizaciones profesionales, sindicatos y organizaciones empresariales y económicos (sector no lucrativo, economía social y empresas mercantiles).



A fecha 31 de diciembre de 2020 el volumen de personas con dependencia reconocida es de 1.356.473 personas, de los que el 82,8% son beneficiarios efectivos, es decir, que están recibiendo algún tipo de prestación. Algo más del 70% son personas mayores de 65 años y algo más del 50% de este colectivo tienen 80 y más años. La lista de espera de las personas con la dependencia reconocida que están esperando acceder a una prestación en dinero o servicios era en ese momento del 17,1%, casi uno de cada cinco personas reconocidas (232.243 personas) a los que hay que sumar 141.556 personas pendientes de valoración. El dato inicial es, por tanto, positivo en cuanto al crecimiento de la población reconocida como dependiente, aunque la cobertura no alcanza las previsiones del Libro Blanco.

El SAAD arrastra un lastre permanente, ampliamente reconocido, visible sobre todo a partir de 2009-2010, precisamente cuando se empieza a estabilizar el SAAD: el desequilibrio existente entre población dependiente reconocida y la población beneficiaria. Así, lo atestigua el SISAAD (base de información estadística del IMSERSO) y los informes y dictámenes anuales del Observatorio de la Dependencia de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Social (AEDGSS)<sup>5</sup>. El último dictamen de esta asociación (2021) proporciona algunos indicadores que nos proporcionan la medida de los problemas de gestión, de baja intensidad protectora y desigualdades territoriales, que son crónicos en el SAAD, agudizados por las políticas de ajuste aplicadas en 2012. Así, el tiempo medio de tramitación de una solicitud hasta su acceso a una prestación supone una espera de 430 días, con amplias diferencias entre CCAA. La prestación vinculada a un servicio, normalmente el residencial, es de media 447 euros mensuales, por lo que la distancia con el precio efectivamente pagado es muy elevada (<sup>6</sup>). La prestación económica por cuidados familiares (PECF) es de 306 euros mensuales<sup>7</sup>. La intensidad protectora del servicio de ayuda a domicilio (SAD) para el grado más elevado de dependencia no llega a las dos horas diarias<sup>8</sup>. Las diferencias entre CCAA en cuanto al copago y su inequidad han sido ampliamente estudiados dentro del análisis de su sostenibilidad (Montserrat Codorniu, 2019).

Aunque la LAPAD da prioridad a la prestación de servicios frente a las de tipo monetario, en su primera etapa de desarrollo estas

últimas tuvieron un mayor peso debido a su bajo coste y relativa sencilla gestión en comparación con la inversión y gestión en servicios, además de la existencia de una deficiente y desigual red de servicios domiciliarios (SAD) y comunitarios (centros de día y de noche), que con el tiempo ha ido extendiéndose.

Desde sus inicios la implementación del SAAD se ha enfrentado a tres problemas: la gobernanza del sistema, la sostenibilidad financiera y la medida de su calidad e impacto. Los dos primeros fueron prio-

---

**Una de cada cinco personas dependientes están en lista de espera para acceder a una prestación pública económica o de servicios.**

ritarios desde el primer momento de aplicarse la ley ya que, por una parte, era necesario establecer un sólido gobierno de cooperación entre la AGE y las CCAA a la vez que integrar el SAAD en el sistema de servicios sociales autonómico y local y, por otra parte, garantizar una financiación del SAAD sobre la que existió confusión y amplio disenso en sus inicios sobre el reparto de la carga financiera.

5 La AEDGSS publicó su primer dictamen o informe en 2008 y el último en 2021.

6 Esta prestación es percibida por casi el 11% de los beneficiarios.

7 Esta prestación la reciben el 31,6% de los beneficiarios. Es la prestación del SAAD aún predominante, aunque el conjunto de los servicios (residenciales, domiciliarios y comunitarios) suponen, a finales de 2020, el 57% de todas las prestaciones.

8 El SAD lo reciben el 17,8% de los beneficiarios.



La crisis financiera y económica de 2008 y sus efectos de intenso ajuste del gasto público a partir de 2011 supusieron un freno a la expansión del SAAD que, a partir de julio de 2012, se tradujo en su congelación y regresión<sup>9</sup>. La literatura ha analizado este impacto desde las diferentes disciplinas (Parada Moraga y Borge González, 2015; Gómez et al, 2012; Martínez Jujan y Martínez Vito, 2015; Montserrat Codorniu, 2015, b; Oliva, 2014) y con una amplia perspectiva temporal desde instituciones públicas (como es el informe del CES en 2020).

La incompatibilidad entre servicios y prestaciones económicas, la eliminación del convenio con la Seguridad Social de los cuidadores del entorno familiar (que tienen que asumir su coste) y, en general, la reducción de la intensidad protectora de todas las prestaciones supone que el recorte acumulado (a pesar de la posterior recuperación de la senda de crecimiento del SAAD) entre 2012 y 2020 se estime en 6.321 millones de euros (Asociación de Directores y Gerentes, 2019 y 2020). Aunque la medida del peso del gasto público sobre el PIB sea relativa y no se consideren otros factores, lo cierto es que el gasto en dependencia

## El impacto de la Covid-19 ha reabierto el debate sobre dónde y cómo vivir en situación de dependencia.

sobre esta magnitud se estanca durante estos años en torno al 0,7%. Igualmente se estima en 138.000 los empleos no generados durante este período como consecuencia de los ajustes en el gasto público. La distribución del gasto en dependencia permite ver que los copagos son casi tan altos como la aportación del Estado. Según la ADGSS dicha distribución es la siguiente: la AGE aporta el 20,6%, las CCAA el 64,3% y los usuarios el 15,1%.

Las políticas de ajuste fiscal aplicadas entre mediados de 2011 y finales de 2015 no sólo agudizaron los problemas de gobernanza (desigual cooperación interadministrativa) y de financiación (eliminación de la financiación conveniada y elevados copagos), sino que también lastraron la resolución de problemas que afectan a la calidad de la atención. Entre estos hay que destacar la deficitaria coordinación sociosanitaria, la temporalidad y parcialidad del empleo creado, así como los déficits formativos (sobre todo el domiciliario), la persistencia de las listas de espera para la evaluación de la situación de dependencia y, sobre todo, de espera al acceso efectivo de las prestaciones y servicios. Racionamiento, desplazamiento del coste hacia las CCAA y los hogares y parálisis en la inversión pública son algunos de sus efectos más destacados. El SAAD prácticamente queda en suspenso durante tres años a pesar de algunas mejoras dirigidas a reforzar los servicios y la calidad de los mismos o la extensión de la prestación económica de asistencia personal.

A partir de 2015 se inicia la salida de la crisis del SAAD con la extensión de la protección al grado I. Se produce una reacción asociativa y por parte de los partidos políticos en favor de un nuevo impulso del SAAD, finalmente plasmado en un Pacto de Estado por la Dependencia en

9 El RDL 20/2012, de 13 de julio no sólo reduce intensamente el gasto público en dependencia, reduciendo la cuantía de las prestaciones, sino que aumenta el copago hasta topes del 90% y demora hasta julio de 2015 la incorporación de la población con grado moderado, en su nivel más bajo.





diciembre de 2016. En este nuevo contexto, la Conferencia de Presidentes de las CCAA creó en febrero de 2017 una Comisión de estudio del SAAD para evaluar su situación y necesidades de inversión social (Marbán Gallego, 2019). El objetivo era recuperar una demanda desanimada por los elevados copagos y largas listas de espera para la valoración de la dependencia y posterior acceso efectivo a las prestaciones sociales. Estas últimas apenas se redujeron, aunque se recuperaron medidas como la financiación de las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores del entorno familiar<sup>10</sup>.

Al mismo tiempo la demanda social se está orientando progresivamente hacia la atención domiciliaria y comunitaria en detrimento de los servicios residenciales. Si el ritmo de este cambio no es más rápido es porque la inversión en este tipo de servicios camina por detrás de la demanda.

El desarrollo desigual del SAAD en las CCAA en cuanto al esfuerzo en inversión pública, el desarrollo de los servicios y las diferencias en los copagos, permiten sostener la idea de que, si bien resulta arriesgado hablar de 17 modelos de SAAD, ya que tienen un común denominador

normativo y garantía de nivel mínimo de financiación y acreditación mínima de servicios, sí puede hablarse de diferentes grados de desarrollo y de sostenibilidad, tal como se evidencia en la investigación social en el análisis de los copagos (Montserrat Codorniu, 2015 a y 2019; Prada Moraga y Borge González, 2015; Jiménez Martín y Viola, 2017; Del Pozo, Pardo y Escribano, 2017; ADGSS, 2019, 2020 y 2021). Ciertamente, la sostenibilidad del SAAD no solo depende de la cuantía de los recursos públicos sino también de los compromisos institucionales (eficacia de la gobernanza) y de los modos de organización y gestión del SAAD (<sup>11</sup>).

En todo caso debe tenerse en cuenta que los evidentes déficits del SAAD a lo largo de quince años no pueden negar la evidencia de que su implementación es un hecho positivo en el desarrollo del derecho social a la atención de las personas en situación de dependencia (Huete et al, 2020)

El relanzamiento del SAAD queda interrumpido por la crisis de la Covid-19 que no sólo afecta a la personas mayores que viven en residencias (Marbán Gallego et al, 2021; Defensor del Pueblo, 2020; Del Pino et al, 2020, Médicos sin Fronteras, 2020; Rodríguez Rodríguez, 2021), sino también a la población que estaba pendiente de recibir la resolución de valoración de la dependencia o esperando acceder a la prestación, parte de la cual fallece durante la primera ola de la pandemia (marzo-junio de 2020) (<sup>12</sup>). El impacto de la Covid-19 no sólo cuestiona el modelo residencial en su conjunto o, mejor, sus actuales deficiencias en términos sociosanitarios, que deben y pueden ser subsanadas, sino que también ha reabierto el debate sobre dónde y cómo vivir en situación de dependencia. Como hemos señalado en la sección anterior, las residencias son un recurso necesario para determinadas dependencias y en contextos muy determinados. Los problemas añadidos de aislamiento y soledad no deseada que se han evidenciado durante las primeras olas de la pandemia (también viviendo en casa), conducen a definir nuevos modos de vivir en entornos amigables que cubran las diferentes necesidades instrumentales, sociosanitarias y afectivas que necesitan satisfacer las personas que padecen dependencias. La crisis de reputación de las residencias ha señalado la vía hacia una amplia reestructuración del modelo actual en la que la ubicación, el tamaño, los recursos humanos necesarios y la coordinación sociosanitaria



10 Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

11 Por ejemplo, hay CCAA cuya cobertura triplica (Castilla y León) a otras (caso de Canarias). O CCAA cuyas listas de espera de beneficiarios reconocidos para acceder a una prestación es del 2% (Castilla y León) y en otras el 33% (Cataluña).

12 Durante la primera ola de la pandemia – marzo-junio de 2020 – falleció el 6% de las personas que vivían en residencias (cerca de la mitad de todas las personas fallecidas).

sean redefinidos. Aunque la población residente suele ser muy envejecida y padece una gran morbilidad, todo indica que su voz tiene que tener una centralidad que hasta ahora no ha tenido.

Pero mientras se produce la transformación del actual modelo residencial es necesario aplicar mejoras, entre ellas: incrementar el número de profesionales de atención directa en residencias para alcanzar la ratio previsto en el Acuerdo del Consejo Territorial de 2008 y, sobre todo, mejorar las condiciones laborales y salariales del personal de atención directa de las residencias<sup>13</sup>.

El Plan de Choque en Dependencia para el trienio 2021-2023, aprobado en enero de 2021 con el consenso de los actores sociales e institucionales, implica un esfuerzo financiero, con recursos del Fondo de Recuperación y Resiliencia<sup>(14)</sup>, además de recursos propios, que están dirigidos a recuperar parte de la inversión social perdida durante parte de la pasada década. Una inversión que vendrá acompañada necesariamente de reformas en cuanto a la calidad asistencial y de los recursos humanos al mismo tiempo que el reforzamiento de los cuidados en el domicilio y en la comunidad. Los cambios en el mercado de trabajo de los servicios sociales para la dependencia implican la mejora de las condiciones de trabajo y la recualificación de la fuerza de trabajo (Martín-Serrano, 2014; SEGG, 2018; Montserrat Codorniu, 2021 a y b). El crecimiento del empleo asociado al desarrollo del SAAD no es suficiente si no viene acompañado de una mejora de su calidad, al mismo tiempo que se refuerza el apoyo a los cuidadores no profesionales (en formación y servicios de respiro) y se promueve el reparto de la carga de los cuidados en el seno de los hogares.

El SAAD adolece, como señala la evidencia de la literatura aquí mencionada, de problemas crónicos en cuanto a gobernanza, calidad de los servicios y del empleo, financiación insuficiente y desequilibrios territoriales en cobertura e intensidad protectora. Su solución requerirá tiempo y una nueva filosofía de diseño de las políticas y de su evaluación. También será necesario mejorar la transparencia tanto de las CCAA (diferenciando en sus cuentas

los ingresos de los gastos de atención a la dependencia y dentro de los primeros la separación de los ingresos de la AGE de los copagos) como de los proveedores que conciertan servicios de atención a la dependencia que atienden a usuarios públicos y privados). Una ruta de perfeccionamiento y reforzamiento institucional y económico que depende del compromiso de los actores políticos y sociales.

## Una sociedad longeva exige combinar políticas de prevención sanitaria todas las edades y promover formas de vida independiente, activa y de autocuidado.

Una sociedad crecientemente longeva como la española (Pérez Díaz et al, 2020) exigirá combinar políticas de prevención de la salud en todas las edades, promover formas de vida independiente,

activa y basada en el autocuidado y en la extensión de la actividad, combinaciones flexibles de servicios y prestaciones monetarias, hacer de la calidad y la innovación objetivos prioritarios y avances hacia un reparto más equilibrado de los cuidados informales en el seno de los hogares entre mujeres y hombres, con el apoyo de políticas de conciliación del empleo y los cuidados. Este objetivo general es el que analizamos a continuación.

13 Según los análisis de Julia Montserrat Codorniu (2021, b), el 75% del personal está incluido en las categorías profesionales bajas de la Seguridad Social, cuyos sueldos netos no llegan a los 1.000 euros mes.

14 El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia: la política palanca VIII "Nueva economía de los cuidados y política de empleo" incluye el llamado componente 22: plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión. Aquí destaca la línea de inversión 22.I.1: "Desinstitucionalización, equipamientos y tecnología" (proyectos pilotos para transitar de los servicios institucionales a los basados en la comunidad).



## 3.

## Mirando al año 2030 y más allá. Construyendo la autonomía de las personas en su comunidad.

Del análisis precedente se deducen tres conclusiones:

- La LAPAD ha sido un avance en el desarrollo del Estado de Bienestar en España y, en concreto, en la racionalización y expansión del sistema público de CLD.
- Este avance ha sido desigual y sometido a una crisis de supervivencia por causa de las políticas de ajuste financiero aplicadas entre 2012 y 2015, a la que contribuyeron la inmadurez de su desarrollo inicial y una gobernanza de baja coordinación y desigual confianza institucional entre la AGE y las CCAA.
- Finalmente, la LAPAD tiene el reto de avanzar hacia el perfeccionamiento de sus objetivos, contando actualmente con un renovado consenso y nuevos compromisos financieros, pero además con un reforzado marco de conocimiento y práctica profesional, fruto del debate y la experiencia, que están reorientando los CLD en dos direcciones complementarias: centrados en las personas e integrados dentro de una concepción intergeneracional de los cuidados.

En relación con este complejo reto los CLD tienen que dar respuesta a dos preguntas: a) dónde y cómo desean las personas en situación de dependencia ser cuidadas, siendo ellas el centro del diseño de sus cuidados; b) qué estamos dispuestos a invertir como sociedad en los cuidados dentro de una lógica de una solidaridad intergeneracional y de igualdad de género.

Uno de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de la agenda 2030 de la ONU es “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. Es un objetivo preventivo de la dependencia funcional, a la vez que un compromiso para construir solidariamente el bienestar entre las generaciones de una sociedad. Aunque no hace referencia explícita a la atención

de la dependencia, queda claramente señalado el objetivo del logro del bienestar común. De manera explícita la Estrategia nacional de largo plazo “España 2050” (Gobierno de España, 2021) señala como un desafío de largo plazo cómo “Preparar nuestro Estado de Bienestar para una sociedad más longeva”, abordando conjuntamente, junto a la atención sanitaria y las pensiones, el mercado de trabajo de las personas mayores y la organización de los CLD en una sociedad que, si nada cambia, tendrá un volumen muy elevado de personas mayores dependientes con necesidad de cuidados, formales e informales.

La respuesta a ambos interrogantes requerirá debates en profundidad antes de alcanzar acuerdos institucionales y sociales. En ambos están comprometidos la casi totalidad de los actores sociales e institucionales, además de los hogares y sus cuidadores, en su gran mayoría mujeres. Será necesario seguir reforzando el papel del sector público, centrar las políticas en la atención elegida por las personas, con el hogar como preferencia, contando con su protagonismo, y promoviendo el reparto de los cuidados informales en el seno de los hogares, a la vez que mejorando los entornos comunitarios y sus recursos de apoyo a los cuidados.

Las opciones propuestas – la personalización de los cuidados, el reparto de la carga de los cuidados informales y la comunitarización de los entornos –, están condicionadas por la senda histórica de nuestro Estado de Bienestar y su relativa baja capacidad de inversión social. Pero también están apoyadas por las nuevas demandas sociales de cuidados, las buenas prácticas de cuidados existentes



## La flexibilidad, cooperación y complementariedad entre actores y recursos es el camino efectivo en la respuesta integral a las necesidades de CLD.

y la influencia de las experiencias europeas más avanzadas en CLD en la búsqueda de los cuidados más coste-efectivos. La Covid -19 ha evidenciado trágicamente los déficits del SAAD y, en general, del conjunto del sistema de cuidados formal e informal existente en España. En 2020 se han puesto de manifiesto, una vez más, los límites del actual modelo residencial, la insuficiencia de la oferta de servicios domiciliarios y comunitarios y la sobrecarga que la pandemia ha supuesto sobre las mujeres en los cuidados en el seno de los hogares.

Dada la complejidad social e institucional de la orientación y organización de los cuidados, sobre todo los CLD, no parece posible un solo modelo de cuidados, sino un marco general cognitivo e institucional en base al cual se desarrollen flexiblemente las diferentes respuestas territoriales, siendo la AGE el instrumento básico de regulación y ordenación, garante de la igualdad y de la cohesión territorial, tal como está regulado en la LAPAD. Las CCAA planifican y gestionan el SAAD con el apoyo de las Corporaciones Locales (CCLL), en cooperación con la economía social, el TSAS, las empresas y asociaciones de afectados y de profesionales y la sociedad civil organizada. La flexibilidad, cooperación y complementariedad entre actores y recursos se ha demostrado ser un camino efectivo en la respuesta integral a las necesidades de CLD.

Pero sin duda la clave en el desarrollo de los CLD y en el perfeccionamiento del SAAD reside en cómo se conciben los cuidados. Los debates actuales refuerzan la idea fuerte de que deben ser concebidos en la actualidad como una actividad social intergeneracional, en la que los afectados tienen un rol central – cuidados centrados en las personas –, se definen como integrales – es decir, cubren las diferentes necesidades de las personas (no sólo las instrumentales, sino también las psicosociales y sanitarias) y se organizan preferentemente donde vive la persona y su entorno (Del Barrio y Sancho Castiello, 2016). El desarrollo del principio 18 del PEDS, antes mencionado, permite reforzar un derecho social que en la mayoría de los países de la UE es aún un derecho “débil” en términos de asequibilidad, adaptabilidad y calidad. Los principios que deben orientar los CLD cuentan ya con un amplio consenso<sup>15</sup>, pero su práctica es muy desigual entre los países miembros y también desigual entre los territorios y regiones de cada país.

No es necesario destacar que la mayoría de las personas prefieren vivir en su casa. Sólo el 4,5% de las personas mayores de 65 años vive en residencias, en su inmensa mayoría personas con 80 y más años (Abellán et al, 2020). El impacto de



15 Principios como son los de CLD basados en los derechos humanos, cobertura universal, disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios y prestaciones, centralidad de las personas y atención integral, igualdad de género, participación de las personas en sus cuidados como actores cuidados, que se cuidan y cuidan, condiciones decentes de trabajo de los profesionales, gobernanza cooperativa, transparencia, valoración de resultados y difusión de las mejores prácticas.

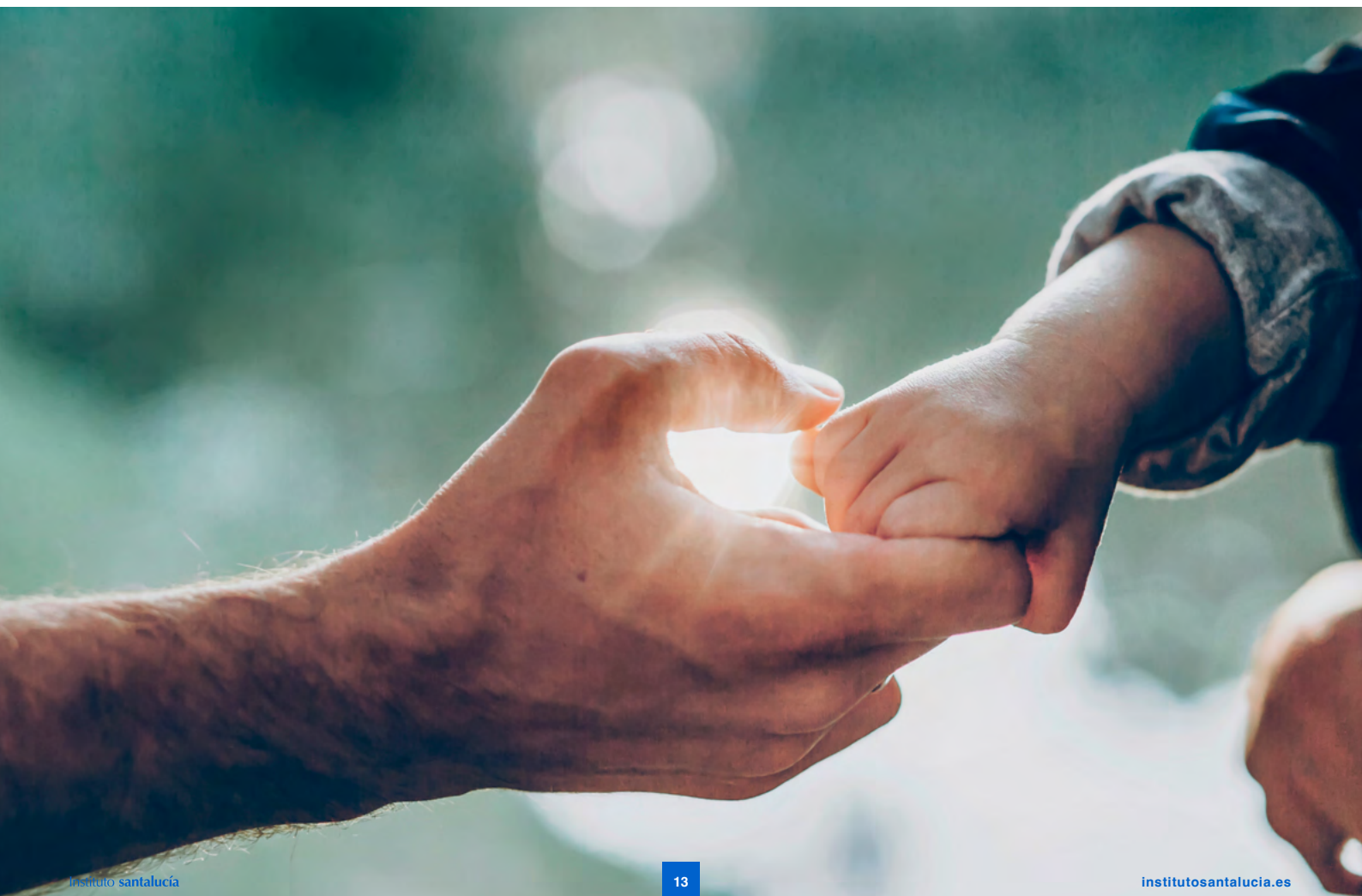
la Covid-19 es una llamada a su reforma profunda: tamaños arquitectónica y socialmente humanos, lugares de vida y convivencia y no de aparcamiento, centralidad de las personas, fácil acceso al sistema sanitario, sin que sea necesario sanitizarlas (Rodríguez Rodríguez, 2021). La promoción de formas de convivencia no residenciales o comunitarias (el cohousing es una de ellas) está aún en fase de despegue en España. En general, el objetivo es promover formas de convivencia y cuidados que tenga como centro las necesidades de las personas (basando los cuidados en planes o guías individuales de atención<sup>16</sup>), eviten la soledad y aislamiento y promuevan flexiblemente una vida activa.

Por tanto, es necesario seguir potenciando la oferta de servicios a domicilio y acelerar la inversión social en equipamientos comunitarios (Centros de Día y de noche), a gran distancia hoy de la oferta de los países del centro y norte de la UE (Spasova et al, 2018).

El horizonte a 2050 nos indica que la experiencia de la longevidad afectará profundamente a la estructura social y económica de España. Lo cual supone debatir sobre qué lógica social e institucional organizamos los cuidados, cómo se reparte la carga de los mismos y su coste en tiempo y en recursos financieros, cómo mejorar la prevención de la discapacidad y la dependencia desde la infancia para prevenir su impacto, cómo promover modos de envejecimiento activo que favorezcan la participación social e incrementen los años de vida libre de discapacidad. En suma, cómo hacer de los cuidados un nuevo compromiso intergeneracional en el que se conjugue el derecho a los cuidados en todas las edades, la inversión social necesaria para hacerlo efectivo y un reparto equitativo de los cuidados informales.

---

<sup>16</sup> Los PIA o planes individuales de atención del SAAD español cuentan con recorrido y buenas prácticas en la combinación de recursos sociales, sanitarios, familiares y comunitarios.



# 4.

## Bibliografía.

Abellán A., Aceituno P., Fernández I. y Ramiro D. (2020): “Una estimación de la población que vive en residencias de mayores”. Madrid: CSIC. Envejecimiento en Red.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2021): “XXI Dictamen sobre Dependencia. Observatorio de la Dependencia”. Madrid: AEDGSS.

Bouget, D., Spasova, S. and Vanhercke, B., (2017): “*Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe. A study of national policies*”, *European Social Policy Network (ESPN)*. Brussels: European Commission.

Casado, D., Fantova, F. y Vilá, A. (2019): “Los servicios sociales públicos”. Documento de Trabajo del VIII Informe FOESSA. Madrid: FOESSA.

Cobo Gálvez, P. (2009): “Génesis y elaboración de la Ley de promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia”. Documentación Administrativa, Nº 276-277.

Comisión de Expertos (M. Cercera Maciá, J.A. Herce, G. López Casanovas, G. Rodríguez Cabrero y S. Sosvilla Rivero) (2009): Informe preliminar del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Madrid: IMSERSO.

Comisiones Obreras (2017): “Cuadernos de Información Sindical. El sistema de protección social en España 2017”. Madrid: Comisiones Obreras. Ver Capítulo 4: *El sistema de atención a la dependencia, 2017*.

Consejo Económico y Social (2020). “El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, informe 03I2020, Madrid: CES.

De la Porte, C. y Natali, D. (2018): “*Agents of institutional change in EU policy: the social investment moment*”, *Journal of European Social Policy*, 25(6): 828-843.

Defensor del Pueblo (2020): “Recomendaciones sobre residencias de mayores, atención sanitaria e información emergencia Covid-19”. Madrid: Defensor del Pueblo.

Del Barrio, E. y Sancho Castiello, M. (2016): “Primero las personas: cuidar como nos gustaría ser cuidados/as. Resultados de la Encuesta sobre cuidados”. Barcelona: Obra Social “la Caixa”, 2016.

Del Pino, E.; Moreno-Fuentes, F.J; Cruz-Martínez, G.; Hernández-Moreno, J. ; Moreno, L.; Pereira-Puga, M. y Perna, R. (2020): “Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes”. Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC).

Del Pozo, Pardo, R. y Escribano, F. (2017): “El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012”, *Gaceta Sanitaria*, 31(1):23-29.

Díaz, B. and García, R. (2015): “La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico”. Documentación Social, 177, 2015, 209-226.

Durán, M.A. (2015): “La otra economía española”. En C. Torres (coord.), Informe sobre la “Situación Social de España” 2015. Madrid: CIS, 2015, pp. 472-485.

European Commission (2014) “*Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*”, Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Brussels: European Commission.

European Commission (2015): “*Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*”, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Brussels: European Commission.

European Commission (2016): “*Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability and its country reports*”, Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee (Ageing Working Group), Brussels: European Commission.

European Commission (2018): *Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*”, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Brussels: European Commission.

European Commission and Social protection Committee (2021): “*2021 Long-Term Care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Vol.1*. Brussels: EC and SPC.

Gálvez Muñoz, L. (dir.) (2016). "La economía de los cuidados". Sevilla: De Culturas.

Gobierno de España (2021): "España 2050". Madrid: Gobierno de España.

Gómez, M., Hernández, J., Martín, E. and Sosvilla, S. (2012): "La atención a la dependencia: Estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos". *Presupuesto y Gasto Público*, 66/2012, 2012, 127-148.

Guillén, A.M. y Luque Balbona, D. (2019): "La inversión social en España". Documento de Trabajo del VIII Informe FOESSA. Madrid: FOESSA.

Huete García, A., Morales Romo, N. y Chaverri Carvajal, A. (2020): "Identificación y análisis de retos para la reforma del SAAD". Madrid: Fundación Caser.

IMSERSO (2004): "Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España". Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2011): "Informe del gobierno para la evaluación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (2007-2010)". Madrid: Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad.

Jiménez Lara, A. (2014): "Evolución de la población en situación de dependencia: retos y tendencias", *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 5-27.

Jiménez Lara, A. (2015): "Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro", *Documentación Social*, 177, 2015, 209-226.

Jiménez Martín, S. y Viola, A (2019): "Observatorio de dependencia: Tercer informe"- Estudios sobre la Economía Española - 2017/22. Madrid: FEDEA.

Marbán Gallego, V. (2019): "El sistema español de atención a la dependencia. Ente la recesión y las reformas". En FOESSA: VIII Informe Foessa. Documento de Trabajo 4.9. Madrid: FOESSA

Marbán Gallego, V., Monserrat, J. y Rodríguez Cabrero, G. (2021): "The impact of COVID-19 on the elderly dependent population in Spain with special reference to the residential care sector", *Revista Ciència & Saúde Coletiva*, vol 26.1, 159-168.

Martín Serrano, E. (2014): "¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?", *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 29-56.

Martínez Buján, R. y Martínez Virto, L. (coords.) (2015): "La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad". *Zerbitzuan*, 60, p.5-7

Médicos sin Fronteras (MSF) (2020): "Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la Covid-19 en España". Documento de Trabajo - 2020/05d. Madrid: Médicos sin Fronteras.

Monserrat Codorniu, J. (2015, a): "El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro". *Revista Documentación Social*, 177, pp. 181-208.

Montserrat Codorniu, J. (2015,b) : "Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el sistema de autonomía y atención a la Dependencia: retos del futuro". *Zerbitzuan*, Revista de servicios sociales, 60, 2015b, 9-36.

Montserrat Codorniu, J. (2019): "Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia", *Papeles de Economía Española*, nº 161, 164-185.

Monserrat Codorniu, J. (2021, a): "La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19". *Zerbitzuan*, 2021; 73, pp. 45-60,

Monserrat Codorniu, J. (2021, b): "El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa pos-COVID". *Panorama social*, nº 145-162.

Oliva Moreno, J. (2014): "Sistema de Autonomía personal y atención a la dependencia: análisis y líneas de avance en tres dimensiones". *Actas de la Dependencia*, 12, 2014, 23-45.

Pérez Díaz, J. ; Abellán García, A.; Aceituno Nieto, P.; Ramiro Fariñas, D. (2020): "Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos". Madrid: CSIC. Informes Envejecimiento en red nº 25.

Prada Moraga, M.D. and Borge González, L.M. (2015): "Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación". *Revista Documentación Social*, 177, 2015, 97-118.

Ranci C. and Pavolini E. (Eds.) (2013): "*Reforms in long-term care policies in European countries*". New York, Springer.

Rodríguez Cabrero, G. (2011): "Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia. Actas de Dependencia, p.66-91.

Rodríguez Cabrero, G. (2018): "Políticas sociales e inversión social en un horizonte de consolidación fiscal y reestructuración permanente del Estado de Bienestar". En G. Jaraíz Arroyo (coord.): *Bienestar social y políticas públicas: retos para pactar el futuro*. La Catarata, 15-43.

Rodríguez Cabrero, G. and Marbán Gallego, V. (2013): "*Long-term care in Spain: Between family care tradition and the public recognition of social risks*". En C. Ranci and E. Pavolini (eds): *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer.

Rodríguez Cabrero, G. and Marbán Gallego, V. (2020). *ESPN Thematic Report: Contribution to the 2021 SPC-COM report on long-term care for older people in the EU*. Spain Brussels: European Commission.

Rodríguez Cabrero, G., Arriba, A., Marbán, V., Monserrat, J. and Moreno-Fuentes, F.J.: "ESPN (2016). *Thematic Report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives. Spain*". Brussels: European Commission.

Rodríguez Cabrero, G., Marbán, V., Monserrat, J. Moreno, F.J., Arriba, A. (2018): "ESPN *Thematic Report on Challenges in long-term care*". Brussels.: European Commission.

Rodríguez Castedo, A. y Jiménez Lara, A. (2011): "Nuevas necesidades, nuevos derechos, nuevos empleos: dependencia y creación de empleo". *Servicios Sociales y Política Social*, nº 93, p.9-44.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013): "La atención integral y centrada en la persona". *Papeles de la Fundación Pilares para la Dependencia*, 1, 2013.

Rodríguez Rodríguez, P. (2021): "Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido". Madrid: Catarata.

Saraceno C., (2004): "De-familization or re-familization? *Trends in income tested family benefits*". En Knijn T., Komter. A. (eds.): *Solidarity Between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*. Cheltenham Edward Elgar Publishing.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) (2018): "Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes". Madrid: SEGG.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) (2017): "Estudio Delphi: Escenarios de futuro de la atención integrada y centrada en la persona". Madrid: SEGG.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. (2018): "*Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN)*". Brussels: European Commission.

Tobío Soler, C. (Coor.), Agulló Tomás, M<sup>a</sup>.S., Gómez García, M<sup>a</sup>.P., Martín Palomo, M<sup>a</sup> T. (2010): "El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI". Barcelona: Obra Social de la Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales, nº 28.

