



El desafío de género en los cuidados de la vejez

¿Riesgo u oportunidad social?

Sara Moreno Colom

Universidad Autónoma de Barcelona



SUMARIO

Introducción

1. El desafío de los cuidados en la vejez: el problema social
2. La perspectiva de género en los cuidados a mayores: el problema sociológico
3. El riesgo: reproducir y aumentar las desigualdades sociales
4. La oportunidad: más equidad democrática y bienestar cotidiano
5. Referencias bibliográficas

Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos de las sociedades occidentales que obliga a repensar cómo organizar socialmente los cuidados. Los cambios sociodemográficos de los últimos años implican un crecimiento exponencial de la demanda de cuidados que desborda los modelos y recursos que hasta el momento han servido para atender dichas necesidades. La velocidad con la que envejece la ciudadanía europea supera la capacidad del sistema de bienestar para atender la dependencia de larga duración. Hasta hace pocos años, la responsabilidad otorgada a las familias, y asumida por las mujeres, junto con una esperanza de vida más corta, permitió, con más o menos capacidad, sustentar las necesidades derivadas de los cuidados (Torns et al. 2014).

Actualmente, las respuestas políticas al desafío que representan los cuidados a la vejez pueden manifestarse bien como un nuevo riesgo social que reproduce e incrementa las desigualdades, bien como una oportunidad para avanzar en cuotas de equidad democrática. Una de las claves para decantarse frente esta doble posibilidad reside en introducir la perspectiva de género en los diagnósticos, las proyecciones y las propuestas de intervención. Desde esta aproximación, se plantean algunas cuestiones que es preciso abordar: ¿qué tipo de protección social ofrecer, quién debe prestar los cuidados o cómo deben prestarse? En el trasfondo de estas cuestiones, reside la vejez de toda la ciudadanía, sin excepción, puesto que la mayoría envejecerá y requerirá cuidados. En última instancia, la pregunta central es: ¿quién se ocupará de las necesidades crecientes cuando no existan suficientes mujeres en las familias para atender los cuidados a la vejez?

En definitiva, la organización social de los cuidados se ha convertido en un tema de crucial importancia dentro del contexto europeo tal y como evidencia su centralidad en la agenda política y científica. La necesidad de cuidados en la vejez crece y es preciso articular respuestas políticas ante un nuevo riesgo social que puede incrementar la desigualdad o, por el contrario, contribuir a mejorar el bienestar cotidiano.

Con el fin de avanzar en los debates existentes, el presente capítulo se organiza en cuatro apartados. En primer lugar, se aborda la cuestión de por qué el cuidado de mayores supone un desafío contribuyendo a su caracterización como problema social. Se argumenta que la novedad del riesgo no está en la necesidad de cuidados sino en el volumen e intensidad con

que se manifiesta. En segundo lugar, se plantea la cuestión de por qué es un desafío de género en términos de problema sociológico. Las mujeres son protagonistas como objeto, sujeto, así como en el escenario de las políticas, planteando una controversia de género sobre el carácter y la naturaleza de las actividades de cuidados. En tercer lugar, se trata la cuestión de por qué las respuestas políticas pueden suponer un riesgo social si no son capaces de superar las resistencias y los imaginarios sociales existentes en torno a la atención de los cuidados vinculados a la población dependiente. Finalmente, se argumenta la oportunidad que la organización social de los cuidados puede representar para mejorar la equidad y el bienestar si se considera la importancia de socializar el riesgo, profesionalizar las actividades e introducir la comunidad como nuevo sujeto político¹.

1. El desafío de los cuidados en la vejez: el problema social

La organización social de los cuidados representa una cuestión de crucial importancia en el contexto europeo, a tenor de los cambios sociodemográficos de los últimos años que abren una nueva brecha en la sociedad, conocida como *care gap* (Pickard, 2001;2012). Como se explica en Torns et al. (2014), el alargamiento de la vida de las personas se asocia a un incremento de las probabilidades de requerir algún tipo de cuidado, específico y continuado, para el desarrollo de actividades básicas de la vida cotidiana. La literatura especializada relaciona el crecimiento de estas necesidades vinculadas a los cuidados de larga duración de las últimas décadas con las transformaciones demográficas, los cambios en la familia y la mal denominada incorporación de las mujeres al mercado de trabajo². Se destaca el proceso de envejecimiento de la población, la reducción de la natalidad y el agujero demográfico generado por la paulatina desaparición de las mujeres que pertenecen a la llamada “generación sandwich”, encargadas de las tareas de cuidado y atención a las personas dependientes (criaturas y mayores) de la familia (Miller, 1981; Williams, 2004). El conjunto de estas tendencias explica por qué, en los próximos años, crecerá el volumen de personas que requerirán cuidados para el normal desarrollo de las actividades cotidianas durante el tramo final de la vida. A continuación se presentan las principales tendencias sociodemográficas y propuestas políticas para el caso español.

¹ El capítulo parte de un conjunto de investigaciones y publicaciones realizadas desde el Centro de Estudios Sociológicos sobre la Vida Cotidiana y el Trabajo del Departamento de Sociología de la UAB en las que ha participado la autora. En concreto, se toma como referencia el proyecto PROFESOC (Referencia 2011-0004-INV-00120) financiado por el Instituto de la Mujer y dirigido por la Dra. Teresa Torns con la participación del Dr. Vicent Borràs, la Dra. Carolina Recio y la Dra. Sara Moreno-Colom. Se puede consultar a: en: <https://ddd.uab.cat/record/126481>.

² La referencia a “la mal denominada incorporación de las mujeres al mercado de trabajo” se basa en toda la evidencia empírica que muestra como las mujeres de clase trabajadora participan, desde la formalidad o informalidad, en el mercado de trabajo desde los inicios de la industrialización (Torns et al., 2007)

1.1 Algunas cuestiones sobre la crisis de los cuidados

Los estudios sobre proyecciones demográficas ponen de manifiesto este conjunto de tendencias demográficas que implican un aumento exponencial de las necesidades sociales en torno a los cuidados.

En el caso español, los datos elaborados por el INE apuntan, en primer lugar y con relación al envejecimiento, que la población de 65 años y más representaba el 18,7% en 2016, mientras que alcanzará el 25,6% en 2031 y el 34,6% en 2066. Según estas mismas proyecciones, la tasa de dependencia³ aumentará del 53,5% durante el 2016 hasta el 62,2% en 2031 y el 87,7% en 2066. Como consecuencia de este proceso, por un lado, tendrá lugar el fenómeno del envejecimiento del envejecimiento que, entre otras tendencias, implicaría el crecimiento de la población mayor de 100 años (16.460 en 2016) que alcanzaría la cifra de 222.104 en 50 años (INE, 2016). Por el otro lado, las mismas simulaciones demográficas apuntan que la pérdida de población se concentraría en el tramo de edad relativo a la mencionada “generación sandwich” con una edad comprendida entre los 30 y 49 años que se reduciría en 4,2 millones de personas en 15 años (representando un 28,5% menos) y en 6 millones hasta 2066 (representando un 40,1% menos). Por el contrario, incrementarían todos los grupos de edad a partir de los 70 años siendo el grupo 55-59 años el que acumularía más efectivos en 2031 y 2066 (desbancando al grupo 40-44 años que fue mayoritario en 2016).

En segundo lugar, con relación a la reducción de la natalidad, los datos muestran que en el caso español esta responde a la disminución del número de mujeres en edad fértil y no a la reducción de la fertilidad que, por el contrario, crecería levemente (de 1,33 hijos/as de media en 2016 a 1,38 en 2031). Si bien también crece la edad media de la maternidad que pasaría de 31,9 años en 2016 a 33 años en 2031.

Finalmente, con todo lo descrito, se apunta el crecimiento sostenido de la esperanza de vida al nacer que llegaría a 83,2 años en el caso de los hombres y 87,7 años en el caso de las mujeres en 2031 y a 88,5 años y 91,6 años respectivamente en 2065 (Fernández Muñoz, 2017).

En resumen, las proyecciones demográficas señalan un aumento de la población mayor de 65 años que con el alargamiento de la esperanza de vida, especialmente para las mujeres, implica que crecerá el número de personas que requieren de algún tipo de ayuda para desarrollar las actividades de la vida diaria (población dependiente) al tiempo que disminuye la población que se encuentra en la edad central de la vida adulta y representa, especialmente en el caso de las mujeres, el colectivo con más posibilidades de asumir parte de la responsabilidad de los cuidados. Además, otros estudios se fijan en las situaciones de vulnerabilidad y pobreza que acompañan a la vejez de determinados colectivos donde el género tiene una huella importante siendo las mujeres mayores un colectivo en riesgo de exclusión social (Reher y Requena, 2017).

³ La tasa se corresponde al cociente entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años.

Así pues, la llamada crisis de los cuidados (Hochschild, 2001) dibuja un escenario donde el envejecimiento de la población supera los recursos de cuidados existentes para atender las necesidades surgidas del cambio sociodemográfico. El acelerado ritmo con el que envejece la ciudadanía europea supera la capacidad de los sistemas de bienestar que permitían, hasta hace pocas décadas, atender las necesidades de cuidados surgidas de la dependencia de larga duración. Se trata de una problemática compartida por la mayoría de sociedades del bienestar como ponen de manifiesto distintos estudios a nivel europeo (Bettio y Verashchagina, 2012; Leichsenring et al., 2013; Greve, 2017). Los cuidados de larga duración se convierten en una problemática para los gobiernos cuando el conjunto de estos cambios sociodemográficos coincide con la disminución de las prestaciones sociales por parte de los estados y el aumento de su demanda por parte de la ciudadanía (Daly y Lewis, 2000). La novedad, pues, no es la necesidad de cuidados sino la aceleración de la magnitud e intensidad del fenómeno (Rodríguez Cabrero, 2004). Este carácter novedoso representa un desafío para las sociedades del bienestar donde los cuidados de larga duración pasan de representar necesidades de una minoría longeva a un riesgo social fuente de desigualdad de la mayoría de la población.

Tal y como se explica en Torns et al. (2014), el conjunto de los aspectos reseñados obliga a revisar el llamado modelo social europeo que desde sus inicios olvidó, o no consideró como debía, la importancia del trabajo de cuidados (Lewis, 2008). En general, los servicios públicos que se desarrollan con la generalización de los estados del bienestar fueron pensados para satisfacer necesidades de aquellas personas que tenían o habían tenido relación con el mercado de trabajo, a saber, sanidad y educación. El principal objetivo era tener mano de obra sana y educada, así como pensiones y subsidios para mantenerse económicamente en períodos excepcionales sin actividad laboral (paro, bajas por enfermedad y jubilación). Desde el surgimiento de los estados del bienestar, los cuidados continuados de las personas, distintos de los cuidados sanitarios, no formaron parte de los sistemas públicos. Esta falta de consideración y ausencia de recursos emerge con el crecimiento de las necesidades de cuidado, inicialmente no previstas, que conllevan los procesos de envejecimiento de la ciudadanía. Estas necesidades crecientes convierten la falta de recursos en un problema que representa uno de los principales retos para el sostenimiento del modelo social europeo (Torns et al., 2014).

1.2. Algunas cuestiones sobre las respuestas políticas

En este escenario compartido a nivel europeo que se dibuja con la crisis de los cuidados, se articulan respuestas distintas según la tipología de los regímenes de bienestar existentes (Leitner, 2003; Bettio y Verashchagina, 2012)⁴. Tal y como explica Rodríguez Cabrero (2011:20): “En el conjunto de los regímenes de bienestar europeo se está produciendo una reconstrucción del sistema de cuidados familiares a personas dependientes que se basa en sólidas tradiciones culturales, en el diseño de las políticas públicas y en la concepción conservadora de la libertad de elección entre prestaciones sociales”.

⁴ La literatura especializada usa el término “regímenes de cuidado” para referirse a las distintas respuestas políticas articuladas desde el estado (Daly y Lewis, 2000).

Con relación al modelo de estado, Moreno et al. (2016a-2016b) caracterizan el caso español, como los demás países del sur de Europa, por la centralidad de la familia y la débil red de servicios sociales destinados a los cuidados de larga duración. Junto al peso familiar, se da una escasa asunción de responsabilidades domésticas por parte de los hombres y una presencia notoria de mujeres inmigradas como servicio doméstico que cubren, desde la informalidad, los huecos que no pueden cubrir las mujeres de la familia (Bettio et al., 2006; Lyon y Gluksmann, 2008; Parella, 2003; Martínez Buján, 2011; Krüger y Jiménez, 2013). Además, como recuerda Saraceno (1995), a la informalidad familiar se le añade una visión asistencialista de los servicios públicos que se perciben como sustitutos de la familia y no como un derecho individual y universal. Con todo, tradicionalmente el régimen de cuidados español se ha considerado un ejemplo de *familiarismo* implícito (Saraceno y Keck, 2008). Si bien es preciso señalar el cambio de paradigma que supone la aprobación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia* en 2006, tal y como se explica en los siguientes epígrafes.

Algunas cifras sobre el gasto en protección social permiten añadir información a la caracterización del modelo español. Según el informe del IMSERSO coordinado por Fernández Muñoz (2017) realizado a partir de los últimos datos disponibles en Eurostat sobre protección social⁵, el gasto en España pasó de representar el 20% del PIB en el año 2000 al 24,9% en 2014 con una caída de un punto porcentual en comparación al 2011 (26%). Desde una perspectiva comparada, la cifra de 2014 quedó por debajo de la media europea (2,7 puntos menos que el 27,6% de la UE-28 y 3,5 puntos menos que el 28,4% de la UE-15). La distribución de este gasto reseñado para el caso español en 2014 contemplaba el 9,8% para las prestaciones de protección a la vejez y el 12,8% para las pensiones. Más concretamente, con relación al gasto en cuidados de larga duración, se observa que España realizó un esfuerzo desde la aprobación de la LAPAD (finales 2006) con un crecimiento sostenido del 0,86% del PIB en 2006 hasta el 11,1% en 2012 (año en que la media UE-28 representaba el 1,38% y la media UE-15 el 1,86%). A pesar de la escasa diferencia con la media europea, cabe recordar que los países del centro-norte de Europa encabezaban este gasto con cifras que superaban el 4% y el 3,5% (Países Bajos y Suecia, respectivamente) o el 2,5% (Bélgica, Dinamarca y Finlandia).

Con relación a las políticas, Recio et al. (2015) recuerdan que, a partir del año 2000 en España, surgen los primeros documentos y señales de alarma sobre el envejecimiento de la población. Más concretamente, en 2004 se publica el *Libro Blanco de la Dependencia* que señala el incremento de las necesidades de cuidado de algunos colectivos que, en el futuro, no podían ser resueltas a través del cuidado informal habitualmente realizado por las mujeres adultas de las familias. Dicho documento apuntaba que la población dependiente iba a necesitar unos cuidados *sociosanitarios* que, en vistas al incremento de la esperanza de vida, podían prolongarse durante bastante tiempo. Esta proyección servía de base para justificar la expansión de los dispositivos públicos – o público-privados – y la creación de cuerpos de

⁵ Se hace referencia a las estadísticas sobre los sistemas de protección social, diseñados para proteger al individuo frente a los riesgos y las necesidades que generan situaciones como el desempleo, la enfermedad, la invalidez, la vejez y otras. En concreto, los datos del Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social, sistema diseñado por la Oficina Europea de Estadísticas, que posibilita la comparación homogénea entre países de la UE de los datos de protección social (Fernández Muñoz, 2017).

profesionales específicos, capacitados para dar una respuesta profesionalizada a las necesidades vinculadas al aumento de usuarios dependientes. A finales del año 2006, se aprobó la LAPAD con el fin de consolidar un sistema estatal de servicios y prestaciones reconociendo la atención a las personas dependientes como un derecho subjetivo. Representaba la base legal para construir un sistema público universal basado en los cuidados profesionales. Los cambios sociales y legislativos hacían prever un proceso de transición hacia un nuevo planteamiento de los servicios sociales y, en concreto, de los servicios orientados a la atención de los cuidados de larga duración⁶.

En efecto, el nuevo contexto legislativo vinculado a la LAPAD, situó España entre los países avanzados en materia de derechos sociales vinculados a la dependencia pero el contexto de crisis económica, que se inicia a partir del 2008, obstaculizó la consecución de los objetivos fijados por dicha ley. Según el último dictamen publicado en 2018 por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, desde la aprobación de la LAPAD, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se ha visto afectado por distintos factores que han condicionado los compromisos iniciales. En concreto, se han alterado los objetivos en materia de: calendario de implementación; baremo de valoración; financiación; contenidos e intensidades de los servicios, cuantías de las prestaciones económicas; compatibilidad entre prestaciones y servicios o consideración de las cuidadoras familiares y de su cotización a la Seguridad Social. Existe abundante evidencia empírica en este sentido desde perspectivas jurídicas, sanitarias, económicas y sociales. En términos globales, tras once años de desarrollo de la LAPAD, el 3% de la población española, un total de 1.264.351 personas, ha sido dictaminada como dependiente al necesitar algún tipo de soporte para realizar actividades básicas de la vida diaria. Además, es preciso añadir 96.000 personas como potenciales dependientes considerando las 120.213 que estaban pendientes de valoración a 31 de diciembre de 2017. De todas las personas reconocidas con dependencia, el 65% son mujeres, el 72% tiene más de 65 años y el 55% es mayor de 80 años. Las políticas de austeridad que se empiezan a aplicar a mitad del año 2010, fruto del contexto de crisis económica, conllevan recortes que suponen una fase de parálisis y retroceso generalizado del SAAD durante el período comprendido entre junio de 2012 y junio de 2015⁷. Asimismo, a mediados de 2015, se retoma un cierto crecimiento en cuanto a personas atendidas que, a 30 de junio de 2017, alcanzan casi la cifra de 900.000, siendo el número total de personas dependientes reconocidas de 1.217.355. En cualquier caso, persisten importantes agravios con relación a lo previsto inicialmente por la LAPAD, como la existencia de copago en la prestación de servicios sin las cautelas y medidas de control necesarias, la asunción del 80% del gasto público por parte de las comunidades autónomas lejos de la pretendida aportación del 50% o las desigualdades a nivel territorial tanto en cobertura como en modelo de gestión entre las comunidades autónomas. Finalmente, como el mismo dictamen relata, no se tiene

⁶ Sin embargo, las referencias de la LAPAD a la profesionalización son bastante vagas y se limitan a definir los cuidados profesionales como aquellos que no se prestan por miembros de la familia. En concreto, en el artículo 2 de la LAPAD sobre definiciones se apunta: “Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro”.

⁷ El recorte acumulado a nivel estatal tras el RD-ley 20/2012 asciende a 4600 millones de euros (considerando la supresión de las cotizaciones de cuidadores familiares), mientras que la disminución de la financiación a las Comunidades acumula 2700 millones de euros.

en cuenta el impacto negativo de género “que puede estar teniendo la feminización de los cuidados en la medida en que estos no son resultado de una libre elección y que las cuidadoras familiares han perdido el apoyo que conllevaban las cotizaciones a la Seguridad Social”.

2. La perspectiva de género en los cuidados a mayores: el problema sociológico

En efecto, las características sociodemográficas del desafío que representan los cuidados a la vejez hace inevitable introducir la variable género, tomado como indicador el sexo, en los distintos diagnósticos y proyecciones. Pero la consideración de esta variable no sirve de garantía para la incorporación de la perspectiva de género en dichos análisis y las propuestas subyacentes. Así se explica que, a menudo, el desafío que representa el envejecimiento se reduce al debate sobre la sostenibilidad del sistema de pensiones de la población activa, presente o pasada, cuando la realidad cotidiana pide a gritos fijar la atención en los cuidados de la población inactiva. El enfoque de la perspectiva de género representa un instrumento para conocer los obstáculos que dificultan una gestión equitativa de los cuidados al tiempo que permite evidenciar el origen y las consecuencias de las desigualdades sobre las que es preciso intervenir para alcanzar la equidad en la atención a la dependencia y la corresponsabilidad en la realización de las tareas de cuidado. Al igual que ocurre con otros objetos de estudio, el análisis de los cuidados a la vejez desde la perspectiva de género implica partir de dos premisas teóricas que precisan conceptualmente el uso de las palabras desigualdad, género y trabajo en sustitución de las palabras diferencia, sexo y cuidados.

La primera premisa teórica considera el género como una construcción social que, aliena a las diferencias biológicas, diferencia las responsabilidades y actividades masculinas de las femeninas. Desde esta aproximación teórica, se entiende que las relaciones sociales en torno a los cuidados no son neutras al género. Es decir, que las diferencias entre las trayectorias de cuidados de hombres y mujeres no emergen fruto de un innatismo biológico sino como resultado de una construcción social que asocia roles, responsabilidades y estereotipos según el sexo convirtiendo la diferencia en desigualdad.

La segunda premisa teórica reivindica que los cuidados tienen una dimensión de trabajo más allá de la dimensión afectiva. Los cuidados remiten a un concepto complejo y polisémico difícil de definir (Thomas, 1993). Los cuidados de larga duración suponen atender y cuidar a personas que debido a su deterioro físico y/o psíquico tienen limitada su autonomía personal cotidiana. Más concretamente, el análisis de los cuidados de larga duración se enmarca en los debates teóricos sobre el alcance del concepto “cuidados”, surgidos en los años 80 y vinculados a los esfuerzos de visualización del trabajo doméstico no pagado, desarrollado dentro del hogar por la familia (Finch y Groves, 1983; Graham, 1983). Con posterioridad, se generalizan las discusiones teóricas que, desde la teoría feminista, revisan los estados del bienestar y las políticas desarrolladas para afrontar las necesidades de cuidados dados los evidentes límites que manifiestan (Moreno et al., 2016a-2016b).

Desde esa perspectiva, se considera imprescindible analizar cómo la relación entre el estado, el mercado y la familia influye en la división sexual del trabajo. El trabajo de cuidados y el papel de la familia son el punto de partida de las críticas que las feministas y los especialistas

en política social realizaron a la primera tipología de regímenes de bienestar de Esping-Andersen (1990)⁸. Las aportaciones teóricas de Orloff (1993), O'Connor (1993) y Sainsbury (1999) señalan la necesidad de incorporar el papel que juegan las mujeres en el análisis sobre las políticas del estado de bienestar. Esta aproximación supuso reconocer el trabajo de cuidados como tal y permitió atender las formas en que las distintas sociedades resolvían las necesidades de cuidados de su población. Pero a menudo estas aportaciones teóricas y los modelos analíticos subyacentes se han focalizado en el cuidado de menores cuando el principal problema a nivel europeo, como relatan los datos demográficos, reside en el cuidado a mayores. Un cuidado, el de la vejez, que a diferencia de las criaturas, es sobrevenido e indefinido, es decir, no se elige ni se conoce su fin (Moreno, 2007). Este sesgo analítico resulta significativo en la medida que la misma aproximación científica contribuye a invisibilizar la realidad de los cuidados a la vejez.

En cualquier caso, las distintas aportaciones han facilitado priorizar una concepción de los cuidados como trabajo realizado en el espacio público, más allá del espacio familiar. Pero esta ampliación conceptual no ha alcanzado una visión teórica unificada y consensuada del concepto. En la literatura especializada, persiste una fragmentación de la definición y el uso de los cuidados a partir de dicotomías como: formal/informal, pagado/no pagado, institución/familia, público/privado o personas mayores/criaturas. En este sentido, resulta interesante el trabajo de Thomas (1993) que argumenta la necesidad de alcanzar una definición empírica que permita superar la fragmentación teórica. Asimismo, otra buena propuesta es el concepto de social care (Daly y Lewis, 2000) que remite al conjunto de actividades y relaciones, de carácter material, afectivo y simbólico, vinculadas a las necesidades de cuidados de criaturas y personas, reconocidas como dependientes. Esta definición también incluye el marco normativo que regula la organización socioeconómica donde tienen lugar estas actividades, al tiempo que refuerza la dimensión material de los cuidados como trabajo (Torns et al., 2014).

En cualquier caso, el conjunto de estas aportaciones teóricas sirve de base para formular una crítica a la perspectiva del estado que defiende que la sostenibilidad del modelo de bienestar europeo pasa por el equilibrio del sistema de pensiones y la estabilidad de las finanzas públicas. Por el contrario, desde la perspectiva de género, se considera que dicho sistema ha sido, a lo largo de su historia, socialmente injusto porque reproduce y genera más desigualdades entre los hombres y las mujeres. Desde sus inicios, este modelo reforzó la persistencia de la división sexual del trabajo al invisibilizar los trabajos de cuidados necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo (Benería, 2008). Como se ha apuntado, a partir de las últimas décadas del siglo XX, este modelo implícito de cuidados entra en crisis a medida que la longevidad de la población crece más que los recursos de las familias para atender los cuidados de sus mayores. Por esta razón, algunos trabajos insisten en señalar que las necesidades crecientes de cuidados están estrechamente relacionadas con el declive del modelo *male breadwinner* (Crompton, 1999; Lewis, 2001). Las investigaciones subrayan los cambios experimentados por el modelo de familia patriarcal de “hombre principal proveedor de ingresos-mujer ama de casa cuidadora”. Estos cambios suponen el declive material de dicho modelo, dado el crecimiento de las parejas de doble ingreso y,

⁸ Como es bien sabido la primera propuesta del autor identifica tres modelos a partir de la mercantilización y el compromiso estatal en la asistencia: liberal, continental y socialdemócrata (Esping-Andersen, 1990).

paralelamente, un mantenimiento del imaginario del *male breadwinner*, especialmente en los países mediterráneos. Como consecuencia, el trabajo de cuidados persiste en el imaginario social como una responsabilidad femenina. En la medida que la disponibilidad temporal de las mujeres para atender los cuidados se reduce con su participación laboral, muchas se encuentran atrapadas en un permanente régimen de doble presencia donde acumulan responsabilidades domésticas, de cuidados y laborales, lejos de ver la corresponsabilidad con su pareja como una realidad. Tal y como muestran los estudios realizados con los datos de las encuestas de usos del tiempo, el crecimiento de la participación laboral femenina no ha sido correspondido por una mayor participación masculina en las tareas domésticas y de cuidados (Moreno, 2015; Borràs et al., 2018; Moreno et al., 2018).

En este contexto, las especialistas muestran como los flujos migratorios femeninos se convierten en un recurso de los países ricos para cubrir los huecos que el mencionado aumento de la participación laboral femenina origina en la ejecución del trabajo de cuidados. Fruto de estos análisis surgen los conceptos: crisis de los cuidados, *care drain*, criadas de la globalización o cadenas globales de cuidados (Parreñas, 2001; Hochschild, 2001; Pérez Orozco, 2006; Vega, 2009). Asimismo, esta relación analítica entre los regímenes de cuidados y las migraciones femeninas permite introducir la importancia de las variables clase social, género, etnia y generación (Lyon y Glucksmann, 2008).

En definitiva, resulta imprescindible introducir la perspectiva de género para analizar, con toda su complejidad, el desafío que representan los cuidados a mayores. Es preciso visibilizar las condiciones materiales de existencia de los distintos actores, las relaciones de poder que se establecen en la distribución de la responsabilidad de los cuidados y el conjunto de dimensiones que acarrea un concepto, los cuidados, que emerge en la agenda política con aparente neutralidad ideológica pero con importantes sesgos prácticos que perjudican a las mujeres. Como apunta Fernández-Mayorales (2018): “confiar únicamente en la familia como proveedora de cuidados de larga duración acarrea el riesgo de incrementar las desigualdades, en primer lugar de género, pero también de clase y origen”. Desde esta lógica, se hace absolutamente necesario introducir lo que Saraceno (2010) define como una perspectiva bigeneracional que no solo se fije en las personas dependientes sino también en su entorno y los riesgos que conlleva la responsabilidad de cuidado según la clase y el origen de las mujeres cuidadoras.

3. El riesgo: reproducir y aumentar las desigualdades sociales

Una vez se ha enmarcado el problema, social y sociológico, que representa el desafío de género en los cuidados a la vejez, este apartado analiza los riesgos sociales que pueden acarrear determinadas respuestas políticas al contribuir a reproducir e incrementar las desigualdades. Parte de la literatura especializada defiende que para entender y explicar la complejidad de los sistemas de cuidados es preciso interrelacionar los factores políticos, económicos y socioculturales (Glenn, 2000; Daly y Lewis, 2000; Ungerson, 2005; Saraceno y Keck, 2008; Rodríguez Cabrero, 2011). A pesar de ello, la mayoría de investigaciones limitan el análisis de los regímenes de cuidado al estudio de las distintas políticas (servicios, prestaciones y permisos) fijando la atención en el contenido y el gasto que se les destina sin tomar en consideración los aspectos socioculturales como pueden ser las preferencias de la

población. Por el contrario, el análisis de las preferencias sociales puede permitir detectar obstáculos y resistencias de carácter cultural que dificultan la implementación de nuevas políticas orientadas a atender el volumen de necesidades sin reproducir desigualdades. Por ejemplo, dificultades socioculturales para fomentar la atención de los cuidados fuera del ámbito familiar con el fin de profesionalizar lo que, históricamente, se ha tendido a naturalizar como una responsabilidad femenina.

Tomando como referencia los análisis presentados en Moreno et al. (2016a-2016b) y Recio et al. (2015), a continuación se caracterizan los imaginarios sociales que condicionan las preferencias acerca de cómo organizar los cuidados de larga duración para el caso español. En concreto, se parte de los conceptos “ideal de cuidados” de Hochschild (2001) y “cultura de los cuidados” de Letablier (2007)⁹. El objetivo último es poner de manifiesto las dificultades socioculturales de la ciudadanía para pensar en una organización social de los cuidados que contemple la socialización de la responsabilidad y la profesionalización de las actividades como ejes vertebradores del sistema¹⁰.

3.1. El riesgo del ideal de cuidados “en casa y con la familia”

Como se ha explicado, el contexto legislativo que introduce la LAPAD supone un importante avance en materia de derechos sociales vinculados a la dependencia pero la irrupción de la crisis económica en 2008 dificulta su desarrollo tal y como inicialmente estaba previsto. Más allá de los factores económicos, son pocos los análisis que consideran los aspectos socioculturales que obstaculizan la consecución de los objetivos fijados. El uso de las nuevas prestaciones y las preferencias de la población ponen de manifiesto que, desde que entró la ley en vigor, persiste la importancia de la familia y la informalidad laboral en la organización social de los cuidados de larga duración.

⁹ Hochschild (2001) se refiere al “ideal de cuidados” como la opción que resulta más apropiada en cada sociedad. Un ideal que parte de cuestiones éticas y construye la imagen social acerca de dónde, quién y cómo se deben atender las necesidades de cuidados. Posteriormente, Letablier (2007) introduce la idea de “cultura de los cuidados”, para referirse a las representaciones colectivas acerca de la responsabilidad de criaturas y personas dependientes que se modulan según los valores de cada sociedad. Ambos conceptos permiten captar la dimensión simbólica y los factores socioculturales que subyacen en las relaciones que Estado, mercado y familia mantienen para dar respuesta a las necesidades de cuidados (Moreno et al., 2016).

¹⁰ Los resultados que se presentan forman parte del trabajo de campo del mencionado proyecto PROFESOC. Uno de los objetivos de este proyecto era hacer emerger las dificultades materiales, simbólicas y culturales que permanecen en el imaginario de la sociedad española a la hora de organizar y profesionalizar los servicios de cuidados de larga duración. Para ello, se diseñó una estrategia metodológica cualitativa orientada a captar las expectativas, representaciones, preferencias, exigencias y discursos que las personas con responsabilidades, formales o informales de cuidados, tienen en relación al trabajo que desempeñan como cuidadoras. Las técnicas de investigación utilizadas fueron entrevistas en profundidad y grupos de discusión limitando el universo de análisis a las mujeres, dado el carácter femenino de las cuidadoras tanto formales como informales. El objetivo de la entrevista fue captar los imaginarios según la trayectoria laboral de las empleadas, mientras que el objetivo del grupo de discusión fue percibir los imaginarios colectivos hegemónicos, confrontados con una misma situación vital (Torns et al., 2014).

En Moreno et al. (2016a-2016b) se argumenta que el balance de los primeros años de implementación de la LAPAD constata cierto fracaso en la profesionalización de los servicios de cuidados a la dependencia: casi el 40% de ayudas son prestaciones económicas para cuidadores en la familia, el 88% de los cuidadores principales son un miembro del hogar y el 91% de la población sigue prefiriendo el cuidado familiar (SAAD, 2012; Durán, 2012). Las mujeres aparecen como las protagonistas de esos cuidados tanto a través del trabajo pagado, principalmente realizado por inmigradas, como del no pagado, mayoritariamente asumido por las mujeres de la familia, esposas e hijas. Se ha debatido mucho sobre la idoneidad de las prestaciones económicas por cuidadores en la familia. Por ejemplo, Martínez Buján (2011) analiza las repercusiones de las transferencias monetarias previstas en la LAPAD sobre la reorganización del trabajo familiar de cuidados en cada Comunidad Autónoma. Una de las conclusiones de este trabajo señala cómo el importante volumen de prestaciones para el cuidado personal ha contribuido a silenciar la figura profesional del servicio doméstico de cuidados. Básicamente, porque las prestaciones económicas son, muchas veces, utilizadas como una vía para contratar informalmente a empleadas domésticas. Desde una perspectiva más general, Krüger y Jiménez (2013) concluyen que la LAPAD no representa un cambio de modelo en las políticas sociales orientado hacia una mercantilización formal con mayor profesionalización de los servicios de cuidados de las personas dependientes. Asimismo, la aproximación crítica de Rodríguez Cabrero (2011) apunta que, a pesar de los avances normativos en materia de atención a la dependencia en España, el tipo de servicios sociales desarrollados se ha aprovechado de la cultura *familiarista* del contexto. El reconocimiento del poder de elección de las personas usuarias sobre el acceso a tener un servicio o a obtener una prestación económica es un buen ejemplo de ello. La realidad demuestra una significativa preferencia por las prestaciones económicas destinadas a los cuidadores familiares para realizar el trabajo de cuidados que necesita la persona dependiente¹¹.

A la luz de esta evidencia, resulta crucial considerar el peso de los factores socioculturales. En este sentido, el análisis cualitativo realizado por Torns et al. (2014) pone de manifiesto que el sistema español de cuidados se organiza según el ideal de cuidados “en casa con la familia”. El consenso en torno a este imaginario parece compartido tanto por las personas dependientes, como por las familias, las profesionales y las instituciones dedicadas a los cuidados de la dependencia. Este ideal tiende a contraponer el hogar familiar a la institución profesional y responde a las pautas y valores que amparan la importancia simbólica otorgada a la casa y a la familia. De este modo se prefiere la casa como espacio privilegiado que permite preservar la intimidad y mantener la capacidad y el poder de decisión. Asimismo, se señala a las mujeres de la familia como cuidadoras principales, convirtiéndolas en las únicas capaces de asegurar el trato personalizado y afectivo. Todo apunta, de este modo, a la preeminencia de un imaginario según el cual el ingreso de la personas dependientes en instituciones especializadas supone una pérdida de privacidad y poder de decisión, siempre unido a un trato impersonal y serializado (Moreno et al., 2016a-2016b).

¹¹ Los informes de evaluación anual del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del IMSERSO muestran como la “prestación económica para cuidados en el entorno familiar” registra los porcentajes de solicitudes más altos en comparación al resto de servicios y prestaciones. Desde 2013 se registra una tendencia decreciente en dicha prestación económica que no puede desvincularse del contexto de crisis económica. Los informes se pueden consultar en: http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/evo_doc/e/eva_2015/index.htm

El conjunto de estos elementos da cuenta de la vigencia del *familiarismo* en el contexto español, muy a pesar de los avances legislativos. Los discursos de las cuidadoras, tanto profesionales como de la familia, respaldan el sustrato sociocultural *familista* sobre el que se asienta la sociedad. Sin embargo, la realidad del ideal de cuidados “en casa con la familia” ofrece otra aproximación al sistema de cuidados a la dependencia susceptible de ser descrito mediante una doble contradicción.

En primer lugar, la contradicción que afecta a las personas cuidadoras que aunque viven los cuidados de larga duración como un trabajo, los perciben bajo relaciones de afecto y amor, a desarrollar en el seno de la familia. Surge una tensión entre la obligación moral de los cuidados y los costes personales que conlleva su asunción. En la práctica, la responsabilidad y ejecución de los cuidados dentro de la familia comporta malestar cotidiano para las mujeres cuidadoras, especialmente en el caso de la clase trabajadora puesto que disponen de menos recursos para externalizar parte de las tareas. La percepción de estos cuidados como algo que escapa a la lógica estrictamente laboral supone la naturalización de las competencias y las habilidades requeridas para el desempeño de tales tareas. Esta naturalización de las habilidades y competencias relativas a los cuidados de larga duración alimenta la desconfianza hacia los servicios sociales ofertados. Estos son percibidos como la rama más asistencialista y menos profesional del sistema de bienestar y se les considera incapaces de satisfacer las necesidades personalizadas de las personas dependientes.

La segunda contradicción guarda relación con la delegación de los cuidados de larga duración a personas no cualificadas dentro del hogar familiar. La contratación de mujeres inmigradas, en régimen de informalidad laboral, implica que el control que supone el espacio doméstico se impone a los estándares de cuidado que se exigen a las instituciones especializadas pero no en el interior del hogar. Como apunta la literatura especializada (Bettio et al., 2006), el caso español forma parte del fenómeno del *care drain*, donde parte de las necesidades de cuidados se resuelven por la vía de la contratación de mujeres inmigradas. En este sentido, se observa que el ideal “en casa con la familia” oculta la voluntad de controlar y exigir sumisión a quién cuida más allá de su capacitación o formación profesional.

Se evidencia, pues, la importancia y el peso simbólico que el ideal de los cuidados de larga duración tiene en la organización del sistema español de dependencia. Un ideal que incorpora la percepción de la dependencia como un problema individual que debe resolverse dentro del ámbito privado porque las opciones que ofrece el estado no responden a las expectativas y requerimientos de las situaciones particulares. O bien, directamente no se contempla la posibilidad de respuesta por parte del estado como expresan afirmaciones de resignación como “nos ha tocado”. Se considera que la mejor manera de atender las necesidades de cuidados es en casa y con la familia, si bien este ideal muy a menudo, resulta ser un eufemismo del trabajo informal femenino que acarrear los cuidados.

Además, se observa que el discurso de las mujeres cuidadoras, tanto contratadas como de la familia, justifica las contradicciones de su situación al naturalizar los cuidados de larga duración como una responsabilidad femenina más relacionada con una identidad y una manera de ser que con un conjunto de competencias y habilidades aprendidas. Existe la percepción compartida de que cualquier mujer presenta características y habilidades que la predisponen mejor que los hombres para afrontar este tipo de tareas. Lo que condiciona las

exigencias y representaciones de lo que socialmente se considera unos buenos cuidados. Dicha *esencialización*, atribuida falsamente por razón biológica y especialización de las tareas de cuidados, alimentan la obligación moral de la responsabilidad de los cuidados así como la culpa cuando no se atienden por parte de las mujeres de la familia. Otros argumentos esgrimidos apelan al trato personalizado que ofrece el entorno familiar en comparación con las distintas instituciones que no consideran las necesidades específicas y tienden a una atención asistencial sin valorar el aporte profesional. En definitiva, un imaginario que refuerza el papel de las mujeres en los cuidados reproduciendo desigualdades de género, clase y origen al manifestarse como una preferencias que tienen cabida en el sistema de cuidados. Un imaginario que la ciudadanía expresa en términos de aspiración pero que representa un límite para el avance de las políticas orientadas a la socialización y profesionalización de los cuidados. Con todo, es preciso recordar que las preferencias no son neutras a las condiciones materiales de existencia, lo que invita a cuestionar el principio de libertad de elección en determinados sectores como se sugiere en el último apartado del capítulo.

En conclusión, el análisis del sistema de cuidados de larga duración español representa un ejemplo más de lo que Miguélez y Recio (2010) describen como el modelo de bienestar híbrido de políticas sociales ambivalente. A pesar de la relativa modernidad que representó la LAPAD, la persistencia del ideal de cuidados de larga duración “en casa con la familia” da continuidad a la tradición cultural *familista*, propia de la región mediterránea. Al mismo tiempo que este ideal representa uno de los principales obstáculos para la profesionalización del sistema de cuidados de larga duración en España a pesar del marco normativo que supuso la promulgación de la LAPAD y más allá del actual contexto de crisis (Moreno et al., 2016a-2016b).

3.2. El riesgo de la desprofesionalización

Ciertamente, a pesar del reconocimiento legal de la necesidad de profesionalización que supone la LAPAD, existen límites socioculturales que hacen difícil la construcción de un sistema profesional en el sector de los cuidados de larga duración y toleran las prácticas en el ámbito de la economía sumergida. Tomando como referencia el trabajo de Recio et al. (2015), se describen los imaginarios compartidos por familiares, trabajadoras y personal de gestión que dan cuenta de las dificultades para que las actividades de cuidado sean vistas como un empleo profesional. En concreto, se presentan tres obstáculos que dificultan el desarrollo de una estrategia de cualificación de este trabajo: factores relacionados con las representaciones sociales sobre el contenido del cuidado y quién debe prestarlo; factores que guardan relación con el reconocimiento de las cualificaciones y las estructuras jerárquicas dentro de la profesión; y factores vinculados al espacio dónde tienen lugar las tareas de cuidados.

En primer lugar, se observa que uno de los principales límites para la profesionalización debe buscarse en la propia indefinición de lo que significa e implica cuidar. Esta dificultad viene dada por la existencia de una multiplicidad de maneras, espacios y condiciones de trabajo según los condicionantes específicos que los cuidados requieren. El consenso generalizado sobre los aspectos básicos que conllevan los cuidados son: la higiene personal y del espacio; la alimentación; y los cuestiones relacionados con la medicalización (administración de

medicamentos, curas de heridas, llagas etc.). Si bien es cierto que son aspectos muy básicos, sirven para apuntar los estándares sobre los que se configura la exigencia social relativa al sistema de cuidados. Aunque éstos pueden variar en función de distintos factores como la clase social de los dependientes, la tradición de las instituciones que ofrecen los servicios de cuidado, los espacios dónde se proporcionan o los perfiles y condiciones laborales de las trabajadoras.

En segundo lugar, el consenso en torno a estos aspectos básicos contribuye a construir una representación social de los cuidados como un trabajo sucio, poco valorado, invisible y que apenas nadie reconoce. A partir de esta representación, se configuran los empleos y las profesiones vinculadas a las tareas de cuidado dificultando el prestigio del trabajo cotidiano y continuado. Por el contrario, las tareas más alejadas de la atención directa y cotidiana cuentan con un mayor prestigio y reconocimiento marcando líneas divisorias entre las trabajadoras. Las distinciones entre profesionales, aunque aparentemente neutras, en la práctica esconden una estructura jerarquizada que evidencia una desigual distribución del prestigio. Una estructura que pone de relieve el menor valor de las tareas de cuidado cotidiano, continuado y no médico, a saber, las actividades de atención directa. Este conjunto de connotaciones simbólicas explica por qué, mayoritariamente, lo realizan mujeres para las que este empleo es una salida laboral y no un proyecto profesional.

Finalmente, una tercera dificultad para la profesionalización, siguiendo la senda del ideal “en casa con la familia”, guarda relación con el espacio donde tienen lugar las tareas de cuidados en la medida que su naturaleza (pública, privado, familiar) produce relaciones distintas entre quien presta, quien recibe y quien encarga los cuidados. La centralidad que ostenta el hogar familiar en detrimento de las opciones institucionales conlleva la preferencia por la individualización de los cuidados al facilitar las elecciones sobre cómo, cuándo y de qué manera se llevan a cabo las tareas de cuidado. De los discursos, emerge la idea que la buena atención es aquella que permite ofrecer una atención individualizada a cada usuario respetando su intimidad y ofreciendo un trato cariñoso y afectuoso. Pero desde la perspectiva de la profesión, la centralidad del hogar en los cuidados contribuye a su devaluación en la medida que, a menudo, implica aceptar la informalidad, la precariedad y la no profesionalización. Las demandas de individualización del cuidado contribuyen a invisibilizar la relación conflictiva entre quién presta y quién recibe: se antepone la necesidad de unos ocultando las relaciones de poder y las desigualdades que conlleva el trabajo de cuidados cuando no se percibe como una profesión. Además, el ideal del hogar familiar va a contracorriente de la lógica de la institucionalización, dónde la organización del trabajo suele parcelar mucho las tareas de las profesionales y limitar los tiempos de atención directa. En este sentido, los trabajos que se realizan en los centros de día y residencias están fuertemente rutinizados y obedecen a una lógica cuasi industrial-fordista de distribución de tareas en tiempos, que dificulta la atención individualizada del cuidado, y que limita la autonomía de la trabajadora para decidir cuestiones importantes sobre su propio trabajo. Un tiempo disponible que además está relacionado con el número de personas que hay que cuidar y el tamaño de las plantillas de profesionales del centro.

La dificultad de definir el cuidado, las exigencias de quién decide cómo se cuida, la individualización del cuidado o la preferencia por el espacio del hogar son aspectos que entorpecen la construcción de un segmento laboral cualificado. La persistencia de la división sexual del trabajo se traduce en un imaginario colectivo sobre el cuidado y su vinculación

exclusiva al ámbito privado y del hogar. Los saberes, las aptitudes, y los conocimientos que requiere el desempeño de estas actividades parecen continuar muy impregnados de esos imaginarios colectivos que son especialmente fuertes en una sociedad *familista* como la española. Desde la perspectiva de género, se observa el proceso no neutral de construcción de la cualificación profesional a partir del cual no se incorporan determinados saberes imprescindibles para el desempeño de las tareas de cuidado y que, al contrario de lo que está aceptado socialmente, no todo el mundo adquiere.

Por un lado, el contenido del trabajo influye en las exigencias formativas y en el reconocimiento de las cualificaciones profesionales al estar ligado a los imaginarios sobre el subestimado e invisible trabajo doméstico y familiar. La cualificación necesaria para el buen desempeño del trabajo de cuidados no logra convertirse en cualificación formalmente reconocida. Estas cuestiones están íntimamente relacionadas con las dificultades de prestigiar el sector de los cuidados de larga duración dónde, además, existe una jerarquía entre las profesiones que afecta al contenido y desarrollo de las tareas. La construcción de la cualificación profesional se realiza bajo esos supuestos y es asumida por la mayoría de profesionales, quienes naturalizan las habilidades aprendidas y las capacidades necesarias para desempeñar con calidad el trabajo de atención a las personas. No se valoran los saberes necesarios asociados para el buen desarrollo de una actividad de estas características y no se tienen en cuenta los saberes indispensables para la generación del bienestar de la persona cuidada. Aunque las tareas que conlleva el trabajo de cuidados en la atención directa pueden conllevar procesos de capacitación técnica que conduzcan a mejores condiciones laborales y mayor reconocimiento del trabajo; lo que parece entretenerse es la persistencia de la desigualdad y la justificación de la estructura jerárquica entre profesionales. Se observa que el ideal de “en casa y en familia”, entendiéndolo que el buen cuidado es el que prestan las mujeres adultas de las familias, traspasa los procesos de construcción de la profesión y dificulta que las propias profesionales se imaginen como empleadas cualificadas. Este elemento también genera diferencias y desigualdades entre los perfiles profesionales, es decir, entre las personas que trabajan en la atención directa y las personas que desempeñan tareas de gestión.

Por otro lado, dada la estructura del sector y sus condiciones laborales, resulta difícil pensar en estrategias corporativas capaces de articular una demanda clara para profesionalizar el ámbito. Por esta razón, a partir del análisis de las percepciones subjetivas de las profesionales y empleadas, la evidencia recogida indicaría que la profesionalización está lejos de poder paliarse únicamente con una reformulación de la acreditación de las habilidades y competencias.

En resumen, parece claro que el régimen de cuidados español sigue anclado en un modelo familiar que tiende a reproducir desigualdades de género, clase social y origen. Las familias, y especialmente las mujeres adultas de las familias, se encargan de pensar, resolver y en gran medida ejecutar los cuidados de larga duración. En este escenario, el ideal “en casa con la familia” refuerza la división sexual del trabajo, condiciona las preferencias de la ciudadanía y el uso que hacen de las prestaciones sociales al tiempo que contribuye al desprestigio profesional de un sector imprescindible para atender las necesidades de cuidados presentes y futuros. A pesar de los imaginarios y, paradójicamente, “el SAAD muestra una sorprendente capacidad para la generación de empleo” como explica el dictamen de la Asociación de Directores Gerentes de Servicios Sociales.

4. La oportunidad: más equidad democrática y bienestar cotidiano

Más allá de los riesgos relatados, el desafío de género en los cuidados a la vejez puede representar una oportunidad para avanzar en términos de equidad democrática y bienestar cotidiano. La equidad y el bienestar se defienden como principios para diseñar e implementar medidas de actuación que permitan avanzar hacia una gestión de los cuidados igualitaria; orientada a reducir los agravios por razón de género, clase social y procedencia, así como incrementar el bienestar cotidiano. Para avanzar en la senda de la oportunidad, cabe revisar cuestiones relativas a: el tipo de protección social que deben ofrecer los estados, quién debe prestar los cuidados, cómo deben prestarse o dónde tienen que realizarse. Con el fin de apuntar algunas pistas para dar respuesta a estas preguntas y contribuir al diseño de políticas orientadas a superar los riesgos sociales, este apartado plantea dos premisas de partida para, finalmente, abordar las cuestiones centrales en torno a la organización social de los cuidados. La primera premisa propone la comunidad como un actor necesario para revisar la organización social de los cuidados. El contexto de crisis económica y la consolidación del paradigma de la austeridad como respuesta política dificultan la reivindicación de los cuidados como cuarto pilar del estado del bienestar. El crecimiento exponencial de las necesidades de cuidados, a tenor de los cambios sociodemográficos, junto al deficiente gasto en protección social destinado a los cuidados, variable según opciones ideológicas, suponen el riesgo de atribuir más responsabilidad a la familia y dejar esta cuestión en manos del mercado. Ambos casos contribuyen a la reproducción de las desigualdades sociales, siendo el género y la clase social los ejes fundamentales para la articulación de las respuestas. En este escenario, se plantea que la salida a la crisis de los cuidados debe centrarse en convertir el tradicional triángulo del bienestar -estado, mercado y familia- en un cuadrado donde la comunidad emerge como un ángulo imprescindible dibujando lo que se ha venido identificado como el diamante de los cuidados (Razavi, 2007). La propuesta de la comunidad no surge como una opción para desresponsabilizar al estado, dar mano libre al mercado y substituir a la familia. Se trata de buscar un equilibrio responsable y sensible con las necesidades surgidas de la vida humana y el derecho a un mínimo de bienestar cotidiano durante todo el ciclo vital. Entender la complicitad entre el sector público, privado y socio comunitario como una estrategia que permita fomentar la responsabilidad compartida para alcanzar acciones efectivas en términos de equidad y bienestar. Socializar los cuidados para evitar la individualización de las respuestas que conlleva el riesgo de reproducir las desigualdades sociales debido a una mayor familiarización/feminización, privatización y mercantilización.

A pesar de la presión que el envejecimiento ejerce sobre el gasto en el sector público, los cuidados de larga duración no han sido institucionalizados como otros servicios sociales. Como relata el estudio comparativo de Greve (2017), en la mayoría de países europeos se da la participación de la sociedad civil como proveedora de cuidados. No obstante, a pesar de las implicaciones positivas de la participación de la sociedad civil, también se advierte del riesgo de reproducir desigualdades en la provisión de los mismos. Por un lado, riesgos vinculados a la capacidad de las personas dependientes, según su fragilidad física y vulnerabilidad social, para acceder a los recursos proporcionados. Y, por otro lado, los riesgos relativos a la feminización y desprofesionalización de los cuidados en la medida que tras la sociedad civil se encuentra una mayoría de mujeres voluntarias. A pesar de la dificultad de contar con una definición consensuada, la apelación a la comunidad busca superar estos riesgos atribuibles a la sociedad civil tradicionalmente asociada a una visión más asistencial

y voluntaria. Por el contrario, reclamar la participación de la comunidad persigue responsabilizar a toda la población desde una lógica de concienciación social y deber ciudadano. Interpretar la vida en comunidad como la manera de concebir la sociedad donde las personas se relacionan, desarrollan y construyen vínculos tejiendo la convivencia y cooperación entre diversos colectivos a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital. Tomar parte activa de la organización social de los cuidados para facilitar su socialización evitando los riesgos de una excesiva individualización, familiarización y mercantilización. Ello implica, entre otras cuestiones, afrontar la encrucijada de derechos que se dibuja en torno a los cuidados, a saber, derecho a decidir cómo ser cuidado, derecho a no cuidar, derecho al trabajo de cuidados digno.

Más allá de los debates teóricos, existen algunas experiencias de intervención pública que promueven la comunidad como agente activo de la organización social de los cuidados. Se trata de experiencias prácticas que apuntan líneas de actuación e introducen nuevos elementos de reflexión sobre el equilibrio entre la responsabilidad pública, la profesionalidad y la atención comunitaria. El gobierno local representa el nivel idóneo para impulsar este tipo de proyectos diseñados bajo el paradigma de la innovación social con el objetivo de ensayar nuevas soluciones a viejos problemas. Desde esta perspectiva, el Ayuntamiento de Barcelona ha promovido en los últimos años iniciativas de acción comunitaria que fomentan el papel de la comunidad en la atención y el cuidado a las personas mayores. En este sentido, *Radars* es un proyecto comunitario que responde al doble objetivo de reducir el riesgo de aislamiento y de fomentar la autonomía de las personas mayores que viven solas en una gran ciudad. Se trata de una red de acción y prevención comunitaria, promovida por el ayuntamiento y un conjunto de entidades colaboradoras donde participan vecinos, comerciantes, voluntarios y profesionales de las asociaciones y servicios públicos vinculados a los diferentes territorios. Estos actores se coordinan para ayudar y facilitar la permanencia de las personas mayores en su hogar y garantizar su bienestar con la complicidad del entorno. A partir de la idea que todas las personas y entidades que integran la red forman parte de la solución, se hace un seguimiento de la cotidianidad de las personas mayores con una mirada sensible y respetuosa que llega allí donde no alcanza la administración pública. Como resultado, se fomenta la corresponsabilidad y el trabajo en común contribuyendo a generar una identidad comunitaria que transforma la realidad más allá de lo previsto en el proyecto. Otro ejemplo destacable son los pilotos del nuevo modelo de gestión del servicio de atención domiciliaria (SAD) impulsados por el mismo Ayuntamiento con el nombre de *Superilles Socials*. En este caso, se trata de una propuesta de organización social de los cuidados que busca dar respuesta a tres retos, a saber, la densidad de usuarios del SAD, la calidad del servicio y las condiciones laborales de las trabajadoras. Para ello, se introduce un modelo de gestión basado en la proximidad territorial, el trabajo en equipo, la atención centrada en la persona y la autogestión del servicio. Equipos de 10-12 trabajadoras realizan la atención de 50-60 personas en una extensión territorial muy reducida donde es posible adaptar los horarios de los servicios según las necesidades cotidianas de los usuarios y no en función de la jornada laboral. La autogestión por parte de los trabajadores y la empatía por parte de las personas usuarias contribuyen a generar la identidad comunitaria donde la flexibilidad se traduce en una mejora de la calidad de vida y de trabajo. En ambos programas, el impulso de lo público genera una identidad de grupo que actúa como círculo virtuoso al fomentar la comunidad desde la corresponsabilidad y la visibilidad social de los cuidados.

Precisamente, la segunda premisa parte del círculo vicioso que actualmente representan los cuidados en la medida que conllevan un trabajo subestimado social y económicamente que cuenta con un desprestigio que también acarrea las personas que asumen su responsabilidad desde la formalidad e informalidad. Por esta razón, es preciso sacar a la luz la economía sumergida del sector y superar el sesgo de género atribuido al contenido de las actividades. El poco prestigio de las personas cuidadoras se suma a la vulnerabilidad social del colectivo de personas dependientes que necesitan algún tipo de soporte para desarrollar las actividades de la vida diaria. Dicha condición de vulnerabilidad explica la poca visibilidad de un colectivo cada vez más numeroso pero con dificultades para reivindicar sus demandas y expresarse en contra de los recortes (en comparación a otros colectivos con más potencial movilizador como, por ejemplo, en el ámbito de la educación o la salud). En esta tesitura, se precisa convertir el círculo vicioso de los cuidados en un círculo virtuoso que empiece reconociendo el carácter universal y transversal de las necesidades de las personas dependientes dando cuenta de la importancia del trabajo de cuidados imprescindible para la reproducción de la vida humana y el bienestar de la ciudadanía. Más allá de la dicotomía dependencia/independencia, se parte del concepto interdependencia pensando que todas las personas requieren cuidados según su ciclo vital: si la dependencia es universal los cuidados son universales (Carrasco et al., 2011). Este reconocimiento social, junto su derivada económica, son la base para prestigiar las personas que desde la formalidad e informalidad asumen la responsabilidad de los cuidados. Es decir, en la medida que se valora el trabajo de cuidados se contribuye a prestigiar los saberes femeninos vinculados a las tareas que tradicionalmente han asumido las mujeres. En última instancia, se busca mejorar las condiciones laborales y la creación de empleo en el sector de los cuidados, aspectos que, a su vez, sirvan de garantía para la calidad de los servicios ofrecidos mejorando el bienestar cotidiano de los colectivos dependientes. Cabe recordar que se trata de un sector capaz de crear empleo intensivo en mano de obra en los próximos años porque, como apuntan algunos especialistas, no es deseable ni susceptible de ser sustituido por robots (Martín y Ortega, 2018). Estos autores explican que el cuidado de los mayores en España requiere personas más que robots siendo necesario aprovechar la oportunidad para desarrollar un mercado donde la digitalización no tiene lugar. Los mismos especialistas en robótica afirman que resulta deseable que las tareas de cuidados, que tendrán una demanda masiva sin satisfacer, se traduzcan en empleos que tengan la consideración social y los derechos del resto de empleos para que sean atractivos. A pesar de descartar el uso de la robótica en la provisión de los cuidados, Greve (2017) muestra como en la mayoría de países europeos se usan las nuevas tecnologías como un recurso para favorecer la permanencia en casa de las personas mayores. Una realidad que si bien en su justa medida no implica la robotización de los cuidados, recuerda el debate sobre la dificultad de profesionalizar y prestigiar los cuidados que se realizan en el ámbito privado. Con todo, de nuevo se dibuja la encrucijada de derechos en torno a los cuidados, a saber, derecho a decidir cómo ser cuidado, derecho a no cuidar, derecho al trabajo de cuidados digno. Tales cuestiones no podrán asumirse sin revisar, al mismo tiempo, la política de libre elección de las personas dependientes y sus familias sobre cómo quieren ser cuidadas. Pues esa elección tiene claras consecuencias en las condiciones laborales de las empleadas y en la calidad de los servicios.

Para lograr la cuadratura del triángulo del bienestar y el círculo virtuoso de los cuidados son imprescindibles cambios socioculturales orientados a superar los obstáculos y las resistencias que se desprenden de los imaginarios sociales compartidos. En esta ardua tarea, se pueden sugerir algunas ideas. En primer lugar, la necesidad de socializar los cuidados

derivados de la vejez con el fin de que emerjan como una responsabilidad social y no individual. Se trata de concebir las necesidades vinculadas a la dependencia desde su dimensión social lejos de intentar buscar soluciones a nivel individual. Solo desde esta perspectiva, es posible disminuir el riesgo de ver incrementar las desigualdades puesto que las soluciones a nivel individual siempre parten de las condiciones materiales de existencia y los recursos disponibles. El reto reside en socializar la responsabilidad de los cuidados alcanzando un equilibrio entre los servicios individualizados desde el ámbito institucional profesionalizado y la capacidad de permanecer tanto como sea posible en la propia casa sin generar costes adicionales a la familia.

En este sentido, es importante recordar que el hogar y la familia son espacios donde también se producen desigualdades en torno a los cuidados siendo las relaciones sociales de poder más invisibles (Torns et al., 2014). Ello implica, como segunda sugerencia, la necesidad de revisar algunos conceptos como el bienestar, la dependencia, la privacidad y el derecho a la intimidad de las personas para plantear algunas cuestiones clave: ¿Siempre es mejor envejecer en casa? ¿Hasta qué punto es preciso tomar en consideración las preferencias de la población dependiente cuando estas contribuyen a perpetuar desigualdades y perjudican su propio bienestar? Algunos estudios defienden que la preferencia por permanecer en casa a medida que se envejece es mayoritaria, beneficia la salud y mejora el bienestar de los mayores siempre que se garantice la adecuación de los hogares (Lebrusan, 2017; Pinzón Pulido, 2016). Además, se argumenta que la opción de que las personas mayores permanezcan en su casa representa la opción más económica para el estado. Sin embargo, desde la perspectiva de género, se recuerda que los cuidados en casa siempre requieren de una persona que asuma su responsabilidad y, por el momento, el sesgo de género permanece. Además de las carencias relacionales que pueden acompañar los cuidados en el hogar comparado con las distintas opciones de institucionalización (residencia, centro de día, piso asistido, etc.) que facilitan el contacto con otras personas compartiendo espacios socioeducativos que pueden contribuir a frenar la pérdida de capacidades.

En tercer lugar, se plantea la oportunidad de revisar la organización social de los cuidados aprovechando la reflexión, experiencia y práctica de los otros dos grandes pilares del sistema de bienestar, la salud y la educación. En este sentido, sería bueno fijarse y aprender de estos sectores que, a lo largo de los últimos años, han contribuido a socializar aspectos considerados absolutamente privados y de responsabilidad individual. Un buen ejemplo es el proceso que condujo a aceptar socialmente la escolarización durante el período de 0 a 3 años, opción que se relacionaba con una falta de responsabilidad por parte de las madres hasta hace poco. O bien como el sistema de salud pública gestiona las demandas de un trato más personalizado. Por el momento, se ha argumentado la idoneidad de socializar y personalizar los cuidados. Para ello, resulta necesario implementar el modelo de gestión centrado en la persona potenciando la interdisciplinariedad con el fin de ofrecer un abordaje integral.

Finalmente, se sugiere la necesidad de impulsar una nueva cultura de los cuidados que introduzca la prevención, la planificación y la evaluación para mejorar la atención y el soporte a la población dependiente de los sistemas de cuidados. Desde la perspectiva de la ciudadanía, es importante fomentar la responsabilidad compartida de los cuidados en términos de derechos y deberes. Algunos estudios introducen la posibilidad de una cultura de cuidados en transición a medida que las generaciones más jóvenes asumen el rol de

cuidadoras y esta experiencia abre la posibilidad de cuestionar las preferencias de las generaciones mayores (Moreno, 2007). Desde la perspectiva de los gobiernos, es imprescindible abordar la cuestión de manera integral y con cierta perspectiva temporal; mejoras en la detección de la dependencia permiten introducir medidas de prevención y planificación a medio y largo plazo. Asimismo, resulta relevante evaluar de manera constante el impacto de las políticas para dar cuenta de la eficacia del sistema y mejorar lo que no funciona¹².

En definitiva, el desafío de género en los cuidados a la vejez puede representar una oportunidad para mejorar la equidad democrática y el bienestar cotidiano pero se precisa un cambio sociocultural que cuestione el sujeto, el objeto y el escenario de actuación desde la perspectiva de género. De lo contrario, sólo los extremadamente privilegiados podrán envejecer con un mínimo de calidad de vida en un espacio de privacidad mal entendida. Privilegio que recuerda la persistencia tanto de las desigualdades de clase social como las de género: las condiciones materiales facilitan la mercantilización de los cuidados reforzando su feminización. El carácter controvertido de los cuidados se acentúa desde la perspectiva de género interpelando a los poderes públicos: ¿Debe el estado garantizar las preferencias de la ciudadanía cuando manifiestan la voluntad de escoger libremente envejecer “en casa con la familia” si esta opción contribuye a reproducir las desigualdades sociales?

5. Referencias bibliográficas

- ASOCIACIÓN ESTATAL DIRECTORES Y GERENTES SERVICIOS SOCIALES. (2018): XVIII Dictamen del Observatorio Estatal para la Dependencia (en línea): <https://www.directoressociales.com/images/dec2018/XVIII%20Dictamen%20baja.pdf> acceso 20 julio 2018.
- ALIAGA, C. (2006): “How is the time of women and men distributed in Europe?”, *Eurostat Statistics in Focus*, 4. Luxemburg: European Commission.
- BENERÍA, L. (2008): “The crisis of care, international migration, and public policy”, *Feminist Economics*, vol. 14, nº 3: 1-21.
- BETTIO, F.; SIMONAZZI, A. Y VILLA, P. (2006): “Changes in care regimes and female immigration: the «care drain» in the Mediterranean”, *Journal of European social policy*, vol. 16, nº 3: 271-285.
- BETTIO, F. Y VERASHCHAGINA, A. (2012): *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. European Comission (en línea): http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf acceso 2 julio 2018.
- BORRÀS, V.; AJENJO, M.; MORENO, S. (2018): “More time parenting in Spain: a possible change towards gender equality?”, *Journal of Family Studies* (acceso online <https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1440618>).

¹² Por ejemplo, en este sentido, existe el referente de las políticas de recapacitación impulsadas por el gobierno danés antes de asignar los recursos de ayuda (servicios de atención domiciliaria, centro de día, residencia de largo plazo, etc.). El principal objetivo es impulsar procesos de reaprendizaje entre las personas con dependencia moderada para ayudarles a realizar con autonomía las actividades de su vida diaria permaneciendo en casa el mayor tiempo posible.

- CARRASCO, C; ALEMANY, C. Y TORNOS, T. (2011): *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas*, Madrid, Los libros de la Catarata.
- CROMPTON, R. (1999): *Restructuring gender relations and employment. The decline of the male breadwinner*, Oxford: Oxford University Press.
- DALY, M. Y LEWIS, J. (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, vol. 51, nº 2: 281-298.
- DURÁN, M^a A. (2012): *El trabajo no remunerado en la economía global*, Madrid: Fundación BBVA.
- ESPING ANDERSEN, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- FERNÁNDEZ MUÑOZ, J. (coord.) (2017): *Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*, Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en línea): http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf acceso 22 agosto 2018.
- FINCH, J. Y D. GROVES (eds.) (1993): *A labour of Love: women, work and caring*, London: RKP.
- GLENN, E.N. (2000): "Creating a Caring Society", *Contemporary Sociology*, vol. 29, nº 1: 84-94.
- GRAHAM, H. (1983): "Caring: A labour of Love", J. Finch y D. Groves (eds.), *A labour of Love: women, work and caring*, London: RKP, pp.13-30.
- HOCHSCHILD, A.R. (2001): "Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional", W. Hutton y A. Giddens (eds.), *En el límite: la vida en el capitalismo global*, Barcelona: Tusquets, pp.187-208.
- INE (2018): Proyecciones de población 2016-2066 (en línea): http://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=&operacion=Proyecciones+de+poblaci%F3n&id_oper=lr acceso 20 agosto 2018.
- KNIJN, T. Y VERHAGEN, S. (2007): "Contested Professionalism Payments for Care and the Quality of Home care", *Administration and Society*, vol. 39: 451-474.
- GREVE, B. (ed.) (2017): *Long-term Care for the Elderly in Europe. Development and Prospects*, Nueva York: Routledge, 2017
- KRÖGER, T. (ed.) (2004): *Families, Work and Social Care in Europe. A qualitative study of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and the UK*, SOCCARE-Project. Report 6 (en línea): <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/soccare/> acceso 2 julio 2018.
- KRÜGER, K. Y JIMENEZ, E. (2013): "La ley de dependencia ¿un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización", *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Vol. XVII, (436).
- LEBRUSÁN MURILLO, I. (2017): *La vivienda en la vejez: problemas y estrategias para envejecer*, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- LEITNER, S. (2003): "Varieties of Familism. The caring function of family in comparative perspective", *European Societies*, vol. 5, nº 4: 353-375.
- LETABLIER, M.T. (2007): "El trabajo de "cuidados" y su conceptualización en Europa", C. Prieto (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*, Madrid, Hacer-UCM.
- LEWIS, J. (2001): "Older People and the health social care boundary in the UK: half a Century of Hidden Policy Conflict", *Social Policy and Administration*, vol. 35, nº 4: 343-359.

- LEWIS, J. (2008): "Gender and welfare state change", S. Leibfried y S. Mau, (eds.), *Welfare states: construction, deconstruction, reconstruction*, Cheltenham, UK: Edward Elgar,
- LEICHSENDRING, K; BILLINGS, J y NIES, H. (eds.) (2013): *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*, Nueva York: Palgrave Macmillan.
- LYON, D. Y GLUKSMANN, M. (2008): "Comparative Configurations of Care Work across Europe", *Sociology*, nº 42, vol. 1: 101-18.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migraciones internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 28, nº 1: 93-123.
- MIGUÉLEZ, F. Y RECIO, A. (2010): "The Uncertain Path from the Mediterranean Welfare Model in Spain", D.Anxo, G. Bosch y J.Rubery (eds.), *The Welfare State and Life Transitions in European Perspective*, London: Edward Elgar Publishing.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. (2008): *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*, Madrid: IMSERSO.
- O'CONNOR, J. (1993): "Gender, class and citizenship in the comparative analysis of welfare states regimes: theoretical and methodological issues", *British Journal of Sociology*, vol. 33, nº 3.
- ORLOFF, A. (1993): "Gender and the social right citizenship: state policies and gender relations in comparative research", *American Sociological Review*, vol. 58, nº3.
- MARTÍN QUETGLAS, G Y ORTEGA, A. (2018): *El cuidado de los mayores en España: personas más que robots*, Barcelona: CTESC.
- MORENO, S. (2007): *Temps, treball i benestar: una aproximació des de la vida quotidiana*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona (en línea): <https://www.tdx.cat/handle/10803/5136;jsessionid=F9B1D416BBCD2D4503563DE89E49DF1A> acceso 20 julio 2018.
- MORENO, S.; AJENJO, M; BORRÀS, V. (2018): "La masculinización del tiempo dedicado al trabajo doméstico rutinario". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63: 41-57.
- MORENO, S. (2017) "The gendered division of housework time: Analysis of time use by type and daily frequency of household tasks", *Time & Society*, 26 (1): 3-27.
- MORENO, S.; RECIO, C.; TORNS, T.; BORRÀS, V. (2016a): "Long-term care in Spain: Difficulties in professionalizing services", *Journal of Women & Aging* 29(3): 200-215.
- MORENO, S.; RECIO, C.; BORRÀS, V.; TORNS, T. (2016b): Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras", *Papeles del CEIC*, vol. 2016/1, nº 145.
- PARELLA, S. (2003): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona: Anthropos.
- PARREÑAS, R. S. (2001): *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic work*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- PEREZ OROZCO, A. (2006): *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los Cuidados*, Madrid: Consejo Económico y Social.
- PICKARD, L. (2001): "Carer Break or Carer-blind? Policies for informal Carers in the UK?", *Social Policy and Administration*, vol. 35, nº4: 441-458.
- PICKARD, L. (2012): "Substitution between formal and informal care: a natural experiment in social policy in Britain between 1985 and 2000", *Ageing and Society*, vol. 32: 1147-1175.
- PINZÓN-PULIDO, S.A. (2016): *Atención residencial vs. atención domiciliaria en la provisión de cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia*, tesis doctoral, Universidad de Sevilla.

- RAZAVI, S. (2007): "The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options", *Gender and Development Programme*, Paper Number 3, United Nations Research Institute for Social Development. (en línea):
[http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)
- RECIO, C. (2011): "El sector de atención a las personas e España", *Sociología del Trabajo* 71: 7-25.
- RECIO, C; MORENO, S.; BORRAS, V.; TORNS, T. (2015): "La profesionalización del sector de los cuidados", *Zerbitzuan*, nº60:179-193.
- REHER, D. YREQUENA, M. (2017): "Elderly women living alone in Spain: the importance of having children", *European Journal of Ageing*, 14(3)
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1998): "El Estado del Bienestar en España: pautas evolutivas y reestructuración institucional", J.Subirats y R. Gomà (eds.), *Las políticas públicas en España*, Ariel, Barcelona, pp. 135-151.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G., (2004): *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid: Fundamentos.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): "Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, nº 1: 13-42.
- SAINSBURY, D. (1994): *Gendering Welfare States*, Londres: Sage.
- SAAD. (2012): *Informe 2012 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, Madrid: IMSERSO.
- SARACENO, C. (1995): "Familismo ambivalente y clientelismo categórico en el Estado del Bienestar italiano", S. Sarasa y L. Moreno (eds.), *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, CSIC, Madrid.
- SARACENO, C. y KECK, W. (2008): "The institutional framework of intergenerational family obligations in Europe", Report Multilinks Project. (En línea): <http://multilinks-database.wzb.eu/pdf/conceptual-report.pdf>
- SIMONAZZI, A. (2009): "Care regimes and National Employment Models", *Cambridge Journal of Economics*, vol. 33, nº 2: 211-232.
- THOMAS, C. (1993): "De-constructing concepts of care", *Sociology*, vol. 27, nº 4: 649-669.
- UNGERSON, C. (1997): "Social politics and the commodification of care", en *Social Politics*, vol. 4, nº 3: 362-381.
- UNGERSON, C. (2004): "Whose employment and independence? A cross-antional perspective on 'cash for care' schemes", *Ageing and Society*, vol. 24:189-212.
- UNGERSON, C. (2005): "Care, work and feeling", *The Sociological Review*, vol.53, nº 2.
- VEGA, C. (2009): *Culturas del cuidado en transición. Espacios sujetos imaginarios en una sociedad en migración*, Barcelona: UOC.
- SARACENO, C. (2010): "Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective", *Journal of European Social Policy* 20: 32-44.
- TORNS, T.; CARRASQUER, P.; PARELLA, S.; RECIO, C. (2007): *Les dones i el treball: mites i certeses*. Barcelona: Institut Català de les dones.
- TORNS, T.; BORRÀS, V.; MORENO, S.; RECIO, C. (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado* (en línea):
http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2014/docs/Nuevas_profesiones_organizacion_social.pdf acceso 23 julio 2018.

- VVAA. (2018): Vejez y cuidados ¿Cómo viviremos y nos cuidaremos cuando seamos mayores?, Dossier 05, La Caixa (en línea):
<https://observatoriosociallacaixa.org/es/dossier-vejez-y-cuidados>, acceso 20 julio 2018.
- WILLIAMS, C. (2004): "The sandwich generation". *Perspectives on Labour and Income* 5 (9): 5-12.