

86

ZERBITZUAN

7 HACIA UNA PROPUESTA INTEGRAL PARA EL ANÁLISIS COMPARADO DE LOS MODELOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN 37 ANÁLISIS COMPARADO DE LOS MODELOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS EN OCHO PAÍSES DE EUROPA, ASIA Y NORTEAMÉRICA 71 LA RECONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS Y LA APUESTA POR LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN 89 GIPUZKOAN ZAURGARRITASUN BEREZIKO EGOERAN EGITEN DIREN ZAINTZA-ESPERIENTZIEI BURUZKO AZTERKETA KUALITATIBOA 101 CUIDADOS DOMICILIARIOS MÁS ESPECIALIZADOS, PERSONALIZADOS Y ORIENTADOS A LA COMUNIDAD: EL CASO DE ZAINTZAK GERTU 121 ECOS DEL SILENCIO. UN ESTUDIO DE CASOS SOBRE LA SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES 135 GIPUZKOAKO UDALERRI TXIKIETAKO GIZARTE- ETA HEZKUNTZA-ARLOKO ESKU-HARTZEAREN DEFINIZIOA PROZESU TEKNIKO PARTEKATUTAKO ESPERIENTZIA BATEN BIDEZ 153 ERRONDO GURE ETXEA: UN CENTRO DE BAJA EXIGENCIA Y ALTA INTENSIDAD DE APOYOS PARA PERSONAS SIN HOGAR



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA
DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
IRAILA · SEPTIEMBRE 2025



Zerbitzuan gizarte-ongizateko gaietara dedikatzen den zientzia-aldizkari bat da. Bideratzen zaie arlo honetan jarduten duten eragile horiei guztiei —profesional, erakunde-arduradun, ikerlari, voluntario eta erabiltzaileei—, eta xede du ekarpenak eskaintzea politika eta gizarte-zerbitzuen hobekuntzarako eztabaidean. Lau hilez behingoa aldizkakotasuna du, eta argitaratzen da bai paper bai formatu elektronikoan.

Zerbitzuan es una revista científica dedicada a las políticas de bienestar social. Se dirige a todos los agentes involucrados en este ámbito —profesionales, responsables institucionales, investigadores/as, voluntariado y usuarios/as— y tiene como objetivo contribuir al debate sobre la mejora de las políticas y los servicios sociales. Su periodicidad es cuatrimestral y se edita tanto en papel como en formato electrónico.

Egileen iritzia azaltzen dute aldizkari honetan argitaratutako kolaborazioek, eta ez da azaltzen derrigorrean *Zerbitzuan* edo SIISen iritzi propioa. Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de *Zerbitzuan* o la del SIIS.

EKOIZLEA ■ PRODUCE
SIIS Servicio de Información e Investigación Social
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
Fundación Eguía Careaga Fundazioa
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
www.siis.net
publicaciones@siis.net

Tirada: 733 ale/ejemplares

© Euskadi Autonomía Erkidegoko Administración.
Ongizate, Gazteria eta Erronka Demografikoaren Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Bienestar, Juventud y
Reto Demográfico

DISEINUA ■ DISEÑO
Estudio Lanzagorta

MAKETAZIOA ■ MAQUETACIÓN
Concetta Probanza

INPRIMATZEA ■ IMPRESIÓN
GZ PRINTEK, S.A.L.

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.86>

® Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
SIIS Servicio de Información e Investigación Social
de la Fundación Eguía-Careaga

Baimentzen da edonolako bidetik eginkiro aldizkari honetako artikuluen erreprodukzio osoa edo partziala, betiere iturria, egile edo egileak aipatzten direnean. Está permitida la reproducción total o parcial por cualquier medio de los artículos contenidos en esta revista, siempre que se cite la fuente y el autor o autores.

Aldizkaria honako datu-baseetan zerrendatuta dago:
Esta revista está incluida en las siguientes bases de datos:
• CIRC, Dialnet, Dulcinea, Ebsco, Inguma, Índice CSIC, Journal Scholar Metrics, Latindex (directorios), MIAR, Scilit, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

Artikuluak Artículos

7

Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración

Joseba Zalakain

37

Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica

Sara Peña Valderrama
Joseba Zalakain

71

La reconceptualización del modelo de cuidados y la apuesta por la desinstitucionalización

Begoña Consuegra Cano

89

Gipuzkoan zaurgarritasun bereziko egoeran egiten diren zaintza-experimentazioei buruzko azterketa kualitatiboa

Sara Peña Valderrama
Raquel Sanz
Inti Fraile Aramburu
Idoia García Goikoetxea
Imanol Ilárraz

101

Cuidados domiciliarios más especializados, personalizados y orientados a la comunidad: el caso de Zaintzak Gertu

Garikoitz Agote Alberro
Almudena Esteberrena Merino
Aintzane Garmendia Goicoechea
Eunate Alonso Yuguero
Itziar Barragán Rodiño
Alejandra Hermoso Humbert

121

Ecos del silencio. Un estudio de casos sobre la soledad en las personas mayores

Luis Miguel Rondón García
Rosa Raquel Ruiz Trascastro
Bibiana Navarro Matillas
Doris Otis Mohand

Esperimentziak Experiencias

135

Gipuzkoako udalerri txikietako gizarte-eta hezkuntza-arloko esku-hartzearen definizioa prozesu tekniko partekatutako esperientzia baten bidez

Ainhoa Martín Blázquez
Iraide Etxabe Albarez
Jesús Otaño Maiza

153

Errondo Gure Etxea: un centro de baja exigencia y alta intensidad de apoyos para personas sin hogar

Xabier Enrique Hernández

ZERBITZUAN 86



Artikuluak
Artículos

Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración

Joseba Zalakain

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía Careaga
jzalakain@siis.net

Artikulu honek iraupen luzeko zaintza-sistema nazionaleen analisi konparatuaren sakontzen du. Horretarako, azken urteotan gai horren inguruaren sortutako literatura errepasatzen du. Ondoren, azterketa horien ondoriozko ikaskuntzak laburbiltzen ditu eta horien mugak adierazten ditu. Azkenik, iraupen luzeko zainketen analisi konparaturako eskema alternativo bat planteatzen du, lau ardatzetan egituratutako eskema bat, eredu bakoitzaren oinarri kontzeptualak, erabiltzen dituen mekanismoak eta tresnak, horien irismena eta hedapena, eta, azkenik, horien eragina bereizten dituena.

Gako-hitzak:

Iraupen luzeko zainketak, ezgaitasuna, mendekotasuna, ereduak, tipología, literatura científica.

Este artículo profundiza en el análisis comparado de los sistemas nacionales de cuidados de larga duración. Para ello, repasa la literatura producida en los últimos años con relación a esa materia. Seguidamente, resume los aprendizajes que se derivan de tales análisis y señala sus limitaciones. Por último, plantea un esquema alternativo para el análisis comparado de los cuidados de larga duración, un esquema articulado en cuatro ejes que diferencian las bases conceptuales de cada modelo, los mecanismos y herramientas que utiliza, su alcance y despliegue, y, finalmente, su impacto.

Palabras clave:

Cuidados de larga duración, discapacidad, dependencia, modelos, tipología, literatura científica.

1. Introducción

El SIIS Servicio de Información e Investigación Social, de la Fundación Eguía Careaga, participó durante 2024 en el proyecto COMPAC, liderado por el Centro de Derecho Comparado del Trabajo y la Seguridad Social de la Universidad de Burdeos. El proyecto pretende, por una parte, describir y comparar diferentes sistemas nacionales de cuidados de larga duración (Alemania, Canadá, China, España, Finlandia, los Países Bajos, Italia, Japón, el Reino Unido, Suecia) y, por otra parte, estudiar de forma detallada y específica las adaptaciones territoriales y los dispositivos locales existentes en Francia.

Para avanzar en el primero de los ejes de trabajo mencionados —el análisis comparado de los sistemas de cuidados de larga duración—, el SIIS elaboró un trabajo de investigación con dos objetivos complementarios:

- En primer lugar, identificar cuáles son las tipologías que se vienen utilizando en la literatura comparada a la hora de analizar los sistemas nacionales de cuidados de larga duración y, particularmente, cuáles son las dimensiones que más habitualmente se tienen en cuenta.
- En segundo lugar, a partir de ese marco analítico, describir cómo responden ocho países de Europa, Asia y América —concretamente, Francia, el Reino Unido, Italia, Finlandia, Japón, Canadá, España y Alemania— a las dimensiones analizadas, y en qué modelos o tipologías se enmarcan.

Para cumplir esos objetivos, el estudio realizado analiza, en primer lugar, las tipologías de modelos de cuidados de larga duración identificadas en la literatura académica y las dimensiones que tienen en cuenta para el análisis comparado. También se repasan las limitaciones de esos análisis comparados y se plantea una propuesta para sistematizar las comparaciones entre países o modelos. Esta sistematización permite, por una parte, identificar las dimensiones e indicadores de interés y, por otra, diferenciar los ejes a los que responden esas dimensiones: bases conceptuales, mecanismos organizativos, implantación y despliegue e impacto. En segundo lugar, el estudio realizado describe qué respuesta da cada uno de los países analizados a las dimensiones más relevantes, es decir, qué opciones ha tomado cada uno de los países analizados de cara a la articulación de su modelo, en función de sus tradiciones culturales, inercias institucionales, características sociodemográficas o preferencias sociales.

Este artículo resume la primera parte del estudio señalado¹, centrada, como se ha dicho, en la identificación de tipologías y dimensiones para el

análisis comparado de los modelos nacionales de cuidados de larga duración. La estructura del artículo es la siguiente:

- En primer lugar, se realiza un repaso de la literatura producida en los últimos años con relación a los análisis comparados en materia de cuidados de larga duración.
- En segundo lugar, se resumen los aprendizajes que se derivan de esos análisis comparados y se señalan las limitaciones que esos análisis tienen.
- En tercer lugar, se plantea un esquema alternativo para el análisis comparado de los cuidados de larga duración. Este esquema se articula en cuatro ejes que diferencian las bases conceptuales de cada modelo, los mecanismos y herramientas que utiliza, su alcance y despliegue y, finalmente, su impacto.

2. Tipologías y modelos de cuidado: un repaso de la literatura

Una de las revisiones más recientes y completas sobre el análisis comparado y sobre las tipologías de modelos de cuidados de larga duración (Fischer, 2021) identifica un amplio número de estudios comparativos centrados en la construcción de tipologías de modelos de cuidados de larga duración. El análisis de esas tipologías, y la posibilidad de comparar unos modelos con otros, es esencial para el aprendizaje mutuo y la mejora continua de los sistemas. Como explica Fischer (2021), la elaboración de clasificaciones o tipologías resulta un aspecto fundamental en el análisis y la comprensión de cualquier sistema o política, en la medida en que permite agrupar entidades en función de sus similitudes. "En particular", continúa, "las tipologías son un instrumento útil —y popular— en la investigación en ciencias sociales, ya que pueden captar simultáneamente las similitudes y diferencias de los objetos de investigación en varias dimensiones, además de facilitar el desarrollo y la elaboración de conceptos, teorías e hipótesis" (Fischer, 2021: 23).

A partir del trabajo pionero de Esping-Andersen (1990) sobre los régimen de bienestar, el análisis comparado sobre los modelos de protección social ha sido abundante y prolífico. Los estudios comparativos específicamente centrados en los modelos de cuidados —y, más concretamente, de cuidados de larga duración— empiezan a publicarse a mediados de los años noventa y han experimentado, desde entonces, un amplio desarrollo. De hecho, la revisión de Fischer (2021) contabiliza un total de veinte investigaciones que identifican otras tantas tipologías para la clasificación de los modelos de cuidados de larga duración. No se trata, en términos generales, de análisis comparativos —que se limitan a comparar los datos de diversos países—, sino de trabajos orientados a la identificación de tipos diferentes que, en función de determinadas dimensiones, permiten agrupar los países analizados en modelos diferentes, con características distintivas.

¹ La segunda parte del estudio se resume en el segundo artículo de este mismo número de Zerbitzuan ("Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica").

En este apartado se revisan algunas de esas tipologías. El objeto de la revisión no ha sido resumir todos los trabajos publicados, sino los más relevantes, representativos o interesantes a la hora de identificar las dimensiones objeto de análisis y las clasificaciones resultantes².

Se analizan, en primer lugar, los estudios que pueden considerarse pioneros (Anttonen y Spila, 1996; Pacolet *et al.*, 1998; Kraus *et al.*, 2010; Carrera *et al.*, 2013) y se centran de forma específica en Europa, desde una perspectiva integral. Posteriormente, se analizan otros trabajos más recientes, centrados tanto en Europa (Pavolini, 2021) como en los países de la OCDE (Colombo *et al.*, 2011; Dyer *et al.*, 2019; Halásková *et al.*, 2017; Arians *et al.*, 2023; Llena-Noza et al., 2025), también desde una perspectiva integral. Por último, se analizan otras tipologías que, frente a las anteriores, se construyen a partir de dimensiones o ejes temáticos específicos. Las dimensiones que se han tenido en cuenta son:

- Modelos de financiación (Costa-Font, 2015; Joshua, 2017; Lee *et al.*, 2023; Angrisani *et al.*, 2022).
- Participación de los agentes sociales y estructuración competencial (Rothgang *et al.*, 2021; Och, 2015).
- Evaluación y gestión de la calidad (Leone *et al.*, 2014).
- Desfamiliarización e igualdad de género (Leitner, 2003; Saraceno y Keck, 2010; Pfau-Effinger, 2014; Bartha y Zentai, 2020; Van Damme *et al.*, 2024).
- Intersección entre familiarismo y prestaciones económicas (Da Roit y Le Bihan, 2019; Le Bihan *et al.*, 2019).
- Participación de la población inmigrante en las tareas de cuidado (Bettio *et al.*, 2006; Van Hooren, 2012; Da Roit y Wich, 2013; Van Hooren *et al.*, 2021; Rothgang *et al.*, 2021; King-Dejardin, 2019).
- Procesos de cambio y reforma de los modelos de cuidados de larga duración, desde una perspectiva dinámica (Bertin *et al.*, 2021; Simmons *et al.*, 2024; Gori *et al.*, 2015).

2.1. Tipologías generales o multidimensionales

“Servicios de cuidado en Europa. ¿Es posible identificar modelos?” es el título del artículo publicado en 1996 por Anttonen y Spila y que, en cierto modo, inicia el trabajo de análisis comparado respecto a una función entonces asumida de forma incipiente por los Estados del bienestar en Europa. El artículo se centra tanto en los cuidados a la infancia como en los cuidados de larga duración a las personas mayores, y establece cuatro tipos o modelos, en función de dos elementos: la disponibilidad de cuidados para ambos

² En ese sentido, se han tenido en cuenta los estudios que centran su análisis en las bases conceptuales de cada sistema o en sus mecanismos o herramientas, y no tanto los que se limitan a comparar datos de alcance, cobertura o impacto.

colectivos y las tasas de empleo femenino. A partir de estas dimensiones, los modelos identificados son el escandinavo, con servicios de cuidado ampliamente disponibles para la infancia y las personas mayores y tasas elevadas de empleo femenino; el meridional (Portugal, España, Grecia e Italia), generalmente caracterizado por una baja disponibilidad de servicios y tasas reducidas de empleo femenino; el británico, de carácter selectivo y con una baja disponibilidad de recursos, y el correspondiente a la Europa central (Alemania, Bélgica y, en menor medida, Francia), caracterizado por la idea de subsidiariedad del Estado frente a la sociedad civil. Este es, en cualquier caso, el grupo más heterogéneo, tanto por las diferencias entre unos países y otros como por la diferente forma en la que en cada país se contemplan los cuidados a la infancia y a las personas mayores (Anttonen y Spila, 1996).

Poco después, un trabajo más amplio y exhaustivo financiado por la Comisión Europea (Pacolet *et al.*, 1998) plantea un análisis en el que los modelos de cuidados de larga duración se dividen en dos grupos y cuatro subgrupos. De una parte, los países que comparten una lógica basada en los derechos de ciudadanía (modelo Beveridge); estos países se dividen en dos grupos: los nórdicos, de un lado, y los anglosajones, de otro. Por otra parte, los basados en un modelo contributivo o de aseguramiento público (modelo Bismarck), que se dividen, también a su vez, en dos grupos desde la perspectiva territorial (países mediterráneos y países del centro de Europa). Esta tipología se plantea, en cualquier caso, a efectos descriptivos, al objeto de analizar cómo abordan cada uno de esos grupos las necesidades en materia de cuidados de larga duración. De hecho, el objetivo del trabajo no es tanto construir nuevas tipologías, sino analizar cómo los modelos clásicos del Estado del bienestar articulan los servicios desde la perspectiva del tipo y variedad de recursos, su asequibilidad y su disponibilidad.

Siguiendo en el ámbito europeo, una de las tipologías de modelos de cuidados de larga duración más citadas e influyentes es la desarrollada en 2010 en el marco del proyecto ANCIEN (Kraus *et al.*, 2010), en un momento en el que los sistemas de cuidados de larga duración ya tenían una cierta consolidación. Esta revisión plantea dos enfoques complementarios: uno basado en el diseño del sistema, con indicadores de tipo cualitativo y cuantitativo, y otro basado en su cobertura y financiación, con indicadores exclusivamente cuantitativos. Entre las características relacionadas con el diseño del sistema se incluyen las siguientes:

- Grado de selectividad y garantía del derecho: en qué medida el acceso a los servicios se restringe en función del nivel de renta y en qué medida el derecho de acceso tiene carácter subjetivo, es decir, se garantiza a todas las personas que cumplen los requisitos de acceso, al margen de la discrecionalidad técnica o política de las administraciones, o la disponibilidad de fondos presupuestarios.

- Disponibilidad de prestaciones económicas en metálico y posibles usos de esas prestaciones.
- Capacidad de elección del proveedor de servicio, ya sea en el ámbito domiciliario o en el residencial.
- Existencia de sistemas de gestión de la calidad y sus características.
- Nivel de integración o coordinación de la atención social y sanitaria.
- Cobertura del coste real de los servicios. Este indicador mide en qué medida el sistema público de cuidados cubre la totalidad de los gastos que requiere la atención. El indicador se refiere tanto al copago de los servicios provistos por la Administración como la necesidad de adquirir servicios o prestaciones adicionales a los que el sistema público ofrece.
- Gasto público en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB.

Para la segunda perspectiva, se seleccionaron ocho indicadores cuantitativos que analizan similares dimensiones:

- Gasto público con relación al PIB (corregido por el porcentaje de personas mayores de 65 años).
- Gasto privado como porcentaje del gasto total en cuidados de larga duración.
- Cobertura (porcentaje de personas usuarias de servicios de atención formal con relación a la población mayor de 65 años).
- Cuidados informales (porcentaje de personas que reciben cuidados informales, con relación a la población mayor de 65 años).
- Grado de apoyo a las personas cuidadoras (variable ordinal que oscila entre 3 y 8 puntos).
- Nivel de accesibilidad (universalidad y garantía de derechos).
- Grado de focalización en las personas con mayores necesidades (escala de 1 a 4).
- Relevancia de las prestaciones económicas (cuantía media de las prestaciones teniendo en cuenta el nivel de ingresos de cada país).

Tras aplicar este marco de indicadores al conjunto de los países de la UE, los autores destacan —además de la dificultad para la obtención de datos suficientemente sólidos, especialmente para los países de Europa del Este— que buena parte de las dimensiones consideradas son irrelevantes a la hora de generar clasificaciones homogéneas y consistentes, y que la mayor parte de la variabilidad de los modelos se explica por cuatro variables básicas: el gasto público en cuidados de larga duración, el porcentaje de financiación privada respecto al coste total de la atención, el grado de apoyo a los cuidadores informales y la extensión del cuidado informal. El uso de cuidados formales, el papel de las prestaciones económicas, o la accesibilidad del sistema son elementos de interés,

señalan los autores, pero poco relevantes para la construcción de modelos consistentes. Del análisis de Kraus realizado se derivan cuatro grandes grupos o modelos de países, en función de las dimensiones y variables señaladas (cuadro 1).

Cuadro 1. Tipología de modelos de cuidados de larga duración propuesta por Kraus *et al.* (2010)

Definición del sistema	Países	Características
Orientado a la atención informal, gasto privado bajo	Bélgica, Chequia, Alemania, Eslovaquia	Gasto público bajo, gasto privado bajo, uso elevado de la atención informal, apoyo elevado a la atención informal, uso moderado de prestaciones económicas
Generoso, accesible y formalizado	Dinamarca, Países Bajos, Suecia	Gasto público alto, gasto privado bajo, uso reducido de la atención informal, apoyo elevado a los cuidadores informales, uso moderado de prestaciones económicas
Orientado a la atención informal, gasto privado elevado	Austria, Inglaterra, Finlandia, Francia, España	Gasto público medio, gasto privado alto, recurso elevado a la atención informal, uso elevado del cuidado informal, elevado uso de las prestaciones económicas
Gasto privado elevado, el cuidado informal se plantea como inevitable	Hungría, Italia	Gasto público bajo, gasto privado bajo, uso elevado de la atención formal, escaso apoyo a los cuidadores informales, uso intermedio de prestaciones económicas

Fuente: Kraus *et al.* (2010: 39), adaptado

Más allá de la dificultad para obtener datos adecuados, los autores de esta tipología destacan que la consideración de estas variables permite crear modelos de cuidados de larga duración que no necesariamente coinciden con las tipologías habituales en el análisis de las políticas sociales y que se generan, así, modelos o grupos que permiten aprehender de forma más matizada las variables que verdaderamente diferencian unas realidades nacionales de otras.

En una línea parecida, un estudio realizado tres años después (Carrera *et al.*, 2013) señala las dimensiones que deberían o podrían tenerse en cuenta a la hora de definir una tipología de cuidados: el papel de los cuidadores informales, la preferencia social respecto a los diversos tipos de cuidado, las tasas de cobertura y los niveles de financiación, los niveles de satisfacción respecto a los servicios públicos de cuidados y el impacto de estos (medido en términos de desigualdades en el acceso y posibilidades de conciliación). El trabajo recoge, a partir de diversas fuentes, los datos correspondientes a cada una de esas dimensiones en los países de la UE, sin llegar en cualquier caso a ofrecer una tipología específica. En ese sentido, Carrera *et al.* (2013) se limitan a señalar la existencia en Europa de dos grandes modelos de

cuidados de larga duración: el primero se caracteriza por niveles elevados de gasto público y tasas altas de cobertura; el segundo, por un gasto público más reducido y un recurso más frecuente a las prestaciones económicas como principal herramienta para acceder a los cuidados. Entre estas dos posiciones, señalan los autores del estudio, existen diversas opciones intermedias.

Mucho más recientemente, en 2021, Pavolini ha elaborado en el marco de la European Social Policy Network una tipología alternativa con datos más actuales y desde un planteamiento conceptual diferente. Por una parte, este trabajo parte de la idea de que los diferentes modelos de cuidados de larga duración desarrollados reflejan formas diferentes de responder a un mismo trilema. Ese trilema obliga a los diferentes países a elegir entre tres objetivos que difícilmente pueden alcanzarse de forma simultánea: la contención del gasto, la atención al conjunto de las personas con necesidad (cobertura) y la necesidad de evitar que el sistema gire exclusivamente sobre la atención informal o familiar (desfamiliarización).

A partir de ese esquema, Pavolini desarrolla una tipología que tiene en cuenta dos elementos básicos: el gasto público destinado a los cuidados de larga duración como porcentaje del PIB, y el papel que, en cada sistema, juegan las prestaciones económicas. De la combinación de esas dos variables, se extraen seis modelos diferentes:

- **Modelo de intervención pública limitada.** Buena parte de los países del Sur y el Este de Europa —nueve en total— presentan este modelo, en el que se destina menos del 0,4% del PIB a los cuidados de larga duración. No hay países del Norte o el Centro de Europa en este grupo, que reúne a un tercio de los Estados de la UE, entre los que destacan Portugal, Grecia o Hungría.
- **Modelo de intervención pública moderada,** mediante prestaciones económicas. En torno a la quinta parte de los Estados de la UE se encuentran en este grupo (entre otros, España, Eslovaquia, Polonia o Eslovenia). El nivel de gasto público es más elevado que en el grupo anterior, aunque bajo si se compara con la media de la UE, y casi la mitad de ese gasto se destina a prestaciones económicas.
- **Modelo de intervención pública moderada,** mediante servicios. Tres de los 27 países de la UE se corresponden con este modelo (Irlanda, Luxemburgo y Malta). Se trata de países, además, pequeños y geográficamente dispersos. El gasto es mayor que en el grupo anterior, aunque inferior a la media, y se destina fundamentalmente a servicios.
- **Modelo de intervención pública fuerte,** mediante prestaciones económicas. Austria, Alemania, Chequia e Italia forman este grupo, con un gasto relativamente elevado (1,7% del PIB), canalizado mediante prestaciones económicas.
- **Modelo de intervención pública fuerte,** mediante servicios. Este grupo está formado por Bélgica,

Francia y Finlandia, con un gasto cercano al 2% y un uso preferente de servicios de atención directa.

- **Modelo de intervención pública muy fuerte,** mediante servicios. Los Países Bajos, Dinamarca y Suecia forman parte de este grupo, con un gasto muy elevado (3,5% del PIB), orientado a los servicios de atención directa.

Para Pavolini, cada uno de los seis modelos señalados ha dado una respuesta diferente al trilema antes señalado, de forma que los países con modelos de intervención limitada han priorizado la contención del gasto y el recurso a la red de cuidado informal y los países con un modelo de intervención muy fuerte han priorizado la cobertura de las situaciones de necesidad. Los países con modelos fuertes o moderados que recurren a prestaciones económicas han priorizado la cobertura y el uso de la red informal, en detrimento de la contención del gasto, mientras que quienes han desarrollado modelos fuertes y moderados de intervención pública mediante servicios han priorizado la cobertura y la contención del gasto, renunciando al uso de la red informal de apoyos.

El análisis de Pavolini demuestra que los países que se agrupan en cada uno de esos modelos comparten una serie de elementos adicionales, esenciales en lo que se refiere a la organización de los sistemas de cuidados. Estos elementos se agrupan en cuatro grandes dimensiones:

- **Aspectos organizativos.** En esta dimensión se tiene en cuenta si existe un sistema propio y específico de cuidados de larga duración o si el sistema está fragmentado entre diferentes sistemas de bienestar. Esta dimensión organizacional también tiene en cuenta cuál o cuáles son los niveles de la Administración que asumen las principales competencias de regulación, gestión y provisión (instituciones locales, regionales o nacionales, básicamente).
- **Tipos de servicios.** En esta dimensión se distingue fundamentalmente entre servicios, prestaciones económicas para personas usuarias y prestaciones económicas para las personas cuidadoras. Se tiene en cuenta también la composición del catálogo o la cartera de servicios, y su grado de variedad.
- **Criterios de accesibilidad.** En esta dimensión se tiene en cuenta el grado de universalidad o selectividad del sistema, diferenciando: a) un modelo selectivo, orientado a personas de ingresos bajos (fundamentalmente en el Sur y el Este de Europa); b) un modelo mixto (por ejemplo, en Italia y Bélgica) que aplica criterios universales en ciertas prestaciones y selectivos en otras; c) un modelo quasi universal, en el que la universalidad teórica se ve matizada por la falta de recursos y las listas de espera (este es, por ejemplo, el caso de España), y d) un modelo universal, desarrollado en ocho países —Austria, Alemania, Dinamarca, Francia, Finlandia, Luxemburgo, los Países Bajos y Suecia— en el que se tiene en cuenta el nivel de

necesidades, pero no la renta o el patrimonio, en el acceso a los servicios.

- Financiación. En esta dimensión se tiene en cuenta si el sistema se financia mediante impuestos generales, cotizaciones sociales o una mezcla de ambos. También se tiene en cuenta la función y el diseño del copago de los servicios por parte de las personas usuarias.

El análisis de Pavolini pone de manifiesto que las dimensiones previamente señaladas se abordan de forma diferente y relativamente homogénea en cada uno de los grupos establecidos. Por ejemplo, en lo que se refiere a la dimensión organizativa, los países caracterizados por una intervención pública fuerte tienen, en todos los casos, un sistema institucional específico para la gestión de los cuidados de larga duración, especialmente cuando esa intervención se realiza mediante servicios y, en menor medida, cuando se realiza mediante prestaciones económicas. Lo mismo ocurre en lo que se refiere a la existencia de un único nivel institucional responsable de estos servicios, más habitual en los países que pertenecen al modelo de intervención pública fuerte.

Los trabajos descritos hasta ahora limitan su análisis a los países de la UE. Sin embargo, aunque el continente europeo ha recibido una atención preferente en lo que se refiere al análisis comparativo de los sistemas de cuidados de larga duración, son cada vez más frecuentes los análisis que incorporan a otros países, especialmente de América, Asia y Oceanía (Fischer, 2021).

Con esa perspectiva global, la Comisión del Gobierno de Australia sobre calidad en la atención a las personas mayores elaboró en 2019 una revisión relativa a los sistemas de cuidados de larga duración en una quincena de países de Asia, América, Europa y Oceanía (Dyer *et al.*, 2019). Este informe replica en parte el modelo conceptual aplicado en Europa por Kraus *et al.* (2010) y basa su análisis en el grado de adaptación a las necesidades de las personas usuarias (*consumer friendliness*) que muestran los diferentes regímenes de cuidados a lo largo del mundo. A esas variables —selectividad, garantía del derecho, disponibilidad de prestaciones económicas, elección del proveedor, garantía de la calidad, coordinación sociosanitaria y cobertura del gasto privado— se añaden otras relacionadas con la regulación de la calidad y la financiación.

A partir de ese esquema, el informe australiano identifica cuatro modelos o tipos (con diferencias internas relativamente importantes, en cualquier caso, en las dimensiones analizadas):

- Países con niveles bajos de acceso y orientados al gasto privado (Polonia, Singapur y los Estados Unidos). Se trata de sistemas selectivos, no universales, con niveles elevados de participación económica de las personas usuarias en el pago de los servicios. Estos países otorgan cierta capacidad de elección a las personas usuarias y

han realizado avances parciales tanto en lo que se refiere a la coordinación sociosanitaria como al desarrollo de sistemas de gestión de la calidad de la atención.

- Países con niveles bajos de acceso y un recurso intermedio al gasto privado (Inglaterra y Canadá). La cobertura en estos países es baja —debido a su carácter selectivo—, si bien las personas que acceden a los servicios asumen una parte relativamente baja del coste que generan los cuidados.
- Países con niveles elevados de acceso y orientados al gasto privado (Australia, Corea, Japón, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia y Suiza). Se trata del grupo más numeroso, pues concentra a siete de los catorce países analizados. Se trata de países con modelos universales y alta cobertura, pero que descansan, al menos en cierta medida, en el esfuerzo económico que realizan las propias personas afectadas.
- Países de alto rendimiento (Alemania y Dinamarca). Estos países se caracterizan por una puntuación elevada en todos los aspectos analizados —sistema de calidad, cobertura, coordinación sociosanitaria, cobertura del gasto total por parte de las personas usuarias, universalidad, garantía del derecho, elección de proveedores— y, en el caso de Alemania, pero no de Dinamarca, en la disponibilidad de prestaciones económicas para las personas usuarias.

En todo caso, dada la mayor disponibilidad de datos y el mayor desarrollo de los modelos de cuidados de los países que conforman esa organización, las tipologías de regímenes de cuidado que más frecuentemente se han realizado se refieren al conjunto de los países de la OCDE. Esta organización elaboró en 2011 un análisis de los modelos de cuidados de larga duración que combina, de forma descriptiva, elementos relacionados con la financiación, con la articulación institucional y con la regulación del acceso (Colombo *et al.*, 2011). El estudio realizado distingue tres grandes modelos —cobertura universal mediante un solo programa, modelos mixtos y modelos selectivos—, con diversas modalidades o subgrupos dentro de cada uno. Se trata, por otra parte, de un análisis básicamente descriptivo y cualitativo, que apenas recurre a indicadores cuantitativos y no se basa en ejercicios de clusterización (cuadro 2).

Las principales características de estos modelos son las siguientes:

- El modelo de cobertura universal mediante un solo programa financiado vía impuestos es el existente, fundamentalmente, en los países del Norte de Europa. Se apoyan en una amplia autonomía de las administraciones municipales y se caracterizan por una amplia cobertura, una amplia gama de servicios y prestaciones, un gasto público elevado y un nivel de copago bajo.
- El modelo de financiación mediante aseguramiento público (Alemania, Japón, Corea,

Cuadro 2. Tipología de modelos de cuidados de larga duración en los países de la OCDE (Colombo <i>et al.</i>, 2011)	
Grupos	Subgrupos
Cobertura universal mediante un solo programa	Financiación vía impuestos Financiación mediante aseguramiento público Cobertura de los cuidados mediante el sistema de salud
Modelos mixtos	Sistemas universales paralelos Sistemas con prestaciones universales vinculadas a la renta Combinación de servicios universales y selectivos
Modelos selectivos	Modelos selectivos focalizados en la población con bajos ingresos

Fuente: elaboración propia a partir de Colombo *et al.* (2011)

los Países Bajos y Luxemburgo) tiene también alcance universal, si bien se financia mediante cotizaciones sociales que dan derecho a un seguro público (o privado, en algunos casos) de carácter obligatorio. Tanto la cobertura como la gama de servicios disponibles es amplia, aunque los niveles de gasto público son algo más bajos que en los países nórdicos y los niveles de copago más elevados.

- Dentro de los programas universales que se gestionan mediante un solo programa, el trabajo de la OCDE distingue aquellos que integran los cuidados de larga duración dentro del sistema de salud. El caso más claro sería el de Bélgica, que ofrece servicios de cuidados residenciales y domiciliarios desde el sistema de aseguramiento de la salud.
- En lo que se refiere a los modelos mixtos, el informe distingue en primer lugar los modelos que se basan en la existencia de al menos dos modelos universales paralelos. Sería el caso de Escocia, que ofrece cuidados personales gratuitos en el marco del sistema de cuidados de larga duración, así como cuidados de enfermería a domicilio en el marco del sistema de salud. Italia también formaría parte de este modelo, en la medida en que los centros residenciales son gestionados desde el sistema de salud y el apoyo a domicilio desde el sistema de cuidados de larga duración.
- Este modelo mixto incluye también los países que —como Francia, Irlanda, Austria o Australia— son universales (es decir, están abiertos a toda la población con necesidad, independientemente de su nivel de renta), pero aplican criterios progresivos de renta para modular el importe de las prestaciones o el copago de los servicios.
- En el sexto modelo conviven prestaciones universales y selectivas. Las primeras corresponden generalmente al sistema de salud, mientras que las segundas son gestionadas por el sistema de servicios sociales.
- El último de los modelos propuestos incluye los sistemas que tienen carácter selectivo y están focalizados en la población con bajos ingresos. Esta es la opción de Inglaterra o los Estados Unidos, donde el acceso a los servicios de responsabilidad y financiación pública se limita a personas con ingresos inferiores a un umbral determinado.

También en el marco de la OCDE, otros trabajos más recientes han planteado la necesidad de crear nuevas tipologías que tengan en cuenta la situación fuera de Europa —teniendo en cuenta el desarrollo que los sistemas de cuidados de larga duración están teniendo, por ejemplo, en Asia— e integren indicadores cuantitativos y cualitativos (Ariaans *et al.*, 2021). Para ello, centrándose en el conjunto de la OCDE, los autores proponen un marco que incluye indicadores de oferta, colaboración público-privada, regulación del acceso y rendimiento. Más concretamente, los indicadores son los que se indican en el cuadro 3.

Cuadro 3. Dimensiones e indicadores en la tipología de modelos de cuidados de larga duración en los países de la OCDE (Ariaans <i>et al.</i>, 2021)	
Dimensiones	Indicadores
Oferta	<ul style="list-style-type: none"> Gasto público por habitante en cuidados de larga duración* Plazas residenciales por cada 1000 habitantes
Colaboración (<i>mix</i>) público-privada	<ul style="list-style-type: none"> Gasto privado respecto al gasto total (%) Disponibilidad de prestaciones económicas**
Regulación del acceso	<ul style="list-style-type: none"> Libertad de elección del proveedor de servicios a domicilio*** Libertad de elección del proveedor de servicios residenciales*** Possibilidad de elección entre servicios y prestaciones*** Restricciones en la elección**** Selectividad de algún servicio o prestación (sí/no)
Rendimiento	<ul style="list-style-type: none"> Esperanza de vida mayores de 65 Población mayor de 65 con buen estado de salud autopercibida (%)

* Solo se tiene en cuenta el gasto sanitario en cuidados, lo que puede sesgar los resultados del análisis. **Escala de 0 a 2, dependiendo de la existencia y el diseño de las prestaciones. ***Escala de 0 a 4, dependiendo del grado de libertad de elección. ****Indicador sintético derivado de los tres anteriores.

Fuente: Ariaans *et al.* (2021: 611), adaptado

Pese a que, teóricamente, el análisis se centra en el conjunto de la OCDE, once países no fueron considerados debido a la ausencia de datos. A partir de ese marco teórico, el trabajo identifica seis clústeres que, en líneas generales, coinciden solo en cierta medida con los modelos establecidos por otras tipologías:

- Modelo público residual, formado por Letonia, Chequia y Polonia. Oferta y gasto reducidos, compatibles con escasas restricciones en

- el acceso y la capacidad de elección. La participación privada en la financiación del gasto es elevada y el impacto es bajo.
- Modelo de atención privada, formado por Alemania y Finlandia. Niveles de atención moderados o elevados, libre uso de las prestaciones económicas y baja participación de las personas usuarias en la financiación del gasto. Escasas restricciones en el acceso y niveles intermedios de rendimiento.
 - Modelo de atención pública, formado por Dinamarca, Irlanda, Noruega y Suecia. Nivel elevado de atención y gasto público superior a la media. Preponderancia de los servicios de atención directa. Niveles reducidos de elección y escasas restricciones en el acceso. Indicadores de rendimiento superiores a la media.
 - Modelo de atención pública en evolución, formado por Japón y Corea, y similar en varios aspectos al anterior. Se trata de un modelo con niveles de atención y gasto bajos o intermedios. La oferta es fundamentalmente de atención directa y el acceso es relativamente amplio, con escasas posibilidades de elección. Los niveles de rendimiento son también elevados, al menos en lo que se refiere a la esperanza de vida, pero no al estado autopercibido de salud.
 - Modelo de atención basado en las necesidades, formado por un número relativamente amplio de países (Australia, Bélgica, Suiza, Luxemburgo, los Países Bajos, Eslovaquia y Eslovenia). Las prestaciones económicas, generalmente de libre uso, están muy extendidas, el gasto público es de nivel medio y el nivel de atención elevado. El acceso es restringido (selectivo), las posibilidades de elección son elevadas, y el rendimiento, superior a la media.
 - Modelo de atención privada basado en las necesidades en evolución, formado por Francia, Israel, España, los Estados Unidos y el Reino Unido, así como, en menor medida, Nueva Zelanda y Estonia. En este caso, el peso de la financiación privada es elevado, así como el rendimiento de los servicios, tal y como se han definido. El acceso está restringido tanto por la existencia de criterios de selectividad como por las escasas posibilidades de elección. La principal diferencia con el modelo anterior se refiere a un nivel de atención (cobertura) inferior a la media.

Otros trabajos, elaborados también a partir de datos de los países de la OCDE, han analizado para diferentes momentos temporales los modelos que resultan al combinar las formas de provisión y de financiación de los servicios. Concretamente, Halásková *et al.* (2017) identificaron tres grandes grupos de países a partir de la consideración de cuatro indicadores en 2008 y 2013:

- Gasto en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB.
- Gasto en servicios residenciales como porcentaje del gasto en cuidados de larga duración.

- Porcentaje de personas usuarias de cuidados de larga duración mayores de 65 años con relación al conjunto de las personas usuarias.
- Porcentaje de personas usuarias de servicios residenciales con relación al conjunto de las personas usuarias.

Con esos indicadores, aplicados a trece países, los autores de este trabajo identifican tres clústeres diferentes:

- El primero está formado únicamente por Australia y Corea del Sur. Registra un nivel de gasto bajo (0,4 % de media) y un porcentaje elevado del gasto se destina a los servicios residenciales (92,4 % de media). Registra también un elevado porcentaje de usuarios de cuidados de larga duración mayores de 65 años (94,5 % de media) y en centros residenciales (41,2 %).
- El segundo clúster está formado por Chequia, Grecia y Hungría (en este caso, solo en 2013). Estos países registran un gasto público en cuidados de larga duración muy bajo (0,2 % del PIB), y destinan una parte importante de ese gasto a la atención residencial (89 %).
- El mayor número de países se ubica en el tercer clúster (Dinamarca, Finlandia, Alemania, Hungría, Chequia, Luxemburgo, los Países Bajos, Noruega y Suecia). Estos países comparten un porcentaje elevado de usuarios de cuidados de larga duración mayores de 65 años (76,8 % de media), un gasto público más elevado que los demás países (2,35 % de media, aunque con una importante dispersión). El gasto en servicios residenciales supone un 54,3 % —aunque la dispersión aquí también es grande— y el peso de los usuarios de servicios residenciales respecto al total de usuarios de cuidados de larga duración es bajo (30,7 % de media, con valores que oscilan entre el 21,8 % de Noruega en 2013 y el 41,8 % de Finlandia en 2013).

Más allá de la escasa capacidad de discriminación del modelo, uno de los elementos que cabe destacar del análisis de Halásková *et al.* (2017) es que, salvo en el caso de Hungría, la totalidad de los países analizados se ubican en 2013 en el mismo grupo en el que se ubicaban en 2008.

El análisis de las tendencias y dinámicas de cambio es, precisamente, una cuestión a la que los estudios comparativos revisados prestan poca atención. En efecto, son pocos los trabajos que analizan en qué medida o en qué sentido evolucionan los distintos modelos o, dentro de cada modelo, los países que lo componen.

Uno de los trabajos que adopta esa perspectiva pone de manifiesto que, al margen de las diferencias que se pueden identificar entre modelos y entre países, las tendencias de cambio son similares en todos ellos (Gori *et al.*, 2015). Para los autores, si bien es cierto que esas tendencias de cambio responden

a rutas o procesos diferentes, el incremento del peso de los recursos comunitarios frente a los institucionales se ha producido en todos los países. Las razones de ese cambio común pueden estar en el hecho de que, independientemente del modelo, a principios de la década los servicios residenciales predominaban en todos los países, pese a que las personas mayores preferían la atención en el domicilio; en que hubo un cambio en el perfil de las personas atendidas en los centros residenciales, las cuales presentaban necesidades de atención más intensas; en las políticas públicas favorables a la desinstitucionalización o en el menor gasto atribuido a los servicios comunitarios.

Tras analizar en detalle las características de seis países correspondientes a otros tantos modelos —Alemania, Inglaterra, Suecia, Australia, los Estados Unidos e Italia—, los autores llegan a la conclusión de que las tendencias de cambio registradas desde los primeros años del siglo XXI son las mismas en todos ellos. Por una parte, se ha reducido la cobertura de los servicios de atención residencial, si bien se ha incrementado su intensidad (medida en función del coste unitario de los servicios). Lo contrario ha ocurrido en el caso de los servicios de atención en el entorno comunitario: su cobertura ha crecido, mientras que se ha reducido su intensidad, medida en este caso en función de las horas de atención de los servicios de atención domiciliaria y de la cuantía de las prestaciones económicas (Gori *et al.*, 2015).

El análisis de las tendencias de cambio es también objeto de atención de uno de los trabajos comparativos más recientes sobre modelos de cuidados de larga duración en Europa (Simons *et al.*, 2024). Este trabajo analiza los procesos de reforma que se han dado en los diferentes países, diferenciando por una parte la tendencia a la convergencia —diferentes países van adoptando herramientas comunes y van convergiendo en un modelo común— y, por otra, la tendencia a la hibridación, caracterizada por la adopción, dentro de cada modelo, de mecanismos y herramientas que corresponden, teóricamente, a otros modelos.

La aportación más reciente a este amplio corpus de literatura sobre tipologías de modelos de cuidados de larga duración ha venido de la mano de la OCDE (Llena-Nozal *et al.*, 2025). En un trabajo reciente de este organismo, se propone una tipología de modelos basada en cinco grandes dimensiones:

- **Acceso.** En lo esencial, esta dimensión se relaciona con los criterios de acceso (elegibilidad, universalidad), las tasas de cobertura de la demanda potencial, y el equilibrio entre las prestaciones económicas y los servicios de atención directa.
 - **Disponibilidad.** Esta dimensión se refiere a la disponibilidad de servicios formales y al apoyo que se presta a las personas cuidadoras informales.
 - **Financiación.** Esta dimensión tiene en cuenta la generosidad y la eficiencia de cada sistema: el nivel de gasto público, los costes vinculados al copago y la capacidad del sistema para el riesgo de pobreza entre las personas con necesidades de cuidados de larga duración.
 - **Gobernanza.** Esta dimensión tiene en cuenta la estructuración competencial y el nivel de integración de cada modelo, con particular atención a los mecanismos de integración sociosanitaria, la descentralización del sistema y el equilibrio entre proveedores públicos y privados.
 - **Calidad.** Esta dimensión se relaciona con las ratios de atención, los requisitos mínimos de cualificación requeridos al personal y el marco que regula la calidad de la atención.
- A partir de la identificación de los indicadores que capturan esas dimensiones, las autoras de este trabajo identifican cuatro grupos o clústeres:
- El primer grupo está formado por Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia y Suecia. Estos países tienen las tasas de cobertura de servicios formales más elevadas y establecen el acceso a los servicios en función de las necesidades, pero también de la renta. Los países de este grupo difieren en cuanto al equilibrio entre prestaciones económicas y servicios de atención directa, tienen niveles bajos de copago y un gasto público elevado. La oferta de proveedores públicos es importante y se han desarrollado sistemas relativamente exigentes para la acreditación de la calidad.
 - El segundo grupo está formado por Alemania, Islandia, Japón, Luxemburgo, Malta, los Países Bajos, Eslovenia y el Reino Unido. En este caso, la focalización —por necesidad y/o por renta— es menor, los servicios de atención directa prevalecen sobre las prestaciones económicas y los niveles de copago son altos, al menos en comparación con el grupo anterior. Además, la oferta de servicios de atención formal y la dotación de profesionales es elevada. Se trata de modelos centralizados fundamentalmente basados en proveedores privados. Aunque los requerimientos profesionales no son estrictos, existen sistemas relativamente exigentes de acreditación y aseguramiento de la calidad.
 - Los países que forman el tercer grupo son Canadá, Estonia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia y los Estados Unidos. Las principales características de los países de este grupo se refieren a la descentralización de su organización competencial y su carácter selectivo, focalizado en las personas de renta baja y/o elevadas necesidades de apoyo. La oferta de servicios formales es inferior a la media y los niveles de copago son elevados. Estos países aplican, además, ratios profesionales de obligado cumplimiento, exigencias relativamente elevadas en cuanto a cualificación profesional y sistemas de acreditación de los servicios.

- El cuarto grupo está formado por Chequia, Croacia, Grecia, Lituania, España, Polonia, Portugal, Eslovaquia. Se trata de los países que destinan un gasto público más bajo a los cuidados de larga duración. Se caracterizan también por la fragmentación de su organización competencial y la ausencia de mecanismos de gestión de la calidad. Si bien son, en teoría, sistemas universales, su cobertura es baja y se basan parcial o totalmente en prestaciones económicas. El cuidado informal es muy prevalente, el copago es alto y, aunque se exigen, en general, unas ratios mínimas de atención, no existen sistemas sólidos de aseguramiento de la calidad.

2.2. Tipologías específicas

Al margen de que el análisis sea estático o dinámico, las tipologías o modelos descritos en las páginas precedentes tienen carácter integral o multidimensional, en la medida en que consideran el conjunto de los elementos o dimensiones que permiten caracterizar cada sistema o grupo de sistemas (si bien se centran preferentemente, como se explica más adelante, en un número determinado de dimensiones, como la cobertura, el acceso o la financiación).

Además de estas tipologías multidimensionales, son también numerosos los análisis tendentes a crear tipologías basadas en dimensiones específicas, como la financiación, la gobernanza, el papel asignado a los diferentes agentes sociales, el grado de familiarización o la capacidad de cada sistema para reducir —o, por el contrario, consolidar— los roles y desigualdades de género. En este sentido, algunos estudios han puesto de manifiesto que, tanto en el ámbito de la salud como en el de los cuidados, se están produciendo procesos de hibridación, de modo que los países que en un momento dado pertenecían a un modelo determinado, van incorporando mecanismos "importados" de otros países, de manera que acaban asemejándose a países que, originalmente, formaban parte de otros modelos (Bertin *et al.*, 2021).

a. Modelos relacionados con la financiación

Entre las tipologías o clasificaciones que abordan elementos específicos, una de las más habituales se refiere a los sistemas de financiación de los cuidados de larga duración.

Algunos autores diferencian los modelos de financiación de la atención a la dependencia entre los que operan *ex-ante* (antes de que el riesgo de dependencia se materialice y se produzca la necesidad de cuidados) y los que operan *ex-post*, cuando el riesgo de dependencia se ha concretado en una situación real de dependencia y se produce por tanto una necesidad de cuidados (Costa-Font *et al.*, 2015). Entre los mecanismos *ex-ante*, Costa-Font hace referencia al ahorro y los seguros privados, los

seguros públicos y la prevención de la dependencia. Entre los mecanismos *ex-post*, se señalan la cobertura pública de los cuidados mediante impuestos generales —que puede ser universal o focalizada en la población con menos recursos—, la atención informal, la autofinanciación de los cuidados y las hipotecas inversas. Obviamente, se trata de fuentes de financiación complementarias —no alternativas—, si bien cada país o grupo de países tiende a dar prioridad a un enfoque determinado sobre los demás.

En una línea parecida, un reciente estudio del Banco Mundial clasifica los países en cuatro grandes grupos, en función del tipo de financiación de los servicios de atención a la dependencia (Joshua, 2017):

- Países que basan su modelo en sistemas de aseguramiento social, como Alemania, los Países Bajos, Corea o Japón.
- Países que basan su modelo en la cobertura universal de los servicios de atención a la dependencia, financiados mediante impuestos generales (los países nórdicos, entre otros).
- Países que basan su modelo en una cobertura selectiva de los servicios, dirigida solo a personas con recursos inferiores a un umbral determinado, y financiados también mediante impuestos generales. Sería el caso de Inglaterra o los Estados Unidos.
- Modelos híbridos, como el francés, que combinan características de diversos modelos.

A partir de esas dimensiones, se ha comparado el despliegue y el rendimiento de los diversos modelos de financiación, así como sus principales características (Lee *et al.*, 2023). La tabla 1 recoge algunas de las principales características de cada uno de los modelos de financiación: como se observa en ella, los países que basan la financiación de su modelo en el seguro de salud registran una cobertura más elevada, pero un gasto público más reducido y un gasto privado más elevado. Por el contrario, el gasto público más elevado corresponde, con diferencia, a los países que tienen seguros obligatorios de cuidados de larga duración, con un nivel de gasto privado intermedio. Por último, los países que basan la financiación de los cuidados de larga duración en impuestos registran una cobertura más baja, un gasto público intermedio y un gasto privado bajo.

Más allá de esos resultados, el estudio de Lee *et al.* (2023) analiza en qué medida se comparten, dentro de cada modelo de financiación, características comunes en lo que se refiere a la selectividad, la preferencia por los servicios de base domiciliaria o la organización competencial. Para los autores, los países que basan sus sistemas en los impuestos generales y en los seguros de salud tienden a aplicar en mayor medida criterios restrictivos. En lo que se refiere al equilibrio entre tipos de servicios, parece que los modelos basados en impuestos dan prioridad a la atención domiciliaria. No parece observarse, por otra parte, una

Tabla 1. Indicadores económicos y de cobertura por modelo de financiación

	Cobertura (% mayores de 65 años en 2019)	Gasto en servicios domiciliarios (%)	Gasto público (%)*	Gasto privado (%)*
Impuestos	3,6	40,7	1,35	0,19
Seguro de salud	4,3	29,0	0,84	0,29
Seguro de cuidados de larga duración	3,8	24,7	1,50	0,25
Media OCDE	3,8	34,4	1,25	0,22

* Gasto en cuidados de larga duración per cápita con relación al PIB per cápita

Fuente: elaboración propia a partir de Lee *et al.* (2023)

relación clara entre los modelos de financiación y los sistemas de organización territorial.

Existen pocas tipologías relacionadas con las opciones que cada país adopta para facilitar la "asequibilidad" de los cuidados, es decir, la posibilidad de que las personas puedan acceder a servicios de atención suficientemente intensos con un esfuerzo económico razonable, ya sea porque el coste de los servicios es reducido, porque el apoyo público para acceder a esos servicios es elevado o por ambas razones³. A partir de los datos de la OCDE, Angrisani *et al.* (2022) han calculado un índice de asequibilidad que tiene en cuenta, por una parte, el coste unitario de los servicios y, por otra, el apoyo público para acceder a ellos y, en consecuencia, la parte del coste de la atención que deben afrontar las personas por sus propios medios. Concretamente, el índice tiene en cuenta si las personas potencialmente usuarias de los servicios pueden asumir el copago que les corresponde en función de sus necesidades, el coste de los servicios y el apoyo público recibido para financiarlo. El trabajo también calcula un índice de progresividad, en función de si el apoyo recibido varía de forma importante según el nivel de renta.

De acuerdo con los datos del estudio, Bélgica, Alemania, Francia, los Países Bajos, Luxemburgo, Suecia y Austria estarían en el grupo de asequibilidad alta, mientras que Estonia, Eslovenia, Chequia, Croacia, Italia, España y los Estados Unidos estarían en el grupo de baja asequibilidad. En estos países, el nivel medio de copago duplica el que se produce en los países de alta asequibilidad. En lo que se refiere a la progresividad, Francia, Alemania, Suecia, Bélgica, Luxemburgo, Chequia y Eslovenia serían países de baja progresividad, mientras que la progresividad es alta en Austria, los Países Bajos, Estonia, Croacia, España, Italia y los Estados Unidos. El análisis también pone de manifiesto que los países con modelos más asequibles resultan ser los menos progresivos, es decir, los que ofrecen un grado de apoyo a las personas usuarias independientemente de su nivel de renta.

³ La asequibilidad es, de hecho, uno de los objetivos básicos de la Estrategia Europea de Cuidados, y puede entenderse como una aproximación al nivel de mutualización, en la medida en que una parte del elevado coste que suponen los servicios es asumida por el conjunto de la sociedad.

b. Modelos relacionados con la participación de los agentes sociales y la estructuración competencial

Pese a su relevancia en los estudios comparativos que hemos considerado multidimensionales, puede pensarse que el papel de los agentes sociales y, especialmente, de las empresas con fin de lucro en la generación de modelos de cuidado ha recibido una escasa atención. Uno de los trabajos realizados en esta línea (Rothgang *et al.*, 2021) identifica ocho modelos diferentes, que se agrupan en tres clústeres, teniendo en cuenta qué tipo de agente asume la responsabilidad de la provisión, la financiación y la regulación de los cuidados. Los agentes que participan en esa distribución son la administración pública —estatal, regional o local—, las entidades sin fin de lucro, las empresas, los individuos (fundamentalmente, las personas cuidadoras y cuidadas) y los actores globales, como los organismos internacionales. La combinación de las posibilidades de intervención de estos cinco tipos de agentes en estas tres funciones genera hasta cien posibles tipos o modelos diferentes, de los que cinco serían "puros", en la medida en que un solo agente —el Estado, por ejemplo— asume en exclusiva tanto la financiación como la provisión y la regulación del sistema.

A partir de ese esquema, los autores crean tres grandes grupos, dentro de cada uno de los cuales se incluyen modalidades diferentes (en todos los casos, el análisis se refiere al momento de introducción de cada sistema nacional):

- Un primer modelo se basa en la regulación y la financiación estatal. Dentro de este grupo, los países nórdicos se caracterizan por la provisión directa por parte de la Administración; Australia, los Países Bajos y Portugal, por el papel de las entidades sin fin de lucro; España, el Reino Unido y Uruguay, por las entidades mercantiles, y Austria, con Uruguay, por el papel de los agentes individuales.
- El segundo modelo también se basa en la regulación estatal, si bien la financiación corresponde a los agentes sociales y la provisión adopta diversas formas. En este grupo, Japón, Luxemburgo e Israel se caracterizan por la mezcla de proveedores con y sin fin de lucro, mientras que Singapur lo hace por la mezcla de proveedores con fin de lucro e individuales.

- El tercer grupo se basa en la regulación por parte de agentes privados, la financiación por entidades sociales y la provisión por empresas (Corea) o por los individuos (Alemania), debido al papel que estos agentes adoptan en la gestión de los seguros públicos de dependencia.

Otra cuestión de interés se refiere a la agrupación de los modelos desde la perspectiva del reparto competencial en el que se base el modelo de cuidados. En esa línea, se han propuesto cinco modelos o sistemas diferentes de descentralización de las políticas de atención a las personas mayores (Och, 2015):

- Uno muy descentralizado, en el que el Estado central delega las políticas de atención social en los Gobiernos locales.
- Un segundo sistema caracterizado por las responsabilidades locales en los servicios de atención a las personas mayores y las competencias compartidas en los sistemas de prestaciones económicas, que se regulan y administran principalmente a nivel local o regional, mientras que la financiación se comparte con el Estado central.
- El tercer modelo se basa en un marco regulatorio nacional, pero sin embargo otorga a los Gobiernos locales una gran autonomía y responsabilidad en la regulación, administración y financiación.
- El cuarto modelo se basa en una regulación central más estricta, pero aún con cierta influencia reguladora para los niveles inferiores de gobierno, que son responsables de la administración y de parte de la financiación.
- El quinto modelo se caracteriza por una mayor regulación central de la administración y financiación de los cuidados, en las que las autoridades locales solo tienen algunas responsabilidades menores.

c. Modelos relacionados con las herramientas para la gestión de la calidad

Uno de los elementos que progresivamente ha ido adquiriendo una mayor relevancia en la gestión de los cuidados de larga duración se refiere al desarrollo de sistemas de evaluación y gestión de la calidad. Diversos autores han definido, en ese sentido, una serie de modelos ideales de gestión y regulación de la calidad según el tipo de herramientas que, en cada sistema, tienen una mayor relevancia, según las funciones básicas que se le atribuyen al sistema y según el contexto institucional y administrativo sobre el que se asientan. En esta línea, pueden distinguirse tres grandes enfoques reguladores (Leone *et al.*, 2014):

- Enfoque "profesionalista" (Alemania, Suiza, Japón, Austria). El enfoque profesionalista se caracteriza por el importante papel que las asociaciones profesionales tienen en lo que se refiere a la definición de los estándares de calidad, así como

a su control y seguimiento. En estos países, las administraciones públicas actúan en estrecha conexión con las entidades profesionales en lo que se refiere a la definición de los estándares de atención y de los requisitos para el ejercicio de las labores profesionales en este campo, lo que implica que la sociedad ha depositado en estas entidades una elevada confianza en su capacidad reguladora. En ese sentido, en el marco de este modelo se considera que las instituciones sociales que articulan las diferentes profesiones cuentan con un alto grado de conocimiento teórico y práctico, así como de legitimidad, por lo que las administraciones públicas no deben aspirar a ocupar su papel, sino, más bien, a delegar en ellas la definición de los criterios que determinan la calidad de la atención.

- Enfoque basado en la inspección. El enfoque basado en la inspección —al que corresponden los Países Bajos, Australia, Bélgica, Francia o España— se caracteriza por el papel que se atribuye al establecimiento detallado de requisitos funcionales, materiales y de personal en la normativa reguladora y a su posterior comprobación por parte de la inspección. Se trata, en principio, de modelos en los que el papel regulador se atribuye a las administraciones públicas —no a los profesionales, como en el caso anterior—, que son quienes definen los estándares de calidad e inspeccionan y evalúan su cumplimiento. Estos países han desarrollado, por lo general, sistemas sólidos de autorización y homologación a partir de una regulación detallada y profusa que, sin embargo, no siempre se aplica íntegramente.
- Enfoque basado en la evaluación y la recolección y publicación de datos. El tercer modelo se refiere a los sistemas basados en la evaluación de los resultados de la atención, la recolección de datos o indicadores y la publicación de esos resultados. Se asocia a este enfoque países como los Estados Unidos, Suiza, Canadá o Nueva Zelanda, si bien cabe pensar que países pertenecientes a otros modelos —como Alemania— también se caracterizan por el uso de ese tipo de herramientas. En todo caso, lo que define a estos modelos es el uso de diversas escalas de valoración para el diseño y seguimiento de los planes de atención y/o la publicación de los resultados de las inspecciones y evaluaciones realizadas, atribuyéndose una calificación a cada centro o servicio, al objeto de que toda aquella persona interesada pueda conocer la calidad de la atención prestada en ellos. Este enfoque se asocia a aquellos países en los que la lógica de mercado es más prevalente y se busca que el consumidor disponga de toda la información necesaria para elegir el servicio que garantice una mayor calidad.

Recientemente, el estudio de la Aged Care Quality Commission al que previamente se ha hecho referencia (Dyer *et al.*, 2019) ha incorporado estos enfoques al análisis general de los modelos internacionales de cuidados de larga duración, clasificando diversos

países en los modelos propuestos en este esquema. De esta forma, el modelo profesionalista corresponde a Alemania, Japón y Suiza; el basado en la inspección, a Australia, Dinamarca, Inglaterra, los Países Bajos y Singapur, y el basado en indicadores y publicación de informes, a Canadá, Corea, Nueva Zelanda, Suecia y los Estados Unidos.

d. Modelos relacionados con la (des)familiarización y la igualdad de género

Sin duda, uno de los elementos que ha generado un mayor interés, desde el punto de vista de la identificación de modelos o tipologías de cuidados de larga duración, es el grado en el que cada sistema consolida y refuerza —o, al contrario, reduce o alivia— la responsabilidad que se atribuye a las familias respecto a la prestación de cuidados de larga duración. Esta dimensión se relaciona de forma directa con la capacidad de cada uno de los modelos para revertir —o, al contrario, consolidar y reforzar— las desigualdades de género sobre las que se asientan los modelos de cuidados, en la medida en que son las mujeres las que mayoritariamente asumen las responsabilidades familiares respecto al cuidado informal.

En uno de los trabajos iniciales para la delimitación de régimenes de cuidado que considera los cuidados a las personas mayores, además del cuidado a la infancia, Leitner (2003) tiene en cuenta dos dimensiones para evaluar el grado de familiarismo de los cuidados de larga duración: por una parte, la disponibilidad de servicios de cuidados a domicilio y, por otra, la existencia de prestaciones económicas para la contratación de cuidados formales (cuadro 4). Con esa base, y pese a la ausencia de datos e incluso de políticas suficientemente asentadas en aquella época en la mayor parte de los países, la autora constata la existencia de tres modelos ya establecidos para el cuidado infantil:

- El llamado “familiarismo opcional”, correspondiente a los países nórdicos, registra coberturas de cuidados en el domicilio elevadas, así como prestaciones económicas para las personas cuidadoras.
- El “familiarismo implícito” se caracteriza por niveles de apoyo a domicilio bajo, con o sin prestaciones económicas.
- El “familiarismo explícito” registra niveles reducidos de apoyo a domicilio con un relativamente amplio desarrollo de las prestaciones económicas para las personas cuidadoras.

Como en el caso anterior, Saraceno y Keck (2010) combinan poco más tarde el análisis de los cuidados a la pequeña infancia y a las personas mayores, distinguiendo tres grandes orientaciones que definen el conjunto de las políticas sociales: el familiarismo por defecto, el familiarismo apoyado y la desfamiliarización. En lo que se refiere al cuidado de las personas mayores —incluyendo, en este análisis, el apoyo económico—, el modelo de Saraceno y Keck tiene tres dimensiones en cuenta: el grado de selectividad, el nivel de necesidad que da acceso al servicio y la intensidad de los apoyos. A estas tres dimensiones se suma la diferenciación entre servicios de atención directa y prestaciones económicas y, en el último caso, los posibles usos de estas prestaciones.

A la hora de establecer modelos o clústeres, los datos utilizados en el estudio no parecen ser capaces de distinguir agrupaciones suficientemente sólidas y apuntan, más bien, a que en todos los países pueden detectarse trazas de los tres modelos señalados. Con todo, existen diferencias tanto entre países como entre necesidades —atención a menores y atención a mayores—, con países con aproximaciones muy diferentes en función de los ámbitos de necesidad analizados. Pocos países tienen una misma aproximación para los distintos tipos de apoyo y para los dos grupos de población considerados.

En todo caso, el estudio de Saraceno y Keck señala que tanto Francia como los países nórdicos comparten una orientación común hacia la desfamiliarización, combinada con rasgos de familiarismo apoyado, en el caso del cuidado infantil. Al contrario, Polonia, Italia, Grecia y España comparten un modelo de familiarismo por defecto para ambos colectivos. Los Países Bajos, Irlanda y Luxemburgo se ubican en el cuadrante de la desfamiliarización en el caso de las personas mayores, y del familiarismo por defecto en el caso de los cuidados infantiles. Alemania formaría parte del familiarismo apoyado en el caso del cuidado infantil y, en menor medida, de la población mayor, mientras que el Reino Unido muestra un alto nivel de desfamiliarización en ambos casos.

Otro de los estudios pioneros en esta línea se centra de forma específica en el cuidado a las personas mayores (Pfau-Effinger, 2014) y propone tres modelos o régimenes de cuidado familiar: el modelo de cuidado familiar informal, el modelo de cuidado semifamiliar y el modelo de cuidado formal. El primero se caracteriza por promover cuidados familiares informales, desde la lógica de la solidaridad familiar. El segundo se basa en que el cuidado informal, sin llegar

Cuadro 4. Modelos de familiarismo en los cuidados de larga duración (Leitner, 2003)			
Desarrollo de los cuidados a domicilio			
Prestaciones económicas para el cuidado		Amplio	Escaso
	Sí	Familiarismo opcional (Dinamarca, Finlandia, Suecia)	Familiarismo explícito (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Reino Unido)
	No		Familiarismo implícito (Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, España)

Fuente: Leitner (2003: 365), adaptado

a considerarse un empleo formal, se conceptualiza como recurso, por lo que desde las políticas públicas se intenta reconocer, recompensar y apoyar. El tercero de los modelos concibe el cuidado familiar como un empleo, lo que implica garantizar tanto una remuneración como una serie de derechos, fórmulas de contratación y servicios de apoyo. Se trata, en todo caso, de una primera aproximación teórica que no viene apoyada en datos o indicadores y que no se materializa en una clusterización específica, lo que impide valorar su capacidad de discriminación.

Ya en la segunda década de este siglo, el análisis del grado de familiarismo de los cuidados de larga duración ha adquirido una mayor complejidad, tanto desde el punto de vista conceptual como empírico. En esa línea, rechazando que exista una línea continua que va de la familiarización a la (des)familiarización, Eggers *et al.* (2018) proponen un esquema que diferencia entre el apoyo económico al cuidado familiar y la oferta de cuidados externos al entorno familiar. Con esas dos dimensiones, y a partir del estudio de cinco países, estas autoras elaboran un modelo con cuatro posibles orientaciones:

- Países con niveles elevados de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar. En este modelo se permite optar entre diferentes modelos y se busca alcanzar una política de cuidados igualitaria desde la perspectiva de género.
- Países con niveles reducidos de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y elevados en lo que se refiere al cuidado familiar. En este caso, el modelo de cuidados de larga duración conceptualiza el apoyo familiar como un sustituto económico del apoyo formal prestado fuera de la familia y financiado públicamente.
- Países con niveles elevados de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y reducidos en lo que se refiere al cuidado familiar. En este caso, la política de cuidados de larga duración busca un cambio cultural que reduzca la responsabilidad de la familia o, alternativamente, ofrecer apoyos de suficiente intensidad en contextos en los que pagar por el apoyo familiar no está culturalmente aceptado.
- Países con niveles reducidos de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar. Las administraciones no asumen responsabilidades sobre los cuidados de larga duración y se espera que sean las familias las que asumen esa responsabilidad.

Tras identificar estos modelos teóricos, las autoras analizan en qué medida se corresponden con las políticas efectivamente desarrolladas en cinco países de Europa (Dinamarca, Italia, Irlanda, Alemania y Chequia). El análisis de las políticas que cada país desarrolla permite señalar que Dinamarca se ubicaría plenamente en el primer modelo e Italia (así como, en gran medida, Irlanda) en el cuarto. Alemania y Chequia se ubicarían a medio camino de varios de

esos modelos, puesto que sus políticas de cuidados de larga duración se caracterizan por un nivel de apoyo medio al cuidado familiar y un nivel de apoyo medio/alto al cuidado formal. El análisis descarta, en cualquier caso, que el apoyo al cuidado familiar y el cuidado formal fuera de la familia sean políticas antitéticas en la medida en que algunos países desarrollan ambas políticas de forma simultánea, mientras que otros las descartan, también de forma simultánea. Los Estados del bienestar pueden ofrecer, por tanto, niveles de generosidad similares para ambas políticas.

A partir de esa clasificación, los autores analizan el impacto de cada uno de esos modelos en una serie de indicadores relacionados con la igualdad de género. El análisis realizado pone de manifiesto que el modelo danés –niveles elevados de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar– genera una mejor situación desde la perspectiva de la igualdad de género, mientras que los peores resultados se dan en Italia e Irlanda, que se corresponden con el cuarto de los modelos teóricos planteados (niveles reducidos de generosidad en lo que se refiere al cuidado extrafamiliar y en lo que se refiere al cuidado familiar).

Uno de los trabajos más recientes para la construcción de tipologías relacionadas con el grado de familiarización de los modelos de cuidados de larga duración plantea la existencia de tres tipos o regímenes a partir de cinco indicadores (Van Damme *et al.*, 2024): la extensión de los servicios, calculada a partir de la cobertura de plazas residenciales y el número de trabajadores/as del sector de los cuidados de larga duración con relación a la población mayor de 65 años; la duración de los permisos para el cuidado de personas mayores, considerando una duración doble para los permisos remunerados; la existencia de prestaciones económicas o deducciones fiscales; la existencia de servicios de respiro, y el gasto público en cuidados de larga duración corregido por la esperanza de vida en mala salud de la población mayor de 65 años. A partir de esos indicadores, se construye una tipología similar a las anteriores, que se resume en el cuadro 5.

Cuadro 5. Modelos de familiarismo en los cuidados de larga duración (Van Damme *et al.*, 2024)

Categorías	Países
Familiarismo por defecto	Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Portugal, Chequia, Grecia, Italia, Polonia, Eslovaquia
Familiarismo apoyado	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Eslovenia, Luxemburgo, España, Suiza, Reino Unido
Desfamiliarismo	Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Países Bajos

Fuente: elaboración propia a partir de Van Damme *et al.* (2024)

Como se ha visto, los modelos de cuidado que tienen en cuenta el grado de (des)familiarización que aportan los cuidados consideran el impacto de cada sistema sobre la igualdad de género como un elemento esencial. Algunos trabajos han intentado medir de forma más explícita ese impacto, calculando para cada modelo de cuidado/género un grado determinado de igualdad de género en las actividades de cuidado. Para ello, Bartha y Zentai (2020) establecen primero cuatro grupos de países en función de dos variables: de una parte, la medida en que se basan en el modelo de familias con doble perceptor/a de ingresos y, por otro, el grado de apoyo prestado a las personas cuidadoras. La adscripción de cada país a cada grupo depende de variables como el gasto en cuidados de larga duración, el nivel de necesidades de cuidado no atendidas, la calidad de la regulación de los servicios de cuidado a domicilio y la brecha de empleo entre mujeres y hombres. Luego, elaboran un índice de igualdad de género en las actividades de cuidado, a partir de diversos indicadores cuantitativos.

El cuadro 6 resume los resultados del trabajo. Ningún país se ubica claramente en un modelo concreto, sino que todos se acercan de forma más o menos clara a los modelos ideales definidos por la función asignada a hombres y mujeres como proveedores de ingresos, y por el grado de apoyo a las personas cuidadoras.

Como se observa en el cuadro, los países del Sur y el Este de Europa se agrupan en los modelos 1 y 2. Si bien la cercanía al modelo de doble perceptor/a de ingresos es variable, estos países se caracterizan por un escaso apoyo a la persona cuidadora. Los países del Norte de Europa, junto con Bélgica y los Países Bajos, se ubican en el modelo 4 (doble perceptor/a de ingresos y apoyo a la persona cuidadora). El modelo 3 –modelo débil de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado/a– agrupa países muy diversos

entre sí, como Chequia, Estonia, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Eslovenia o el Reino Unido. Los datos ponen de manifiesto, en cualquier caso, que la igualdad de género en el trabajo de cuidados se relaciona claramente con el modelo de cuidados y atribución de funciones en la familia, resultando más bajo en los países del primer grupo y más alto en los del cuarto.

e. Análisis de la intersección entre el familiarismo y las características de las prestaciones económicas desde una perspectiva dinámica

Otras investigaciones han examinado la relación entre los modelos de familiarismo que se acaban de señalar y el papel específico que juegan las prestaciones económicas, desde una perspectiva dinámica (Da Roit y Le Bihan, 2019; Le Bihan, Da Roit y Sopadzhiyan, 2019). En estos trabajos, se analizan los factores que explican la introducción de este tipo de prestaciones en diversos países de Europa⁴ —en función, fundamentalmente, del grado de desarrollo previo de su modelo— y el impacto que estas prestaciones tienen en el nivel de responsabilización y apoyo a las familias en lo que se refiere a las tareas de cuidado. Por una parte, las autoras plantean una nueva tipología de políticas de cuidados de larga duración a partir de los trabajos previos de Leitner (2003) y Saraceno y Keck (2010). En este esquema, se combinan las políticas de apoyo a los cuidados informales y la existencia de un marco de servicios formales de cuidado. En el primer caso, se diferencia entre los países que cuentan con medidas de apoyo al cuidado informal (mediante prestaciones económicas, políticas de conciliación y derechos de las personas cuidadoras) y los que no. En el segundo caso, se diferencian los países que han desarrollado servicios de cuidado públicos o de responsabilidad pública, los que lo han hecho a través del mercado y los que no han generado una red de servicios de apoyo de ningún tipo.

Cuadro 6. Modelos de cuidados e igualdad de género en el cuidado (Bartha y Zentai, 2023)		
Categorías	Países	Índice de igualdad de género
Modelo fuerte de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a no apoyado/a	Bulgaria, Chipre, Grecia, Italia, Letonia, Portugal, Rumanía	65,2
Modelo débil de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a no apoyado/a	Croacia, Hungría, Lituania, Polonia, Eslovaquia, España	64,8
Modelo débil de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado/a	Chequia, Estonia, Francia, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Eslovenia, Reino Unido	73,2
Modelo fuerte de doble perceptor/a de ingresos y cuidador/a apoyado/a	Bélgica, Dinamarca, Países Bajos, Austria, Finlandia, Suecia	78,3

Fuente: Bartha y Zentai (2023: 98), adaptado

⁴ Se analizan, en concreto, los casos de Inglaterra, los Países Bajos, Francia, Italia, España, Alemania y Austria.

Cuadro 7. Modelos de cuidados, prestaciones económicas y familiarismo (Le Bihan, Da Roit y Sopadzhiyan, 2019)				
Desarrollo de servicios públicos o de responsabilidad pública		Servicios formales de cuidado		
		Desarrollo de servicios privados o de mercado	Ausencia de servicios	
Cuidados informales	Medidas de apoyo	Familiarismo opcional	Familiarismo opcional vía mercado	Familiarismo apoyado
	Sin medidas de apoyo	Desfamiliarismo	Desfamiliarismo vía mercado	Familiarismo no apoyado

Fuente: Le Bihan, Da Roit y Sopadzhiyan (2019: 582)

Como se observa en el cuadro 7, de esa combinación se derivan seis categorías:

- El familiarismo opcional, que combina medidas de apoyo a las personas cuidadoras y servicios en especie de responsabilidad pública.
- El familiarismo opcional vía mercado, que combina medidas de apoyo a las personas cuidadoras y servicios en especie provistos por el mercado.
- El familiarismo apoyado, en el que existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, pero no servicios de atención directa de suficiente cobertura o intensidad.
- El desfamiliarismo, en el que no existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, pero sí una gama de servicios de atención directa de responsabilidad pública.
- El desfamiliarismo vía mercado, en el que no existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, pero sí una gama de servicios en especie provistos por el mercado.
- El desfamiliarismo no apoyado, en el que no existen medidas de apoyo a las personas cuidadoras, y tampoco de servicios de atención directa, ya sea de responsabilidad pública o provistos por el mercado.

Una vez definido este esquema, las autoras identifican en qué modelo se ubicaban los diferentes países que analizan en torno a los años noventa y en qué modelo se ubican hoy, fundamentalmente como consecuencia del impacto de las prestaciones económicas de cuidado introducidas sobre todo a principios de este siglo.

De acuerdo con los datos del cuadro 8, en la actualidad los países analizados se ubicarían en los dos modelos de familiarismo opcional, en los que

se combinan políticas de apoyo al cuidado informal y servicios de atención. En un caso —los Países Bajos y Francia—, de responsabilidad pública, y en el otro —Inglaterra, Austria, Alemania, España, Italia—, mediante el mercado. Desde la perspectiva dinámica, solo Inglaterra se habría mantenido en el mismo grupo; los Países Bajos habría pasado del desfamiliarismo al familiarismo opcional —mediante el refuerzo de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras—, Francia habría pasado del familiarismo no apoyado al familiarismo opcional e Italia, España, Alemania y Austria habrían pasado del familiarismo no apoyado al familiarismo opcional vía mercado. El cambio de estos países tiene que ver tanto con el refuerzo de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras (formación, respiro, permisos laborales, apoyo psicológico, formación, información) como al desarrollo de las prestaciones económicas destinadas a las personas cuidadoras.

f. Modelos relacionados con la participación de la población inmigrante en las tareas de cuidado

Por otra parte, a partir de la clasificación de los modelos de cuidados de larga duración desde la perspectiva de la (des)familiarización de los cuidados, algunas investigaciones han examinado en qué medida estos modelos se relacionan con un mayor o menor recurso al cuidado realizado por personas inmigrantes, en el marco del análisis de las cadenas globales de cuidados. Los trabajos clásicos al respecto planteaban la emergencia en los países del Sur de un modelo de "migrante en la familia" (Bettio *et al.*, 2006), si bien su trabajo se centraba en el análisis del modelo italiano, y no tanto en la identificación de tipos o modelos.

Cabe decir, en cualquier caso, que, con relación a esta cuestión, resultan más habituales las comparaciones

Cuadro 8. Evolución de los modelos de cuidados, prestaciones económicas y familiarismo (Le Bihan, Da Roit y Sopadzhiyan, 2019)		
Modelos	Años noventa	Actualidad
Familiarismo opcional		Países Bajos, Francia
Familiarismo opcional vía mercado	Inglaterra	Inglaterra, Austria, Alemania, España, Italia
Familiarismo apoyado		
Desfamiliarismo	Países Bajos	
Desfamiliarismo vía mercado		
Familiarismo no apoyado	Francia, Italia, España, Alemania, Austria	

Fuente: elaboración propia a partir de Le Bihan, Da Roit y Sopadzhiyan (2019)

de un número reducido de países que la elaboración de tipologías capaces de incluir al conjunto de los países de Europa o la OCDE. En todo caso, la mayor parte de los estudios distinguen entre un modelo de migrante en la familia, en el que las familias contratan directamente a personas cuidadoras migrantes, con o sin contrato formal, y otro de "migrante en los servicios", en el que las entidades y centros prestadores de servicios recurren habitualmente a la contratación de personal migrante, generalmente mujeres. El nivel de cualificación y remuneración de los puestos que estas mujeres migrantes ocupan en este sector varía en función de los países y modelos de cuidados.

La combinación de regímenes de cuidado y modelos nacionales de empleo permite establecer también tipologías de interés. En ese sentido, Simonazzi (2009) plantea que la combinación entre tres tipos de aproximaciones al cuidado —mercado formal, mixto y mercado informal— se combina con tres modelos de empleo —nativo, migrante y mixto—. Al optar entre diferentes posibilidades, se obtienen al menos cinco modelos diferentes:

- Suecia y Francia, que combinan un mercado formal con una fuerza de trabajo preferentemente local.
- El Reino Unido, que combina un mercado formal con una fuerza de trabajo formada por población local e inmigrante.
- Alemania, que combina un mercado mixto —en el que convive lo formal y lo informal— con una fuerza de trabajo básicamente local.
- Austria, donde la aproximación mixta se refiere tanto a los servicios provistos como al mercado de trabajo.
- Los países mediterráneos, que combinan mercado informal y población trabajadora migrante.

En esa misma línea, Van Hooren (2012) compara los casos de Italia, Inglaterra y los Países Bajos, que representan tres orientaciones diferentes en este sentido: Italia destaca por el recurso a la contratación directa de cuidadoras migrantes por parte de las familias (modelo de migrante en la familia); Inglaterra, por la elevada presencia de cuidadoras migrantes en centros y servicios de cuidado (modelo de migrante en los servicios formales), y los Países Bajos por la escasa presencia de cuidadoras migrantes, ya sea directamente contratadas por las familias, ya sea por empresas o entidades prestadoras de servicios (Van Hooren, 2012). En el mismo sentido, a partir de la comparación del papel de las cuidadoras migrantes en Alemania, Italia, Suecia y Polonia, Rothgang *et al.* (2021) confirman la existencia de esos modelos: el modelo sueco se correspondería con el del migrante en los servicios formales; el italiano y el polaco, con el modelo de migrante en la familia, mientras que el caso alemán comparte características de ambos modelos (Rothgang *et al.*, 2021).

Combinando indicadores relacionados con las políticas de empleo, de cuidados y migratorias, Da Roit y Witch (2013) analizaron la distribución de los

países de Europa en los dos modelos señalados. La tesis de las autoras es que tanto el modelo de migrante en la familia como de migrante en los servicios puede explicarse por una determinada combinación de políticas migratorias y de empleo, en conjunción con las políticas de cuidado. Dentro de estas, la disponibilidad de prestaciones económicas para cuidados de libre uso juega un papel esencial.

De acuerdo con el análisis realizado, el modelo de migrante en la familia en Austria y Alemania es el resultado de la combinación de un desarrollo limitado de los servicios formales y la existencia de prestaciones económicas de libre uso (es decir, que no se deben utilizar para un fin determinado). A ello se añade un mercado laboral que tiende a la segregación de la población migrante en trabajos poco cualificados. En España, el resultado no viene determinado por la presencia de programas de asistencia en metálico no controlados, sino más bien por un conjunto de condiciones relacionadas con el bajo nivel de regulación de los flujos migratorios (migración indocumentada) y del mercado laboral (economía sumergida), junto con las elevadas tasas de migración vinculada a la búsqueda de empleo. Italia presenta características de las dos vías: en este caso, el resultado de migrante en la familia sería posible incluso en ausencia de prestaciones en metálico de libre uso, dadas las condiciones de su modelo laboral y migratorio. Sin embargo, el régimen de prestaciones económicas podría contribuir efectivamente, junto con las otras dos condiciones observadas para Alemania y Austria, al resultado incluso sin el bajo nivel de migración y regulación del mercado laboral.

A la inversa, los países con un modelo de migrante en los servicios coinciden en carecer de este tipo de prestaciones económicas de libre uso. Sin embargo, aquí también se pueden identificar dos vías. Mientras que en los Países Bajos, Francia, Suecia y Noruega los grandes sectores públicos conducen a una alta prevalencia de emigrantes en el sector formal, en el Reino Unido el gran tamaño del sector privado parece ser el elemento crucial.

Con una gama de países más amplia, un trabajo reciente editado por la Organización Internacional del Trabajo (King-Dejardin, 2019) establece una categorización que permite distinguir 27 modelos diferentes, combinando tres categorías en lo referente al papel de mujeres y hombres en la provisión de recursos, tres categorías en lo que se refiere a las políticas migratorias y cuatro categorías en lo que se refiere al modelo de cuidados. Desde esa perspectiva, cabe señalar algunos ejemplos:

- Los Países Bajos se situarían en un modelo en el que la consideración del hombre como único proveedor de ingresos familiares (*male breadwinner*) es débil (dimensión 1), el régimen migratorio es estricto y restrictivo respecto a la migración no cualificada (dimensión 2) y el modelo de cuidados es mixto, con un seguro obligatorio y una coordinación estatal fuerte.

- Italia se situaría en otro extremo, con un modelo fuerte de hombre proveedor de recursos, un modelo migratorio poco restrictivo y un modelo de cuidados familiarista.
- Alemania se caracteriza también por un modelo fuerte de hombre proveedor de recursos, un modelo migratorio restrictivo con relación a la migración no cualificada y un modelo de cuidados mixto.
- Suecia y Canadá, por su parte, comparten una consideración débil del hombre como proveedor de recursos del hogar, un modelo migratorio restrictivo para la inmigración no cualificada y un modelo de cuidados basado en una intervención pública fuerte.
- El Reino Unido se caracteriza por una consideración intermedia del hombre como proveedor de recursos, un modelo migratorio restrictivo y un modelo de cuidados orientado al mercado.
- Los Estados Unidos se situarían en esa misma posición, pero con un modelo débil de hombre proveedor de recursos en el hogar.
- Finalmente, Singapur se situaría en un modelo débil de hombre proveedor de recursos en el hogar, un modelo migratorio muy regulado, basado en la selección de perfiles muy específicos, y un modelo de cuidados familiarista.

3. Dimensiones prioritarias de análisis, modelos ideales y principales limitaciones de los análisis comparados

La revisión de los esfuerzos realizados para la construcción de tipologías relacionadas con los sistemas de cuidados de larga duración permite extraer algunas conclusiones y aprendizajes, además de plantear propuestas que avancen en la mejora del análisis comparado de estas políticas. En este apartado se resumen, por una parte, las dimensiones e indicadores que más frecuentemente se tienen en cuenta en estas comparaciones, así como los modelos de cuidados de larga duración que con más claridad emergen. Se señalan también los retos y limitaciones a los que se enfrentan estos estudios comparados y, a partir de lo anterior, en el siguiente punto, se plantea una propuesta para avanzar en el estudio comparado de los sistemas de cuidados de larga duración.

a. Dimensiones e indicadores de uso más habitual

A la hora de señalar las dimensiones e indicadores que con más frecuencia se incluyen en las comparaciones, o las que tienen una mayor capacidad de discriminación de modelos, conviene señalar que en la revisión anterior se ha hecho referencia a trabajos de distinto tipo:

- Por una parte, estudios que comparan la situación de cada país con relación a uno o varios aspectos

determinados (la financiación, la provisión). Estos trabajos pueden basarse tanto en elementos cuantitativos como cualitativos, y se centran habitualmente en un número elevado de países —los de la UE o los de la OCDE, por ejemplo—, si bien en algunos casos se realizan comparaciones entre grupos más reducidos.

- Por otra, estudios diseñados para clasificar a los diferentes países en el marco de una tipología analítica determinada. Estas tipologías pueden referirse a aspectos específicos de los cuidados de larga duración o a la integralidad de los modelos, pueden estar basados en indicadores cuantitativos o cualitativos —o una mezcla de ambos— y pueden o no basarse en metodologías estadísticas específicas para la agrupación o clusterización de los países en categorías específicas.

A partir del análisis de las tipologías recogidas en la revisión anterior, es posible identificar los elementos que con más frecuencia se tienen en cuenta a la hora de realizar tipologías o clasificaciones de los sistemas de cuidados de larga duración. Los más relevantes o habituales son los siguientes:

- Probablemente, el aspecto que en mayor medida se analiza es el que tiene que ver con las fórmulas de acceso a los servicios de responsabilidad pública y, más concretamente, el grado de universalidad o selectividad de cada modelo. La orientación universalista hacia el conjunto de la población en situación de necesidad o, por el contrario, la orientación selectiva hacia la parte de la población con menores niveles de renta es el elemento que en mayor medida se tiene en cuenta a la hora de construir modelos de cuidados de larga duración. Junto con la universalidad desde la perspectiva de los ingresos, las tipologías también tienen en cuenta otros aspectos, como el grado en el que el acceso a los servicios está garantizado —por encima de la discrecionalidad técnica, política o económica— a las personas que cumplen los requisitos y el grado de focalización (*targeting*) en las personas con necesidades más severas.
- El segundo grupo de indicadores o dimensiones tienen que ver con el alcance de cada sistema, ya sea en términos de cobertura poblacional o de gasto público. En ese sentido, la mayor parte de los estudios comparativos tienen en cuenta qué porcentaje de la población en situación de necesidad es atendida por el sistema de cuidados de responsabilidad pública y qué porcentaje del gasto que requieren los cuidados es asumido por las administraciones, además de los niveles generales de gasto público, generalmente con relación al PIB.
- El tercero de los elementos o dimensiones que se tiene en cuenta es el relacionado con el nivel de (des)familiarización que cada sistema genera. Se analiza, en ese sentido, tanto desde la perspectiva del despliegue del sistema como de su diseño, en qué medida cada sistema ofrece alternativas al cuidado familiar o, por el contrario, plantea como

opción natural —e incluso refuerza— la asunción de las responsabilidades de cuidado por parte de las familias (y, en particular, de las mujeres). Las tipologías que giran en torno al grado de (des) familiarización también tienen en cuenta si se prestan apoyos suficientes a las familias (o, en general, a las personas cuidadoras informales) para el desarrollo de sus funciones, diferenciando entre un familiarismo apoyado y un familiarismo no apoyado. En esa misma línea, una parte importante de las tipologías propuestas tienen en cuenta el grado de “desgenerización” que procura cada sistema, es decir, en qué medida su diseño contribuye o no a mantener los roles tradicionales de género en la provisión de los cuidados.

- También reciben una atención preferente las cuestiones relacionadas con los modelos de financiación y, más concretamente, si cada país ha optado por financiar los servicios mediante impuestos generales, mediante cotizaciones sociales ligadas a un seguro público o mediante otras fórmulas.
- La capacidad de elección de las personas usuarias —tanto con relación al tipo de servicio como al proveedor de ese servicio— es también una cuestión considerada en buena parte de los análisis. En esa línea, algunas de las tipologías diferencian los modelos de cuidados de larga duración según su grado de adaptación a las necesidades del consumidor (*consumer friendliness*), para lo cual se tiene en cuenta, entre otros elementos, la capacidad de elección de las personas usuarias y la flexibilidad en el acceso a los diferentes servicios.
- En lo que se refiere a las características de la cartera de servicios, la atención se centra básicamente en dos aspectos. Por una parte, el equilibrio —desde el punto de vista del gasto y la cobertura— entre los servicios prestados en el domicilio y los servicios institucionales o residenciales. Por otra, el equilibrio entre servicios en especie o de atención directa, y las prestaciones económicas que se ofrecen a las personas con dependencia o a quienes las cuidan. La cuestión del recurso a las prestaciones económicas es considerada crucial en algunos análisis, en la medida en que ese elemento influye en otros como la capacidad de elección, de familiarización o en las condiciones laborales del personal. Pese a la importancia de esta cuestión, ni en los datos cuantitativos ni en los análisis cualitativos se tienen siempre adecuadamente en cuenta los diferentes tipos de prestaciones económicas, que pueden utilizarse tanto para la contratación de servicios de cuidado formal en el mercado como para la compensación genérica de los cuidados familiares.
- El recurso a población migrante para la provisión de los servicios es otro de los elementos muy habitualmente considerados en las clasificaciones, si bien podría decirse que esta diferenciación no suele ser considerada en las clasificaciones más integrales o multidimensionales, sino en las que analizan esta cuestión de forma específica.

- Muchos de los análisis realizados tienen en cuenta los aspectos organizativos y competenciales. Entre ellos, cabe hacer referencia a tres elementos: la distribución de las competencias entre las diversas administraciones, la existencia de un sistema único o de varios que actúan de forma simultánea, y el modelo de coordinación entre el sistema de cuidados de larga duración y el de salud.
- Algunas tipologías, aunque no muchas, tienen también en cuenta los modelos de evaluación de la calidad que existen en cada país a la hora de realizar sus tipologías.

Como se señalará posteriormente, es posible también plantear cuáles son las dimensiones o indicadores que reciben una atención escasa en la mayor parte de los análisis realizados:

- La disponibilidad de prestaciones que garantizan tiempo a las personas cuidadoras (permisos, excedencias, prestaciones económicas para la conciliación).
- Las cuestiones relacionadas con las condiciones de trabajo (salarios, horarios) del personal que presta servicios de atención formal.
- Las cuestiones relativas a la calidad y la intensidad de los servicios (cuantía de las prestaciones, horas y ratios de atención, costes unitarios de los servicios), así como su accesibilidad y asequibilidad (listas de espera, por ejemplo) o su seguridad.
- Las cuestiones relacionadas con la desigualdad socioeconómica en el acceso a los servicios de atención formal.
- Los elementos contextuales de carácter económico, político o sociodemográfico que pueden condicionar el diseño de los sistemas de cuidados de larga duración, así como los valores y preferencias sociales que influyen en las opciones adoptadas en cada país.
- Impacto de los servicios sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas usuarias.

Estas cuestiones se analizarán con más detalle en el apartado relativo a los retos y limitaciones que plantean los modelos analizados.

b. ¿Podemos seguir hablando de modelos ideales de cuidados de larga duración?

Dada la multidimensionalidad de los análisis realizados y de la diversidad de enfoques, planos o indicadores, no es posible plantear una tipología común que resulte válida desde cualquier punto de vista. Al contrario, las características de los grupos y sus componentes serán muy distintos en función de las dimensiones que se analicen. En todo caso, cabe pensar que los modelos se estructuran en función de cinco dimensiones clave:

- La universalidad y la responsabilización pública.
- El tipo más frecuente de proveedor.

- La libertad de elección.
- La presencia de prestaciones económicas de cuidado.
- La (des)familiarización y el impacto sobre la igualdad de género.

Teniendo en cuenta esas dimensiones, de forma muy tentativa, podría pensarse que buena parte de los países europeos pertenecen a uno de los tres modelos ideales que se sugieren a continuación:

- Un modelo universal, de amplia cobertura y gasto elevado, que garantiza una cierta desfamiliarización ("familiarismo opcional") y avances en cuanto a igualdad de género, que se apoya fundamentalmente en proveedores públicos, con escasa presencia de prestaciones económicas y poco orientado a facilitar la elección de las personas usuarias. La presencia de personas migrantes en la provisión de cuidados es baja —y se circumscribe, en todo caso, a los servicios formales— y las responsabilidades de gestión recaen sobre los municipios. En líneas muy generales, este es el modelo en el que se podrían ubicar los países nórdicos, de tradición socialdemócrata.
- Un modelo generalmente universal, aunque con niveles de cobertura y gasto más reducidos, que garantiza niveles muy reducidos de desfamiliarización ("familiarización por defecto"), se apoya en proveedores privados, con una amplia presencia de prestaciones económicas y poco orientado a la elección. La presencia de personas migrantes en la provisión de cuidados es alta, sobre todo en los servicios informales y/o a domicilio. Los países del Sur de Europa —especialmente Italia y España—, así como la mayor parte de los países del Este corresponden, al menos en sus principales características, a este modelo.
- Un modelo universal, de cobertura y gasto relativamente elevados, que garantiza una cierta desfamiliarización (familiarismo opcional) y ciertos avances en cuanto a igualdad de género. Este modelo se apoya fundamentalmente en proveedores privados (con o sin fin de lucro), otorga un peso importante a las prestaciones económicas y está, en líneas generales, orientado a facilitar la elección de las personas usuarias. La presencia de personas migrantes en la provisión de cuidados es variable —aunque se circumscribe, en todo caso, a los servicios informales y domiciliarios—. En líneas muy generales, este es el modelo en el que se podrían ubicar los países del centro de Europa, como Francia, los Países Bajos, Alemania o Austria.

A estos tres grupos cabría añadir otro, más difuso, de carácter generalmente selectivo, con niveles de cobertura y de gasto público bajos, niveles muy reducidos de desfamiliarización y de libertad de elección. Sería, en términos muy generales, el modelo existente en la mayor parte de los países del Este de Europa.

En todo caso, más allá de la identificación de estos otros modelos, cabe plantear algunas conclusiones sobre las tipologías que se han identificado en esta revisión:

- Destaca, en primer lugar, la relativa autonomía de los cuidados de larga duración frente a otros ámbitos de las políticas sociales en lo tocante a las tipologías identificadas. Es decir, las tipologías que pueden ser útiles para clasificar los países en otros ámbitos de las políticas sociales —la salud, las pensiones, la educación o el sistema de protección social en su conjunto— no siempre sirven para clasificar a los países en el ámbito de los cuidados de larga duración (Bertin *et al.*, 2021). Ello requiere aproximaciones comparativas específicas, que no necesariamente reflejarán los modelos de Estado del bienestar considerados hasta ahora como típicos.
- Destaca, por otra parte, que países que *a priori* compartían un modelo común de cuidados de larga duración se resitúan, con cierta frecuencia, en modelos diferentes cuando se tienen en cuenta perspectivas diferentes. Francia y Alemania, por ejemplo, pueden compartir ciertos elementos basados en su orientación en cierto modo bismarckiana, con amplia presencia de la Seguridad Social, pero se diferencian claramente en lo que se refiere al papel de la población migrante, del Estado o de las entidades con y sin fin de lucro en la provisión de cuidados. En otras palabras, la multidimensionalidad de los modelos de cuidados de larga duración hace que, en función de cuál sea la dimensión analizada, las tipologías sean diferentes, así como la agrupación de países en modelos comunes.
- En esa misma línea, aun cuando se analizan las mismas dimensiones, las comparaciones no siempre arrojan los mismos resultados y, en algunos casos, ubican a los mismos países en grupos o tipos diferentes. Esto puede deberse tanto a la subjetividad de los análisis —que dependen en gran medida de los datos utilizados para la comparación— como a los procesos de cambio de las políticas de cada país.
- Aunque son cada vez más habituales los análisis centrados en países de Asia o de América del Sur, la mayor parte de las comparaciones se centran en los países de Europa y, en todo caso, de la OCDE (Fischer, 2021). Con todo, el creciente interés de las organizaciones multilaterales (OCDE, Naciones Unidas, Banco Mundial, Organización Internacional del Trabajo) por la atención a la dependencia ha impulsado la realización de estudios comparativos con un enfoque geográfico más amplio.
- Los procesos de cambio y reforma, y los mecanismos de "imitación" o "aprendizaje" entre países pueden tender bien a la convergencia, bien a la hibridación. Estos procesos, sin embargo, no han sido suficientemente estudiados.

La conclusión más clara apunta, en todo caso, a que no es sencillo identificar modelos claros en el ámbito de los cuidados de larga duración o, en otras

palabras, a que cada país ha podido ir construyendo su modelo propio, a partir de una combinación de planteamientos conceptuales y mecanismos organizativos más heterogéneos de lo habitual en otros ámbitos de la protección social. La dificultad de establecer modelos claros se debe, puede pensarse, a tres elementos: la diversidad de dimensiones que se tienen en cuenta (que difícilmente responden siempre a un mismo modelo); los procesos de reforma que se han ido desarrollando a lo largo de los años en el diseño de cada sistema, y los mecanismos de imitación entre países, que no siempre se producen en la dirección esperada.

c. Retos y limitaciones de los estudios comparados

El repaso que se ha realizado en las páginas anteriores permite identificar algunos de los retos y de las limitaciones que presentan los esfuerzos que se han realizado para comparar modelos de cuidados de larga duración a escala internacional.

En primer lugar, cabe hacer referencia a las dificultades que genera el carácter multidimensional de los cuidados de larga duración, en el sentido de que resulta complejo aprehender todas las dimensiones de la configuración de un modelo de cuidados. Se ha señalado previamente cuáles son las dimensiones y los indicadores que en mayor medida se tienen en cuenta a la hora de realizar comparaciones y elaborar tipologías, y se observa con claridad en qué medida determinadas características básicas de los sistemas de cuidados de larga duración quedan fuera de ese análisis y en qué medida resulta difícil identificar modelos con características distintivas en todas las dimensiones consideradas. La necesidad de tener en cuenta dimensiones tan variadas —relativas como se ha dicho a la estructura sociodemográfica de los países, la financiación, la regulación y la provisión de los servicios— dificulta, aunque no imposibilita, encontrar pautas comunes o coincidencias relativas al conjunto del sistema. A las dificultades asociadas a la multidimensionalidad y la complejidad de los modelos de cuidados de larga duración, cabe añadir la relativa a la inexistencia de modelos puros y al carácter híbrido de la mayor parte de los sistemas. En efecto, casi todos ellos comparten rasgos y elementos de muy diversos modelos y —salvo en algunos casos muy concretos— es difícil encontrar modelos puros que respondan con claridad a un ideal que, en ocasiones, solo existe a efectos analíticos.

El carácter multidimensional de los modelos de cuidados de larga duración tiene que ver tanto con los elementos que definen un sistema —de forma simplificada, la regulación, la financiación y la provisión de los cuidados— como con la pluralidad de agentes que intervienen en él. Toda la literatura sobre cuidados hace referencia a la idea del diamante de los cuidados propuesto por Razavi (2007), que hace referencia al papel de las administraciones, las familias, la comunidad y el mercado en la prestación de cuidados. Ciertamente, los análisis comparativos realizados intentan tener en cuenta esa pluralidad, pero no siempre consideran los cuidados que se

prestan al margen del sistema —más o menos desarrollado— de responsabilidad pública. En efecto, la mayor parte de los análisis comparativos que se realizan tienen dificultades para considerar el conjunto de los agentes que intervienen en el cuidado y, en general, los análisis se centran en los cuidados de responsabilidad pública —es decir, los cuidados que son regulados, financiados y/o provistos por las administraciones—, dejando al margen los cuidados prestados por otros agentes si no lo hacen como complemento explícito del sistema de responsabilidad pública.

Como en cualquier otra política pública, también puede decirse que no siempre es sencillo definir dónde terminan y dónde acaban los sistemas de cuidados de larga duración y cuál es su perímetro o sus contornos: es decir, qué tipo de prestaciones incluyen y cuáles no —en ocasiones, los análisis no tienen en cuenta medidas que, sin formar parte del núcleo de los sistemas de cuidado, tienen una influencia directa en el cuidado— o a qué necesidades se refieren (infancia, jóvenes y adultos con discapacidad, personas mayores).

Otro de los elementos relacionados con la multidimensionalidad de los modelos de cuidados de larga duración tiene que ver con los diferentes públicos a los que se dirigen estos cuidados: algunos de los estudios analizados consideran de forma conjunta o simultánea los cuidados a la primera infancia y a las personas con dependencia, mientras que otros se centran en uno solo de esos grupos. Es patente, en cualquier caso, la escasez de comparaciones que tengan en cuenta —de forma específica o junto con la atención prestada a las personas mayores— los modelos de cuidados prestados a las personas adultas con discapacidad. Si bien algunos de los trabajos consultados tienen en cuenta en qué medida se atiende también a población adulta en cada uno de estos sistemas, resulta notable la escasa atención que recibe la población con discapacidad frente a la primera infancia y las personas mayores.

Desde una perspectiva más operativa, a la hora de identificar los retos y limitaciones de los análisis comparados, es preciso señalar la escasa disponibilidad y/o calidad de los datos utilizados para la comparación de la realidad en cada país. Incluso los datos e indicadores más básicos —como las coberturas de atención y/o el gasto público en cuidados de larga duración— no siempre se recogen con los mismos criterios en todos los países, y vienen acompañados de márgenes elevados de incertidumbre. Si bien es cierto que se han desarrollado operaciones estadísticas y sistemas de publicación de datos que garantizan una cierta homogeneidad y fiabilidad de la información disponible, lo cierto es que en muchos casos las tipologías propuestas se apoyan en datos de mala calidad o escasa fiabilidad, que dificultan obtener resultados concluyentes.

En un sentido parecido, la comprensión de los elementos que condicionan el funcionamiento de un sistema determinado no siempre resulta sencilla, especialmente cuando se analiza mediante fuentes secundarias. En ese sentido, podría decirse que la identificación y definición de algunos de los elementos que constituyen un sistema no siempre es adecuada, y que determinadas características de los modelos analizados —difíciles de aprehender, en muchas ocasiones— no siempre se interpretan adecuadamente a la hora de realizar comparaciones entre países. En otros casos, no siempre se tienen en cuenta la totalidad de los sistemas o mecanismos disponibles⁵, lo que lleva a una comprensión muy parcial de la realidad analizadas. Ello lleva, como se señala, a la elaboración de clasificaciones en cierta forma contraintuitivas, especialmente en lo que se refiere a países con modelos más híbridos o mixtos.

La cuestión de las prestaciones económicas para los cuidados plantea, en ese sentido, problemas de especial relevancia. Aunque algunas de las tipologías propuestas diferencian entre los diversos tipos de prestaciones (distinguiendo las prestaciones finalistas —que únicamente se pueden emplear para adquirir servicios de cuidado formal— de las prestaciones de libre uso), en los análisis que incorporan estas prestaciones no siempre se diferencian las que se destinan a la compra de cuidados formales en el mercado y las orientadas a la compensación de los cuidados familiares. Se trata de una diferenciación importante, puesto que, si las primeras tienden a reforzar el cuidado formal, las segundas refuerzan el cuidado familiar. En todo caso, no siempre es posible garantizar que el gasto o el número de personas usuarias de estas prestaciones ha sido adecuadamente considerado a la hora de recoger los datos que definen un sistema determinado, debido a la existencia de criterios estadísticos diferentes, lo que invalidaría los esfuerzos realizados para entender adecuadamente las características de cada sistema.

Desde la perspectiva metodológica, cabe referirse también a la dependencia que muchos de los trabajos realizados tienen no solo de la calidad de los datos y del acierto en la elección de determinados indicadores o fuentes de datos, sino también en las opciones metodológicas y estadísticas adoptadas para la clusterización de los países.

Una de las limitaciones más importantes de los estudios comparativos —y de naturaleza metodológica, pero también conceptual— se refiere a la dificultad para estimar adecuadamente el gasto privado en cuidados. En efecto, la mayor parte de los trabajos no aclaran, o no estiman de la misma manera, dos formas muy diferentes de financiación de los cuidados por parte de las familias: la primera se refiere al copago de los servicios de responsabilidad pública, es decir,

⁵ Esto ocurre, sobre todo, cuando existen redes o dispositivos paralelos al principal, ubicados, por ejemplo, en el marco de la asistencia social o de la Seguridad Social, o de las políticas de conciliación.

al pago de un porcentaje del coste de un servicio provisto directa o indirectamente por la Administración; la segunda se refiere, de forma más amplia, al gasto que las familias realizan para adquirir bienes y servicios para la provisión de cuidados, al margen de los servicios que la Administración pueda proveer o cofinanciar. Este gasto es muy elevado en los países, como Italia o Francia, con un peso importante del mercado de servicios profesionales irregulares.

En ese mismo sentido, pocos análisis comparativos internacionales estiman y comparan el valor económico de los cuidados informales.

Otras limitaciones importantes que se ponen de manifiesto en el repaso realizado tienen que ver con el tiempo y con el espacio:

- Por una parte, resulta difícil que este tipo de tipologías o clasificaciones sean sensibles a los cambios que se producen a lo largo del tiempo dentro de cada modelo. Si bien, como hemos visto, algunas de las clasificaciones realizadas intentan tener en cuenta el carácter dinámico de las políticas de cuidados de larga duración y los cambios que se producen en ellas, en muchos casos el análisis se refiere a un momento específico —no necesariamente reciente— en el desarrollo de cada modelo.
- Por otra parte, la práctica totalidad de las tipologías y clasificaciones realizadas se centran en los Estados o naciones y, en muy pocos casos, se tienen en cuenta las diferencias que existen, dentro de un mismo país, a nivel local o regional. La necesidad de diferenciar los modelos de cuidados de larga duración que existen a escala local o regional es particularmente necesaria en los países —como España o el Reino Unido— en los que la descentralización de las políticas de cuidados de larga duración es grande y las entidades subestatales gozan de un amplio margen de autonomía. También en aquellos países, como Italia o Alemania, con diferencias importantes en la estructura económica o demográfica de las diferentes zonas del país. Puede pensarse, por tanto, que la focalización de los análisis en las realidades locales o regionales permitiría tener una visión mucho más rica, matizada y diversa de los modelos de cuidados de larga duración en Europa.

El análisis de las dimensiones e indicadores que en mayor medida suelen tenerse en cuenta para la realización de estas comparaciones permite identificar algunas ausencias o brechas de relativa importancia. En ese sentido, cabe pensar en la insuficiente utilización de tres tipos de datos o indicadores:

- Por una parte, los que tienen que ver con la estructura social, económica, demográfica o laboral global de cada país, que en muchas ocasiones condiciona el propio diseño de los sistemas de cuidados de larga duración. Si bien en algunos casos sí se consideran estas variables de

tipo macro, en muchos de los análisis no se tienen en cuenta, ni cuantitativa ni cualitativamente.

- Por otra, son pocos los modelos que consideran las percepciones y preferencias sociales de cada país o, en otros términos, el peso de los valores y patrones culturales que determinan las políticas de cuidados de larga duración y que, al mismo tiempo, son determinados por ellas. En ese sentido, sería de interés recurrir en mayor medida a las encuestas de valores que se realizan a lo largo del tiempo para analizar cómo esos valores determinan las opciones políticas adoptadas en cada país y, a la inversa, cómo las políticas que se han desarrollado condicionan los valores y las expectativas de la población.
- También es posible señalar la escasa presencia de indicadores relacionados con las condiciones de trabajo de las personas que trabajan en el sector, más allá de su nacionalidad o el tipo de entidad en la que prestan sus servicios.
- La carencia más importante se refiere, en cualquier caso, al escaso uso de indicadores relacionados con la calidad o la intensidad de la atención y con el impacto de las políticas sobre el bienestar o la calidad de vida de las personas usuarias. A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la evaluación de la calidad —donde preocupa identificar los *outcomes* de los servicios sobre la calidad de vida de las personas usuarias—, los estudios comparativos tienen en escasas ocasiones en cuenta el impacto que el diseño y la gestión de los modelos tiene sobre la situación de las personas.

En esa misma línea, también puede decirse que, en ocasiones, los estudios comparativos mezclan dimensiones o indicadores que se corresponden con diferentes planos. Es decir, no siempre se diferencian adecuadamente los elementos que se podrían considerar conceptuales, los relacionados con los mecanismos de funcionamiento, los relacionados con el alcance o el despliegue del sistema y los relacionados con sus efectos o impactos. Si bien no cabe duda de que todos estos planos están relacionados, y que los indicadores que pueden corresponder a un plano determinado no hacen sino concretar o reflejar los que están en otro plano, sería aconsejable plantear un esquema de comparaciones que diferencie adecuadamente los distintos planos, evitando al mismo tiempo el uso de indicadores redundantes, colineales o dependientes entre sí.

Por último, cabe señalar que es muy inusual la realización de estudios comparativos que tengan en cuenta la tipología y el nivel de las prestaciones a las que pueden tener acceso las personas con necesidades de cuidados de larga duración en diferentes países o regiones. Frente al esfuerzo que, en el terreno académico y en entidades como la OCDE se ha hecho para comparar los paquetes nacionales de atención en el ámbito de las políticas de familia (Bradshaw y Finch, 2002), en el caso de los cuidados de larga duración apenas se han realizado, en el ámbito de los cuidados de larga duración,

investigaciones que permitan comparar, para perfiles similares de necesidad, el tipo de servicios y prestaciones a las que las personas de diferentes países podrían tener acceso.

4. Un esquema multidimensional para el análisis comparado de los cuidados de larga duración

A partir del análisis realizado en los apartados anteriores, es posible plantear un esquema alternativo para el análisis comparado de los cuidados de larga duración, basado en los trabajos comparativos ya realizados, pero que permita algunas mejoras en la descripción de los modelos y, por tanto, en su comparabilidad. Este esquema está basado en los trabajos comparativos realizados por la European Social Policy Network (ESPN) para la Comisión Europea (véase, por ejemplo, Spasova *et al.*, 2018) como por los trabajos que viene realizando el Observatorio Global de Cuidados de Larga Duración (GOLTC)⁶ en el marco de la International Long-Term Care Policy Network (ILPN).

El modelo propuesto coincide en lo esencial con el esquema propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2024), que propone tener en cuenta cinco grandes dimensiones a la hora de evaluar el funcionamiento de los modelos de larga duración desde una perspectiva integral. Esta propuesta distingue entre cinco dimensiones o componentes para el análisis de los modelos de cuidados de larga duración: las necesidades de la población, el impacto en la población, los recursos movilizados (*inputs*), los resultados (*outputs*) y los impactos (*outcomes*).

En sentido parecido, proponemos un marco de análisis basado en cuatro planos o dimensiones, a los que cabe sumar una serie de indicadores de contexto que permitan ubicar el marco en el que cada país desarrolla su modelo (estructura sociodemográfica, PIB per cápita, recaudación tributaria, gasto en protección social). Cada uno de esos planos incluye una serie de factores, definidos en función de unas preguntas específicas, a los que cabría dar respuestas cuantitativas y/o cualitativas. Los cuatro planos propuestos son:

- Las bases conceptuales, es decir los elementos normativos, filosóficos o conceptuales en los que se basa el modelo.
- Los instrumentos, es decir, las herramientas y mecanismos de funcionamiento que se han adoptado para la regulación, la financiación, la provisión y la gestión del sistema.
- El alcance, esto es, los elementos relacionados con el despliegue del sistema.
- El impacto, es decir, los indicadores relacionados con el efecto del sistema sobre las personas usuarias.

⁶ <https://goltc.org/>.

Obviamente, se trata de indicadores estrechamente vinculados entre sí, que, en ocasiones, se refieren a las mismas cuestiones desde perspectivas diferentes. Por otra parte, la consideración de determinadas cuestiones como bases conceptuales, mecanismos, indicadores de despliegue o indicadores de impacto es relativamente arbitraria, en la medida en que muchas de las cuestiones propuestas podrían corresponder a más de uno de esos planos. En todo caso, a la hora de elaborar esta propuesta se ha procurado:

- Ofrecer una visión integral y multidimensional de cada sistema o modelo, teniendo en cuenta todas las dimensiones relevantes.
- Crear un modelo que resulte válido tanto para la descripción del sistema como para la comparación entre sistemas y para la creación de tipologías significativas.
- Evitar la redundancia, de forma que los elementos recogidos en uno de los planos no se repitan en otro.
- Recoger las opciones que cada país o grupo de países han adoptado entre la necesidad de optar entre familiarismo, contención del gasto y calidad/intensidad de los servicios.

Se describen a continuación los elementos que se tomarán en cuenta en cada uno de los cuatro planos propuestos:

a. Bases conceptuales

Los elementos básicos que deben tenerse en cuenta a la hora de comparar las bases conceptuales de cada sistema son:

- el grado de universalidad (o, a la inversa, de selectividad) del sistema;
- el carácter integral del sistema (es decir, si las normas de acceso y los servicios disponibles son los mismos para las personas con necesidades de apoyo de cualquier edad o, por el contrario, las personas adultas con discapacidad y las personas mayores son atendidas por sistemas diferentes);
- el grado de (des)familiarización (es decir, la capacidad del sistema para aliviar las responsabilidades familiares sobre el cuidado y para evitar que el grueso de las responsabilidades de cuidado descansen sobre las familias);
- igualdad de género, es decir, la capacidad del sistema para revertir los roles tradicionales de género relacionados con el cuidado;
- la autodeterminación y la libre elección, entendidas como la capacidad de las personas usuarias para flexibilizar el paquete de servicios y elegir tanto los servicios que requieren como las entidades que los prestan;
- la desinstitucionalización y la atención comunitaria, es decir, el equilibrio entre los servicios prestados en centros o instituciones (fundamentalmente residenciales) y los prestados

en el ámbito domiciliario, así como la voluntad de reforzar la dimensión comunitaria de la atención, y

- la mercantilización, entendida como la asunción de lógicas mercantiles en el desarrollo del sistema —competencia entre proveedores, por ejemplo— y la capacidad de intervención concedida a los proveedores de servicios con fin de lucro.

El cuadro 9 recoge los elementos básicos que permiten evaluar la posición de cada sistema de cuidados de larga duración con relación a las dimensiones vinculadas a las bases conceptuales del sistema.

Cuadro 9. Dimensiones de análisis relacionadas con las bases conceptuales de los modelos de cuidados de larga duración

Dimensiones	Preguntas/indicadores
Selectividad y universalidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida y con qué efectos se tiene en cuenta la renta o el patrimonio de las personas atendidas? • ¿El sistema se dirige al conjunto de la población en situación de necesidad, independientemente de su renta, o únicamente a las personas que no pueden acceder por sus propios medios a la atención que precisan?
Segmentación por edad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se atienden dentro del mismo sistema tanto a personas mayores como a personas adultas con discapacidad? • ¿Las personas adultas con discapacidad y las personas mayores acceden a los mismos servicios y con los mismos criterios de acceso?
Familiarización	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida el diseño del sistema se basa en, o refuerza, los cuidados prestados por la red familiar? • ¿Qué nivel de apoyo se presta a las personas cuidadoras informales para el desarrollo de sus funciones?
Igualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida el modelo en cuestión consolida o reduce las desigualdades de género en la asignación de los roles de cuidado?
Libre elección y autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se da prioridad a la libertad de elección de las personas usuarias y a su autodeterminación? • ¿En qué medida se busca la compatibilidad de prestaciones diferentes y la flexibilidad en la composición del paquete de atención? • ¿Cuál es el equilibrio entre las prestaciones económicas para compensar el cuidado familiar, las prestaciones económicas para la financiación de cuidados formales y los servicios de cuidado en especie?
Desinstitucionalización y atención comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida se potencia la atención en o por la comunidad? • ¿Cuál es el equilibrio entre los servicios domiciliarios y los prestados en instituciones?
Mercantilización	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el peso de las lógicas mercantiles en el diseño del sistema? • ¿En qué medida se conceptualiza a las personas usuarias como "consumidoras"? • ¿Cuál es el nivel de participación de las entidades proveedoras sin fin de lucro en la provisión de los servicios?

Fuente: elaboración propia

b. Mecanismos y herramientas

En lo que se refiere a los mecanismos y herramientas para la gestión del sistema (cuadro 10), las dimensiones que se deben considerar son las siguientes:

- La organización competencial, es decir, la existencia o no de un sistema único y autónomo para la gestión del sistema de cuidados (o, por el contrario, la fragmentación del sistema en diversas administraciones) y la distribución de competencias entre los diferentes niveles territoriales de la Administración. También tiene sentido considerar en este ámbito en qué medida participan otros sistemas de protección social —como el de vivienda o el de garantía de ingresos— en la cobertura de algunas de las necesidades vinculadas a los cuidados. Del mismo modo, es conveniente analizar si los cuidados a la dependencia son prestados por el mismo sistema que atiende otros problemas sociales, como la exclusión social, la desprotección infantil o la carencia de ingresos.
- El grado de coordinación o integración de los servicios de cuidado y el sistema de salud en un espacio sociosanitario independiente o identificable, con particular atención a la posible integración del sistema de cuidados en el sistema de salud.
- El modelo de financiación y de copago, tanto en lo que se refiere a la opción entre los impuestos generales o los sistemas de aseguramiento público, como en lo que se refiere a los niveles y criterios que regulan la participación económica de las personas usuarias.
- La determinación de los criterios de acceso que, más allá de la renta, se tienen en cuenta, tanto en lo que se refiere al grado de severidad de las necesidades de cuidado como al grado de discrecionalidad que existe para determinar el acceso (en el ámbito profesional y/o territorial).
- Las características del sistema de gestión y evaluación de la calidad, tanto en lo que se refiere a las herramientas para la gestión de la calidad como en lo que se refiere a las herramientas que garantizan la transparencia y la rendición de cuentas.
- Los sistemas de cualificación y acreditación profesional, es decir, los requisitos que se establecen para la práctica profesional y las funciones o figuras profesionales existentes.

c. Alcance y despliegue del sistema

Los elementos que tienen que ver con el alcance y el despliegue del sistema (cuadro 11) son los siguientes:

- Tasas generales de cobertura, es decir, la proporción de la población general, o de la población potencialmente demandante, que accede al sistema de responsabilidad pública.
- Niveles de gasto público destinados a los cuidados de larga duración, como proporción del PIB o con relación a la población (el conjunto de la población o la población potencialmente demandante).
- Equilibrio entre las diferentes prestaciones (servicios de atención residencial, servicios de atención a domicilio y prestaciones para el cuidado familiar), tanto en lo que se refiere al

Cuadro 10. Dimensiones de análisis relacionadas con los mecanismos y herramientas de los modelos de cuidados de larga duración

Dimensiones	Preguntas/indicadores
Organización competencial	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe un organismo o sistema que se encarga de forma específica y autónoma de la gestión del sistema de atención a la dependencia? • ¿Los servicios de cuidado son gestionados por el mismo dispositivo que gestiona la atención a otras poblaciones como la infancia en situación de desprotección o las personas en situación de exclusión social? • ¿De qué forma se distribuyen las responsabilidades en cuanto a la regulación, la financiación y la gestión de los servicios entre los diferentes niveles territoriales de la Administración?
Integración y coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de desarrollo de los mecanismos de coordinación/integración entre el sistema de cuidados de larga duración y el sistema de salud? • ¿Existe un espacio sociosanitario independiente o identificable?
Modelo de financiación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los servicios de responsabilidad pública se financian mediante impuestos generales, mediante cotizaciones a la Seguridad Social o por otras vías? • ¿Cuál es el nivel de copago de los servicios que conforman la cartera de responsabilidad pública y los criterios para su definición? • ¿En qué medida se considera la renta de las personas usuarias a la hora de modular el copago?
Criterios de acceso	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué medida se focaliza el acceso al sistema en los casos con mayores niveles de necesidad (<i>targeting</i>)? • ¿Cuál es el nivel de discrecionalidad o flexibilidad de los profesionales a la hora de determinar el acceso al sistema? • ¿Existe un único baremo de acceso para todo el territorio?
Sistemas de evaluación de la calidad y mecanismos de transparencia y rendición de cuentas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características del sistema de gestión y evaluación de la calidad? • ¿Qué métodos o herramientas se utilizan para garantizar y/o evaluar la calidad de la atención? • ¿Existen mecanismos para informar a la ciudadanía sobre el despliegue del sistema y el rendimiento de los diferentes servicios y centros?
Sistemas de cualificación y acreditación profesional	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen sistemas para la cualificación y la acreditación de las competencias profesionales? • ¿Qué niveles y cualificaciones profesionales se exigen para acceder a los diferentes servicios y funciones?

Fuente: elaboración propia

- número de personas usuarias como en lo que se refiere al gasto público.
- Coste unitario de los diferentes servicios, con relación al PIB per cápita.
 - Salario medio en el sector residencial y en el sector domiciliario, con relación al salario medio en el sector servicios.
 - Ratios de atención directa en los servicios de atención residencial.
 - Peso de las personas trabajadoras migrantes en la atención formal, tanto en los domicilios como en los centros de atención.
- d. Impacto**
- Finalmente, los indicadores de impacto pretenden captar el efecto que los elementos anteriores tienen sobre la experiencia y la situación de las personas con necesidades de cuidado (cuadro 12). Se trata, en ese sentido, de indicadores que pretenden analizar en qué medida se ubica cada país en cuanto al trilema al que se ha hecho previamente referencia —cobertura, intensidad, calidad—, qué niveles de personalización, desinstitucionalización, mutualización y familiarización genera el sistema y, en última instancia, qué niveles de calidad de vida se asocian a los servicios que el sistema ofrece. La totalidad de los indicadores propuestos son de tipo cuantitativo —o pueden ser al menos operativizados en escalas cuantitativas—. Las dimensiones consideradas en este plano son las siguientes:
- Cobertura, definida como el porcentaje de personas mayores de 80 años que acceden a los servicios.
 - Intensidad, medida en términos de horas de servicio y cuantía de las prestaciones.
 - Calidad, medida a través de los ratios profesionales y del salario medio del sector, con relación al salario medio en el sector servicios, a partir de la hipótesis de que ratios y salarios elevados generan una atención de mayor calidad.
 - Personalización y desinstitucionalización, medidas a través de la operativización de las posibilidades de elección de las personas usuarias, del grado de flexibilidad en la composición del paquete de atención, del porcentaje de personas en centros residenciales de gran tamaño y del porcentaje de personas que reciben servicios comunitarios frente a las que reciben servicios residenciales.
 - El grado de familiarización, medido como el porcentaje de la población adulta que destina más de tres horas diarias a tareas de cuidado y el porcentaje de población cuidadora en situación de sobrecarga.
 - El grado de mutualización, medido como la asequibilidad, es decir, el porcentaje del gasto que requieren los cuidados que es financiado por la Administración.
 - Calidad de vida de las personas usuarias, medida mediante escalas específicas.
 - Equidad, medida como diferencia entre los indicadores previamente señalados en función del género, el estatus socioeconómico o el origen.

Cuadro 11. Dimensiones de análisis relacionadas con el alcance y el despliegue de los modelos de cuidados de larga duración

Dimensiones	Preguntas/indicadores
Tasas generales de cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué proporción de la población accede a servicios de provisión o responsabilidad pública? • ¿Qué proporción de la población potencialmente demandante accede a servicios de responsabilidad pública?
Niveles de gasto público	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de gasto público en cuidados de larga duración en relación con el PIB? • ¿Cuál es el nivel de gasto público en cuidados de larga duración por cada persona mayor de 80 años? • ¿Cuál es el nivel de gasto en cuidados de larga duración con relación al gasto en protección social?
Costes de los servicios y prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el coste medio de los diferentes servicios con relación al PIB per cápita? Se refiere al coste de producción del servicio (plaza residencial, hora de atención), al margen del precio que realmente abonen las personas usuarias
Grado de cobertura del coste de atención (asequibilidad)	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué proporción del gasto relacionado con los cuidados es cubierto por las administraciones públicas?
Equilibrio entre servicios institucionales y domiciliarios	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el equilibrio entre el número de personas usuarias de servicios residenciales, de servicios comunitarios y de prestaciones económicas? • ¿Cuál es el equilibrio entre el gasto público destinado a los servicios residenciales, a los servicios comunitarios y a las prestaciones económicas?
Aportación del sector a la ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué porcentaje de la población ocupada está empleada en el sector de los cuidados de larga duración?
Salario medio	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el salario medio de las personas que trabajan en el sector con relación al salario medio en el conjunto del mercado de trabajo?
Ratios de atención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las ratios de atención de los principales servicios?
Papel de la población inmigrante	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué proporción de los servicios formales, residenciales y domiciliarios es provista por personas migrantes? • ¿Qué proporción de las personas migrantes trabajan en el sector?

Fuente: elaboración propia

Cuadro 12. Dimensiones de análisis relacionadas con el impacto de los modelos de cuidados de larga duración	
Dimensiones	Preguntas/indicadores
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • Población mayor de 80 años perceptora de servicios prestados, contratados o financiados por la Administración (%)
Intensidad	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad media (en horas) de los servicios de cuidado en el domicilio • Cuantía media (con relación al PIB per cápita) de las prestaciones económicas para el acceso a la atención informal • Ratios de atención en los servicios residenciales
Calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio de atención profesional de los centros residenciales • Salario medio en los servicios residenciales y domiciliarios con relación al salario medio en el sector servicios
Personalización y desinstitucionalización	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de elección de las entidades proveedoras del servicio • Grado de flexibilidad en la composición del paquete de cuidados • Plazas residenciales en centros tamaño grande (%) • Personas que reciben servicios comunitarios frente a las que reciben servicios residenciales (%)
Familiarización	<ul style="list-style-type: none"> • Población adulta que destina más de tres horas diarias a tareas de cuidado (%) • Población cuidadora en situación de sobrecarga (%)
Mutualización y asequibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto realizado por las familias, en % del PIB per cápita, en servicios de cuidados de larga duración (copago de servicios públicos y/o servicios no prestados por la Administración) • Gasto total en cuidados asumido por las administraciones (%)
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Índice agregado de calidad de vida de personas usuarias de servicios
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias en los indicadores anteriores por sexo, origen y nivel de renta

Fuente: elaboración propia

Bibliografía referenciada

- ANGRISANI, M.; ORTEGA REGALADO, J. C. y CRAVO, T. (2022): "Financial social protection and individual out-of-pocket costs of long-term care in the USA and Europe: an observational study", *eClinicalMedicine*, vol. 50, 101503, <[https://www.thelancet.com/journals/eclimn/article/PIIS2589-5370\(22\)00233-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclimn/article/PIIS2589-5370(22)00233-4/fulltext)>.
- ARIAANS, M.; LINDEN, P. y WENDT, C. (2021): "Worlds of long-term care: a typology of OECD countries", *Health Policy*, vol. 125, n.º 5, pp. 609-617, <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885102100052X>>.
- BARTHA, A. y ZENTAI, V. (2020): "Long-term care and gender equality: fuzzy-set ideal types of care regimes in Europe", *Social Inclusion*, vol. 8, n.º 4, pp. 92-102, <<https://doi.org/10.17645/si.v8i4.2956>>.
- BERTIN, G.; CARRINO, L. y PANTALONE, M. (2021): "Do standard classifications still represent European welfare typologies? Novel evidence from studies on health and social care", *Social Science & Medicine*, vol. 281, 114086, <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114086>>.
- BETTIO, F.; SIMONAZZI, A. y VILLA, P. (2006): "Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean", *Journal of European Social Policy*, vol. 16, n.º 3, pp. 271-285, <<https://doi.org/10.1177/0958928706065598>>.
- BRADSHAW, J. y FINCH, N. (2002): *A Comparison of Child Benefit Packages in 22 Countries*, serie Research Reports, n.º 174, Londres, Department for Work and Pensions, <<https://eprints.whiterose.ac.uk/73510/>>.
- CARRERA, F.; RANZI, C.; PAVOLINI, E. y SABBATINI, A. (2013): "Long-term care systems in comparative perspective: care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European countries", en RANZI, C. y PAVOLINI, E. (eds.), *Reforms in long term care policies in Europe*, Nueva York, Springer.
- COLOMBO, F.; LLENA-NOZAL, A.; MERCIER, J. y TJADENS, F. (2011): *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, serie OECD Health Policy Studies, París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en>.
- COSTA-FONT, J.; COURBAGE, C. y SWARTZ, K. (2015): "Financing long-term care: ex ante, ex post or both?", *Health Economics*, vol. 24, supl. 1, pp. 45-57, <<https://doi.org/10.1002/hec.3152>>.
- DA ROIT, B. y LE BIHAN, B. (2019): "Cash for long-term care: policy debates, visions, and designs on the move", *Social Policy and Administration*, vol. 53, n.º 4, pp. 519-536, <<https://doi.org/10.1111/spol.12506>>.
- DYER, S. et al. (2019): *Review of international systems for long-term care of older people*, serie Research Papers, n.º 2, Flinders University, <<https://researchnow.flinders.edu.au/en/publications/review-of-international-systems-for-long-term-care-of-older-peopl>>.
- EGGERS, T.; GRAGES, C.; PFAU-EFFINGER, B. y OCH, R. (2018): "Re-conceptualising the relationship between de-familialisation and familialisation and the implications for gender equality – The case of long-term care policies for older people", *Ageing and Society*, vol. 40, n.º 4, pp. 869-895, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X18001435>>.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Policy Press.
- FISCHER, J. (2021): *The emerge of social policy in the field of long-term care. A comparative analysis of*

- the introduction and types of long-term care systems in global perspective* [tesis doctoral], Universidad de Bremen.
- GORI, C.; FERNÁNDEZ, J. L. y WITTEMBERG, R. (eds.) (2015): *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*, Bristol, Policy Press, <<https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/long-term-care-reforms-in-oecd-countries>>.
- HALÁSKOVÁ, R.; BEDNÁŘ, P. y HALÁSKOVÁ, M. (2017): "Forms of providing and financing long-term care in OECD countries", *Review of Economic Perspectives*, vol. 17, n.º 2, pp. 159-178, <<https://doi.org/10.1515/revecp-2017-0008>>.
- JOSHUA, L. C. (2017): *Aging and long term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*, serie Social Protection & Labor Discussion Papers, n.º 1705, Washington DC, Grupo del Banco Mundial, <<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/761221511952743424/aging-and-long-term-care-systems-a-review-of-finance-and-governance-arrangements-in-europe-north-america-and-asia-pacific>>.
- KING-DEJARDIN, A. (2019): *The social construction of migrant care work at the intersection of care, migration and gender*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, <<https://www.ilo.org/publications/social-construction-migrant-care-work-intersection-care-migration-and>>.
- KRAUS, M.; RIEDEL, M.; MOT, E.; WILLEMÉ, P.; RÖHRLING, G. y CZYPIONKA, T. (2010): *A typology of long-term care systems in Europe*, serie ENEPRI Research Reports, n.º 91, s. I., European Network of Economic Policy Research Institutes, <<https://www.ceps.eu/ceps-publications/typology-long-term-care-systems-europe/>>.
- LE BIHAN, B.; DA ROIT, B. y SOPADZHIYAN, A. (2019): "The turn to optional familialism through the market: long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe", *Social Policy and Administration*, vol. 53, n.º 4, pp. 579-595, <<https://doi.org/10.1111/spol.12505>>.
- LEE, S. H.; CHON, Y. y KIM, Y. Y. (2023): "Comparative analysis of long-term care in OECD countries: focusing on long-term care financing type", *Healthcare*, vol. 11, n.º 2, 206, <<https://doi.org/10.3390/healthcare11020206>>.
- LEITNER, S. (2003): "Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective", *European Societies*, vol. 5, n.º 4, pp. 353-375, <<https://doi.org/10.1080/1461669032000127642>>.
- LEONE, T.; MARESSO, A. y MOR, V. (2014): "Regulating quality of long-term care - What have we learned?", en MOR, V.; LEONE, T. y MARESSO, A. (eds.), *Regulating long-term care quality: an international comparison*, Cambridge, Cambridge University Press, <<https://www.cambridge.org/core/books/abs/regulating-longterm-care-quality/regulating-quality-of-longterm-care-what-have-we-learned/DF3617170DFAD7B00AD0B9430E3886CB>>.
- LLENA-NOZAL, A.; BARSZCZEWSKI, J. y RAUET-TEJEDAM, J. (2025): *How do countries compare in the long-term care provision? A typology of long-term care systems*, serie OECD Health Working Papers, n.º 182, s. I., Organización para la Cooperación y el Desarrollo, <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/how-do-countries-compare-in-their-design-of-long-term-care-provision_035a4e96/44f5453a-en.pdf>.
- OCH, R. (2015): "Centralization and decentralization of eldercare policies in Europe", en KUTSAR, D. y KUROEN, M. (eds.), *Local welfare policy making in European cities*, serie Social Indicators Research, n.º 59, Cham, Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-319-16163-1_11>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2024): *State of long-term care: a conceptual framework for assessment and continuous learning in long-term care systems*, Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378335/WHO-EURO-2024-10363-50135-75508.pdf?sequence=2>>.
- PACOLET, J.; BOUTEN, R.; LANOYE, H. y VERSIECK, K. (1998): *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cda9e514-d879-4111-95d2-19c337e28421>>.
- PAVOLINI, E. (2021): *Long-term care social protection models in the EU*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/670f407f-3572-11ed-9c68-01aa75ed71a1/language-en>>.
- PEÑA VALDERRAMA, S. y ZALAKAIN, J. (2025): "Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica", *Zerbitzuan*, n.º 86, pp. 37-70, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.86.02>>.
- PFAU-EFFINGER, B. (2014): "New policies for caring family members in European welfare states", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 32, pp. 33-48, <https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2014.v32.n1.44712>.
- RAZAVI, S. (2007): *The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options*, serie Gender and Development Programme Papers, n.º 2, Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development, <<https://www.unrisd.org/en/library/publications/the-political-and-social-economy-of-care-in-a-development-context-conceptual-issues-research-questio>>.
- ROTHGANG, H.; FISCHER, J.; STERNKOPF, M. y FRISINA DOETTER, L. (2021): *The classification of distinct long-term care systems worldwide: the empirical application of an actor-centered multidimensional typology*, serie Working Papers, n.º 12, SOCIMUM; SFB 1342, <<https://doi.org/10.26092/elib/2744>>.
- SARACENO, C. y KECK, W. (2010): "Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?", *European Societies*, vol. 12, n.º 5, pp. 675-696, <<https://doi.org/10.1080/14616696.2010.483006>>.
- SIMMONS, C.; SZENKURÖK, V. y RODRIGUES, R. (2024): "Care regimes in Europe: a dynamic view of typologies and evolving long-term care policies

- over time", en GREVE, B.; MOREIRA, A. y VAN GERVEN, M. (eds.), *Handbook on the Political Economy of Social Policy*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, <<https://www.elgaronline.com/edcollchap/book/9781035306497/book-part-9781035306497-24.xml>>.
- SIMONAZZI, A. (2009): *Care regimes and national employment models*, serie Working Papers, n.º 113, Departimento de Economía Pública, Universitá degli studi La Sapienza.
- SPASOVA, S.; BAETEN, R.; COSTER, S.; GHAILANI, D.; PEÑA-CASAS, R. y VANHERCKE, B. (2018): *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>>.
- VAN DAMME, M.; SPIJKER, J. y PAVLOPOULOS, D. (2024): "A care regime typology of elder, long-term care institutions", *European Journal of Ageing* [preprint], <<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3981497/v1>>.
- VAN HOOREN, F. J. (2012): "Varieties of migrant care work: comparing patterns of migrant labour in social care", *Journal of European Social Policy*, vol. 22, n.º 2, pp. 133-147, <<https://doi.org/10.1177/0958928711433654>>.

Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica

Sara Peña Valderrama

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía Careaga
spena@siis.net

Joseba Zalakain

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía Careaga
jzalakain@siis.net

Artikulu honek Europako, Asiako eta Ipar Amerikako zortzi herrialdetako (Alemania, España, Finlandia, Francia, Italia, Reino Unido, Canadá y Japón) iraupen luzeko zaintza-sistemak deskribatzen ditu. Horretarako, herrialde horietako bakoitzak hamabi dimentsioei eman dizkien erantzunak deskribatzen dira zeharka: antolaketa eta gobernanza; iraupen luzeko zaintza-sistemarako sarbidea; estaldura-mailak; finantzaketa-eredua; gastua, koordainketa eta kostu unitarioak; eskura dauden zerbitzuak eta hornitzeko moduak; zaintzaileentzako laguntzak eta familiarismo-mailak; partaidetza eta aukeratzeko gaitasuna; sektoreko enpleguren ezaugarriak; zerbitzuak ematen dituzten erakundeak; gizarteratze soziosanitaria eta, azkenik, kalitatea ebalutzeko eta kudeatzeko sistemak. Artikuluaren amaieran, aztertutako iraupen luzeko zaintza-sistemak ezaugarritu eta sailkatu dira.

Gako-hitzak:

Iraupen luzeko zainketak, ezgaitasuna, mendekotasuna, antolaketa, eredua, azterketa konparatiboa

Este artículo describe los sistemas de cuidados de larga duración en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica (Alemania, España, Finlandia, Francia, Italia, Reino Unido, Canadá y Japón). A tal fin, se describen, de manera transversal, las respuestas que cada uno de esos países ha dado a doce dimensiones: la organización y la gobernanza; el acceso al sistema de cuidados de larga duración; los niveles de cobertura; el modelo de financiación; el gasto, el copago y los costes unitarios; los servicios disponibles y los modos de provisión; los apoyos a las personas cuidadoras y los niveles de familiarismo; la participación y la capacidad de elección; las características del empleo en el sector; las entidades proveedoras de servicios; la integración sociosanitaria y, por último, los sistemas de evaluación y gestión de la calidad. El artículo concluye con una caracterización y clasificación de los sistemas de cuidados de larga duración examinados.

Palabras clave:

Cuidados de larga duración, discapacidad, dependencia, organización, modelo, estudio comparativo.

1. Introducción

Este artículo describe los sistemas de cuidados de larga duración en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica, a partir de las dimensiones más relevantes que se tienen en cuenta en los análisis comparados de modelos de cuidados de larga duración, tal y como han sido identificadas en el primer artículo de este número de la revista *Zerbitzuan* ("Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración"), al que el presente texto acompaña.

A tal fin, se describen, de manera transversal, las respuestas que cada uno de estos ocho países ha dado a estas dimensiones, es decir, las opciones que ha tomado cada uno de ellos de cara a la articulación de su modelo de cuidados de larga duración, en función de sus tradiciones culturales, inercias institucionales, características sociodemográficas o preferencias sociales. Los países analizados son Alemania, Canadá, España, Finlandia, Francia, Italia, Japón y el Reino Unido, y las dimensiones consideradas son las siguientes:

- organización y gobernanza;
- acceso al sistema de cuidados de larga duración;
- niveles de cobertura;
- modelo de financiación;
- gasto, copago y costes unitarios;
- servicios disponibles y modos de provisión;
- apoyo a las personas cuidadoras y niveles de familiarismo;
- participación y capacidad de elección;
- características del empleo en el sector;
- entidades proveedoras de servicios;
- integración sociosanitaria, y
- sistemas de evaluación y gestión de la calidad.

Tras describir las respuestas que los ocho países analizados han dado a cada una de estas dimensiones, el artículo concluye con una caracterización y clasificación de los sistemas de cuidados de larga duración de estos ocho países desde tres perspectivas complementarias:

- en función de las cinco dimensiones más relevantes identificadas (universalización, desfamiliarización, apoyo al cuidado familiar, capacidad de elección y orientación al mercado);
- basándose en el nivel de capacidad de elección, de responsabilización familiar y de gasto público que caracteriza los sistemas analizados, y
- de acuerdo con la visión que subyace a cada uno de estos sistemas sobre el papel que corresponde a los distintos agentes que intervienen en los cuidados: personas usuarias, personas cuidadoras y Estado.

La descripción que se ofrece seguidamente ha sido extraída de un estudio más amplio realizado por el Servicio de Información e Investigación Social (SIIS) de la Fundación Eguía Careaga en el marco del

proyecto COMPAC, liderado por el Centro de Derecho Comparado del Trabajo y la Seguridad Social de la Universidad de Burdeos. En este estudio, se describen y analizan los principales elementos que conforman el sistema de cuidados de larga duración en cada uno de los ocho países analizados, y se proporcionan los datos más recientes respecto a su desarrollo y alcance.

Para llevarlo a cabo, se consultaron una serie de fuentes cuantitativas y cualitativas, tanto de corte comparativo como específicas de cada país, que se resumen a continuación¹:

- Fuentes internacionales que recogen datos estadísticos y descriptivos sobre el cuidado de larga duración, fundamentalmente las elaboradas por la OCDE (OECD Data), por Eurostat, por la Comisión Europea (Mutual Information System on Social Protection, MISSOC) y por el Global Observatory of Long-Term Care (GOLTC).
- Informes comparativos internacionales de los sistemas de cuidados de larga duración realizados por entidades de referencia, como los elaborados por la Organización Mundial de la Salud, la OCDE, la European Social Policy Network (ESPN) o la National Bureau of Economic Research (NBER).
- Fuentes estadísticas estatales, entre las que cabe destacar: la estadística proporcionada por el Ministerio de Sanidad y la Oficina Federal de Estadística (Destatis), en Alemania; el Instituto Canadiense de Información Sanitaria (ICIS) y el Instituto Nacional sobre Envejecimiento (National Institute of Aging), en Canadá; el Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), en España; la base estadística Sotkanet del Instituto Finlandés de Salud y Bienestar y los datos del Instituto Nacional de Estadística (Tilastokeskus), en Finlandia; la Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadística (DREES) francesa; el Instituto Nacional de Estadística (Istat) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INPS) en Italia; los datos publicados por el Ministerio de Salud, Trabajo y Servicios Sociales, y la Estadística sobre el gasto en prestaciones de cuidados de larga duración, en Japón; y, por último, para Inglaterra, los datos estadísticos que ofrece el Servicio Nacional de Salud (NHS) y la Oficina Nacional de Estadística (ONS).
- Por último, también se consultaron informes, normativa y publicaciones de la Administración, así como literatura especializada relevante y reciente, de cada país analizado.

En la medida de lo posible, se ha tratado de describir y analizar tanto la atención provista a las personas mayores en situación de dependencia, como a aquellas con discapacidad, si bien en algunos países,

¹ El último apartado de este artículo recoge la bibliografía completa utilizada en este estudio, y en la que se basa la información que aquí se presenta.

como Japón, la información para este segundo grupo poblacional es más escasa, por lo que la atención se centra mayormente en el primero. Asimismo, resulta preciso señalar que, dado el elevado grado de descentralización del sistema de cuidados de larga duración en el Reino Unido y Canadá, se ha optado por centrar el análisis en los sistemas de Inglaterra y de la provincia de Quebec, respectivamente.

2. El sistema de cuidados de larga duración en los ocho países analizados

En los siguientes apartados se analizan, de manera transversal, los sistemas de cuidados de larga duración de ocho países de Europa, Asia y Norteamérica, a partir de una descripción de las respuestas articuladas por cada país a las dimensiones ya señaladas.

Cabe destacar que ninguno de ellos comparte, en su totalidad, un mismo modelo o tipología. Al contrario, cada uno combina de forma específica la forma en la que aborda las diferentes cuestiones consideradas, generando modelos propios que no siempre coinciden con los regímenes o modelos de protección social que se utilizan de forma convencional en el análisis de los Estados del bienestar. De hecho, el modelo desplegado en cada país traduce, en lo esencial, la respuesta específica que cada país ha querido o podido dar al reto de la mutualización de los cuidados y al dilema entre tres objetivos que difícilmente pueden alcanzarse de forma simultánea: a) la contención del gasto público; b) la garantía de niveles suficientes de calidad, intensidad y asequibilidad de los servicios de cuidado, y c) la cobertura del conjunto de las necesidades de cuidado, incluyendo las de menor intensidad. En efecto, al definir sus modelos, cada país ha tendido a privilegiar —en función de sus tradiciones culturales, sus inercias institucionales, sus preferencias sociales y sus capacidades económicas— uno o, como mucho, dos de esos objetivos. La comparación entre modelos de cuidados de larga duración se centra, por tanto, en lo fundamental, en comparar cómo en cada país se ha intentado dar respuesta a ese trilema.

2.1. Organización y gobernanza

Desde la perspectiva de la organización y la gobernanza, los ocho países analizados se diferencian en tres aspectos: de una parte, la mayor o menor intervención de la Seguridad Social; de otra, el mayor o menor grado de descentralización de la acción institucional y, por último, el protagonismo de la administración municipal. Al respecto, hay que señalar que el papel de la Seguridad Social es relevante en cuatro de los ocho países analizados —Alemania, Japón, Italia y, en menor medida, Francia— y que en los ocho países cabe hablar de niveles elevados, aunque variables, de descentralización. El protagonismo de la administración local resulta particularmente relevante en Japón, Italia, Finlandia —hasta su

reciente reforma— y el Reino Unido. Al margen del nivel de descentralización, los países analizados se diferencian en el nivel de fragmentación del sistema, en la medida en que en algunos —España, Italia y Canadá, por ejemplo— la pluralidad de agentes interviniéntes es mayor, mientras que, en otros, siendo también elevada, es más reducido.

Alemania es el mejor exponente de los países con sistemas basados en el aseguramiento público mediante el sistema de Seguridad Social, con un papel importante de las cajas gestoras del seguro público de salud. No en vano, el sistema de atención a la dependencia y discapacidad alemán se fundamenta, desde 1995, sobre un modelo de aseguramiento de la dependencia, a modo de quinto pilar del sistema de Seguridad Social, junto con los seguros de enfermedad, de pensiones, de accidentes y de desempleo. El seguro de dependencia funciona por tanto como sistema básico de cobertura de las necesidades de cuidado, si bien se complementa con servicios y prestaciones prestados por el sistema de salud y el sistema de asistencia social, de base municipal, cuya función es, en cierto modo, residual.

Aunque la normativa básica sobre el sistema de aseguramiento de la dependencia se establece a nivel federal (en el Libro XI del Código de Seguridad Social), el protagonismo principal, en lo que a la regulación, financiación y provisión de los servicios se refiere, se reparte entre la Seguridad Social y los estados federados (*länder*), lo que otorga al sistema una cierta descentralización. El papel principal corresponde, en todo caso, a las distintas entidades gestoras de los seguros —o cajas de dependencia (*pflegekassen*)—, que se encuentran afiliadas a las cajas aseguradoras de enfermedad, si bien actúan como entidades independientes con personalidad jurídica y financiación propia. Al margen de los servicios previstos en el marco del seguro de dependencia, existen también servicios de cuidado prestados en el marco del sistema de salud y financiados por el seguro de enfermedad. Además, en el marco de la normativa de asistencia social, los ayuntamientos también prestan servicios de atención domiciliaria, aunque su papel es básicamente asistencial.

El modelo desarrollado en Japón se asemeja en algunos aspectos al alemán, si bien con una mayor descentralización y un mayor protagonismo de los ayuntamientos. El sistema japonés de cuidados de larga duración se basa, principalmente, en un modelo de aseguramiento introducido en el año 2000 como cuarto pilar del sistema de la Seguridad Social, junto con los seguros de empleo, salud y pensiones. Se trata de un sistema relativamente descentralizado, en el que intervienen tanto la administración central, como las prefecturas o provincias y los municipios. No se trata de un sistema fragmentado, puesto que el reparto de competencias entre ayuntamientos, prefectura provincial y administración central es relativamente claro y no se producen solapamientos. En ese contexto, los municipios se configuran como

las entidades aseguradoras y a ellos compete el establecimiento de las primas de cotización, la recaudación de los fondos y su administración. Por otro lado, el modelo japonés atiende las necesidades de cuidado de las personas con discapacidad de entre 18 y 65 años en el ámbito de los servicios sociales, y no mediante un sistema de aseguramiento. Esto se traduce en un catálogo de servicios algo diferente al de las personas mayores en situación de dependencia y, más significativamente, en tarifas de copago más beneficiosas para las personas con discapacidad y un sistema de financiación también diverso.

Finlandia forma parte del modelo de países con un sistema ampliamente descentralizado hacia los municipios, si bien desde 2023 la responsabilidad de la gestión ha pasado de los municipios a un total de 21 comarcas creadas para la prestación de servicios sociales y de salud: las comarcas de servicios de bienestar (*hyvinvointialueet*). El objetivo de esta reforma es reducir las desigualdades que generaba la amplia autonomía municipal existente hasta entonces. La administración central mantiene, en cualquier caso, competencias relevantes en cuanto a regulación o inspección, y los ayuntamientos conservan algunas competencias, sobre todo en materia de salud pública.

Canadá forma parte del grupo de países con modelos fragmentados o dispersos, con un alto nivel de descentralización y una pluralidad de agentes intervenientes. Efectivamente, el sistema de atención a la dependencia y la discapacidad en Canadá se caracteriza por una gran fragmentación territorial, que se traduce en la existencia de trece sistemas provinciales independientes. Los servicios de atención se han desarrollado al margen de la política sanitaria federal y se agrupan en lo que se denomina *extended health services*, que se rigen por la legislación provincial y territorial. En la práctica, el sistema de cuidados de larga duración canadiense se conforma como un mosaico fragmentado de servicios que presenta grandes variaciones en lo que al coste, acceso y cobertura se refiere. En ese contexto, la administración federal juega un papel relativamente secundario, y las principales competencias de gestión corresponden a las administraciones regionales o provinciales, que tienen un amplio margen de autonomía.

También Francia cuenta con un sistema relativamente fragmentado, si bien las principales competencias de gestión y financiación corresponden a los departamentos. Las regiones tienen, en todo caso, ciertas competencias, por ejemplo, en el ámbito de la atención residencial, así como los municipios, si bien de carácter más asistencial. El Estado, por su parte, juega un papel importante en lo que se refiere a la regulación, la financiación y la evaluación de los servicios. También las cajas o mutuas de la Seguridad Social juegan un papel relevante, especialmente en lo que se refiere a la financiación. Para la provisión de los servicios, por otra parte, se diferencia entre la población mayor y menor de 60 años, con requisitos de acceso y derechos diferentes.

El sistema italiano se caracteriza particularmente por su fragmentación y complejidad, fruto de un modelo de gobernanza multinivel en el que las regiones cuentan con un elevado grado de autonomía y donde la atención la prestan diversos sistemas (Seguridad Social, servicios sociales, sistema sanitario) y niveles administrativos (municipal, provincial, regional y central). En este marco, la distribución competencial se reparte, fundamentalmente, entre la administración central, las regiones y los ayuntamientos, si bien el protagonismo principal recae sobre la Seguridad Social (INPS), encargada de financiar y gestionar la prestación de acompañamiento (*indennità di accompagnamento*). Las regiones juegan un papel relevante en el ámbito de la programación de la atención sanitaria, a través de la organización de los servicios de salud prestados en los centros residenciales y de los servicios sanitarios provistos en el marco del servicio de atención domiciliaria integrada (ADI). Por último, la organización, provisión (directa o indirecta) y parte de la financiación de los servicios sociales de atención compete a los municipios y a los denominados "ámbitos territoriales sociales" (mancomunidades establecidas para la organización de los servicios sociales), a través de un sistema selectivo con estrictos requisitos de acceso y, habitualmente, sistemas de copago propios. Todo ello se traduce en una notable variabilidad territorial en lo que a criterios de acceso, contenidos, coberturas y modelos de financiación se refiere.

El marco de gobernanza del sistema de cuidados de larga duración en el Reino Unido se reparte entre las cuatro naciones que lo constituyen —Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte—, que cuentan con un alto grado de autonomía desde el proceso de devolución de poderes llevado a cabo a finales de los años noventa. En las cuatro naciones, las principales competencias para la prestación de los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad recaen sobre la administración local, en un marco normativo y financiero establecido a nivel nacional. Las autoridades locales disponen de un amplio margen de autonomía a la hora de organizar los servicios de cuidados, de establecer las formas de financiación o de determinar los criterios de acceso, si bien existen algunos criterios comunes en la aplicación de los baremos de acceso a los servicios públicos. Por ello, existe una amplia variabilidad territorial en cuanto a cobertura y disponibilidad de los servicios se refiere. El Servicio Nacional de Salud (NHS) también juega un papel importante en la financiación de los cuidados sanitarios que se prestan en aquellos centros residenciales con servicios de enfermería (*nursing homes*). Cabe además señalar el papel de la administración central, en el conjunto del Reino Unido, en la financiación y provisión de prestaciones dirigidas a compensar los gastos que derivan de las situaciones de discapacidad y del cuidado informal, y que se proveen en el ámbito de la Seguridad Social.

El modelo desarrollado en España también se caracteriza por la descentralización y niveles elevados de fragmentación. Si bien la normativa

básica viene marcada por la administración central, las comunidades autónomas y, en menor medida, los municipios tienen una amplia autonomía en lo que se refiere a la provisión de los servicios, lo que genera importantes desigualdades territoriales. También se generan problemas de coordinación de relativa importancia, en la medida en que el reparto de competencias entre los municipios y las regiones no siempre es inequívoco. Cabe señalar, por otra parte, que el sistema de atención a la dependencia atiende a personas de cualquier edad y que la gestión corresponde a los servicios sociales, encargados también de los servicios de inclusión, protección infantil y apoyo a las necesidades económicas.

El cuadro 1 recoge, de forma esquemática, las características de cada uno de los países analizados con respecto a la articulación competencial del sistema: se recoge, en concreto, el nivel administrativo que concentra las competencias más relevantes, la existencia de dispositivos diferenciados para personas mayores y con discapacidad, y el nivel de fragmentación del sistema.

Cuadro 1. Estructura y organización competencial de los países analizados			
	Nivel institucional principal	Dispositivos diferenciados en personas mayores y con discapacidad	Nivel de fragmentación*
Alemania	Seguridad Social / estados federados	No	Bajo
Canadá	Provincias	Sí	Alto
España	Comunidades autónomas / ayuntamientos	No	Medio
Finlandia	Comarcas**	Sí	Bajo
Francia	Departamentos	Sí	Medio
Italia	Seguridad Social / ayuntamientos	No	Alto
Japón	Ayuntamientos	Sí	Bajo
Reino Unido (Inglaterra)	Ayuntamientos	No	Medio

* Se tiene en cuenta el número de agentes con responsabilidades de intervención y la claridad en la atribución de responsabilidades a cada nivel de la administración

** Hasta 2023, ayuntamientos

Fuente: elaboración propia

2.2. Acceso al sistema de cuidados de larga duración

La práctica totalidad de los países analizados han adoptado un enfoque universal en lo que se refiere al acceso al sistema de cuidados de larga duración, con la salvedad del Reino Unido —más concretamente, Inglaterra— e Italia, donde se puede hablar de un sistema mixto, en la medida en que el acceso a algunos servicios o prestaciones es universal, y el

acceso a otros, selectivo (es decir, *means tested* o focalizado en personas de bajos ingresos).

En Alemania, el acceso al sistema está teóricamente condicionado a las cotizaciones al seguro de dependencia, si bien en la práctica la cobertura del seguro (ya sea en su modalidad pública o privada) es universal. La renta de las personas usuarias no se tiene en cuenta ni para el acceso al sistema ni para el cálculo del copago, pero sí para el pago de las cotizaciones que dan acceso al sistema. En Japón el acceso al sistema está también supeditado a las cotizaciones realizadas al seguro, si bien se trata también de un sistema universal, que atiende a todas las personas mayores y con discapacidad.

En Francia, el acceso es plenamente universal, si bien la cuantía de las prestaciones se modula en función de la renta de las personas usuarias. En Italia, el acceso a la prestación económica de cuidados que gestiona la administración central tiene carácter universal, mientras que el acceso a los servicios de atención diurna y residencial, gestionados a nivel local y regional, tiene, por lo general, carácter selectivo. En España, el acceso al sistema también es universal, si bien las diferencias territoriales en los niveles de cobertura reducen, en la práctica, esa universalidad, debido al elevado número de personas que no reciben servicios de atención, pese a tener derecho legal a ello. Los elevados niveles de copago también suponen un freno a la universalidad del sistema, que, si bien se garantiza *de iure*, no siempre está garantizada *de facto*.

El acceso a los servicios públicos de cuidados en el Reino Unido se encuentra determinado por requisitos de acceso aplicados por las autoridades locales —con un amplio margen de discrecionalidad— mediante un proceso de valoración de las necesidades de la persona usuaria y de la disponibilidad de apoyo informal. Si se cumplen los requisitos mínimos de acceso, se realiza una valoración de la capacidad económica de la persona que determina el acceso a los servicios públicos de cuidados, así como el nivel de copago. En la práctica, esto supone que, generalmente, solo las personas con necesidades intensas de cuidados y con bajos niveles de ingresos pueden acceder a los servicios provistos por la Administración, aunque existen diferencias territoriales significativas entre Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte.

En lo que se refiere al baremo para la valoración de las necesidades, es común a todo el país en Alemania, Francia, Finlandia y España, mientras que en Canadá y el Reino Unido se utilizan herramientas diferentes en función de la región o, incluso, el municipio. En Japón, existe un sistema nacional estandarizado de certificación del nivel o grado de necesidad o apoyo que presenta la persona, si bien para su aplicación la autonomía municipal es relativamente grande. En Italia, el sistema es mixto. Aunque no resulta sencillo comparar el grado de focalización de cada sistema en las personas con necesidades más severas, puede decirse que el sistema canadiense prioriza la atención

a las necesidades más graves, mientras que los casos moderados reciben algún tipo de atención, aunque sea de baja intensidad.

2.3. Niveles de cobertura

La información disponible sobre la cobertura de los sistemas de cuidados de larga duración es relativamente incompleta, y existe un cierto grado de incertidumbre sobre la comparabilidad de los datos, incluso cuando proceden de una única fuente, como la OCDE. Es importante señalar que las coberturas se refieren al porcentaje de población mayor de 65 años que recibe cuidados de larga duración provistos o, al menos, cofinanciados por las administraciones.

De los datos disponibles, cabe destacar la elevada cobertura poblacional del sistema de cuidados de larga duración para personas mayores en Alemania, superior incluso a la de los países nórdicos. Esta cobertura se ha incrementado, muy particularmente a partir de las reformas introducidas en 2017. Alemania destaca también por el peso de las prestaciones a domicilio sobre las institucionales y, sin embargo, por una cobertura residencial elevada. Las coberturas totales oscilan en torno al 13% en los demás países, con la excepción de Japón y el Reino Unido, e incluyendo Finlandia, donde las tasas de cobertura se han reducido de forma relativamente importante en los últimos años. En Japón, los datos de la OCDE señalan una cobertura del 2,7%, si bien, según otras fuentes, la cobertura real podría superar el 19%, situándose por tanto entre las más elevadas. En Italia, existe también una cierta disparidad entre las diferentes fuentes, pues mientras que la OCDE indica una cobertura del 6,5%, solo para servicios a domicilio, de los datos del Istat (2024) es posible estimar una cobertura del 13,5%. Lo

mismo ocurre en Canadá, donde los datos oficiales de la OCDE señalan una cobertura de servicios domiciliarios del 3,5%, mientras que otras fuentes elevan la cobertura total hasta el 13% (NIA, 2019).

La proporción de personas atendidas en el medio comunitario (en domicilios) oscila entre el 60% en Francia y el 83% en España, mientras que las coberturas residenciales oscilan entre 21,3 plazas por cada mil mayores de 65 años en Italia y 53,9 en Alemania.

2.4. Modelo de financiación

De los ocho países analizados, dos se corresponden claramente con el modelo de aseguramiento público —Alemania y Japón, aunque Francia también recurre a una cotización específica—, mientras que el resto basan su modelo en los impuestos generales, sean nacionales o municipales². En todos ellos, se prevé un cierto grado de copago, aunque su definición resulta muy variable.

En Alemania, los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad son financiados, principalmente, por el seguro de dependencia, las personas usuarias, y, en menor medida, por los ayuntamientos, por otros organismos públicos y los seguros privados de dependencia. La financiación del aseguramiento de la dependencia se basa, fundamentalmente, en una cotización obligatoria que abonan de manera compartida las empresas y las personas trabajadoras. El copago, en lo esencial, se deriva de la diferencia entre la cuantía recibida por el seguro de dependencia para el pago de las prestaciones contratadas y el coste real del servicio.

Tabla 1. Indicadores de cobertura en los países analizados (2021)

	Cobertura ^a	Cobertura domiciliaria ^b	Cobertura residencial ^c
Alemania	20,5	81,0	53,9
Canadá	13,0	67,0	46,7
España	12,4	83,0	43,4
Finlandia	13,1	70,0	50,8
Francia	9,4	60,0	47,4
Italia	13,5 ^d	—	21,3
Japón	2,7 ^e	—	26,5
Reino Unido (Inglaterra)	5,2	68,0	41,3

^a Porcentaje de personas mayores de 65 años atendidas

^b Porcentaje de personas mayores atendidas en el domicilio respecto al total de personas atendidas

^c Número de plazas en residencias por 1000 personas mayores

^d Estimación propia a partir de Istat (2021a, 2021b y 2021c)

^e Solo tiene en cuenta la atención en el ámbito sanitario. El grado de cobertura sería del 19,2% si se consideran los datos relativos a la cobertura del seguro de dependencia, según Fu *et al.* (2023)

Fuente: elaboración propia a partir de OCDE (2021a) e Istat (2021a, 2021b y 2021c)

² A ese respecto, habría que señalar también que los niveles totales de presión fiscal en los países analizados son muy variables y oscilan entre el 45,1% de Francia, el 43,3% de Italia, el 43% de Finlandia, el 39,5% de Alemania, el 38,4% de España, el 33,5% del Reino Unido y el 33,2% de Canadá y de Japón.

En Japón, el sistema de atención a la dependencia se financia a través de una fórmula mixta que incluye la financiación mediante impuestos, el seguro de cuidados de larga duración y la participación económica de las personas usuarias. La financiación pública se divide a partes iguales entre el sistema de impuestos generales y el del aseguramiento de la dependencia. La parte correspondiente a los impuestos se distribuye entre la administración central (25 %), las prefecturas provinciales (12,5 %) y los municipios (12,5 %). El 50 % restante se financia a través de las cotizaciones que deben abonar las personas mayores de 40 años, sobre la base de tarifas revisadas anualmente.

En Francia, si bien no existe un seguro de dependencia, una parte de la financiación proviene de la Caja Nacional de Dependencia, que gestiona los ingresos derivados de una cotización social específica sobre los salarios que abonan las empresas y las y los trabajadores. El resto de la financiación proviene de los impuestos generales y del copago, que se modula en función del grado de dependencia y de los niveles de renta de las personas usuarias.

En Finlandia, los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad son financiados, principalmente, por la administración central, a través de impuestos generales, y por las personas usuarias, mediante el copago. Aunque con anterioridad a la reforma, los municipios financiaban parte de los servicios, las comarcas de servicios de bienestar no cuentan con competencias para la recaudación fiscal, por lo que la financiación pública recae, por el momento, sobre el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad. La Seguridad Social también contribuye a la financiación a través de las dos prestaciones económicas que provee a personas jubiladas y a personas con discapacidad para la compensación de los gastos en servicios de cuidados.

En Canadá (concretamente, en Quebec), la financiación de los servicios de atención a la dependencia se distribuye entre el Gobierno federal, el Gobierno provincial y las personas usuarias, a través del copago, que se aplica únicamente a los servicios residenciales. En España, la financiación de los servicios es compartida entre el Estado central, las comunidades autónomas y las personas usuarias, cuya participación económica se calcula en función de su renta y su patrimonio, así como del coste real del servicio, con importantes diferencias regionales. Se calcula que, en la actualidad, tras el reciente incremento de la financiación aportada por la administración central, el Gobierno central financia un tercio del gasto, repartiéndose el resto de la financiación entre las administraciones regionales y las personas usuarias. En Italia y en el Reino Unido, la financiación de los servicios corresponde a las diversas administraciones implicadas, así como a las personas usuarias.

2.5. Gasto, copago y costes unitarios

Como ocurría con las coberturas, la estimación del gasto público y privado en los diversos países está sujeta a una gran incertidumbre, pues los datos ofrecidos por las diferentes fuentes no siempre se basan en las mismas metodologías³.

De acuerdo con los datos recogidos en la tabla siguiente, el nivel de gasto público destinado a los cuidados de larga duración oscila entre 3,2 % del PIB en Finlandia y el 0,7 % en Italia⁴. Seis de los ocho países que se analizan registran un gasto superior al 1,5 % del PIB. De acuerdo con los datos de la OCDE, el porcentaje de gasto público más elevado sobre el conjunto del gasto corresponde a Finlandia, y el más bajo, a Italia, si bien las diferencias son reducidas y oscilan entre el 75 % y el 85 %, salvo en Finlandia.

La OCDE también ofrece alguna medida relativa a los costes de la atención y, concretamente, al coste de la atención residencial con relación al ingreso mediano de cada país: de acuerdo con estos datos, el gasto más elevado —con diferencia— se da en Finlandia, donde el coste prácticamente multiplica por cuatro el ingreso mediano. Alemania, España y Francia, por su parte, destacan por costes relativamente bajos, que en cualquier caso superan el 100 %.

Tabla 2. Indicadores de gasto público, gasto privado y costes de la atención residencial

	Gasto público	Gasto privado	% del gasto público sobre el total	Coste*
Alemania	1,8	0,6	76,0	113
Canadá	1,8	0,5	78,0	144
España	0,8	0,1	85,1	115
Finlandia	3,2	0,4	89,8	429
Francia	2,0	0,5	80,4	112
Italia	0,7	0,2	74,6	266
Japón	2,1	0,4	85,7	198
Reino Unido (Inglaterra)	1,8	0,6	74,8	234

* Coste de la atención residencial con relación al ingreso mediano de las personas mayores de 65 años en 2022 (OCDE, 2023a)

Fuente: elaboración propia a partir de OCDE (2021b y 2023a). El gasto incluye, cuando se diferencia, el gasto en cuidados de larga duración sociales y sanitarios en 2021

³ Los datos sobre coste, gasto y financiación que se recogen en este apartado están obtenidos de la base de datos de la OCDE, que incluye tanto el gasto en cuidados de larga duración de tipo social como de salud (si bien el social no se refleja en todos los casos).

⁴ En todo caso, cabe destacar que no siempre existe una concordancia clara entre el nivel de gastos recogido por la OCDE y el que se deriva de las estimaciones nacionales: en el caso de Italia, por ejemplo, la OCDE estima el gasto público en un 0,7 % del PIB, mientras que las estimaciones nacionales lo elevan hasta el 1,7 %.

Más allá de su cuantificación, la regulación del copago es difícil de resumir, dada la diversidad de casos, aun en un mismo país. No obstante, es posible señalar el funcionamiento del modelo de copago en algunos de los países analizados:

- En Francia, el copago se organiza bajo un sistema de triple tarificación: los costes sanitarios en residencias son gratuitos y cubiertos por el sistema de salud; los costes de dependencia se financian principalmente mediante la *allocation personnalisé d'autonomie* (APA), modulada según ingresos y grado de dependencia; y los costes de alojamiento corren a cargo de la persona usuaria, aunque pueden cubrirse parcialmente con prestaciones como la *aide personnalisée au logement* (APL) y, en casos de insuficiencia de recursos, cuando el resto de prestaciones no son suficientes, la *aide sociale à l'hébergement* (ASH). Además, se fijan tarifas máximas en los centros acreditados y se garantiza un mínimo vital protegido, limitando la aportación personal a un máximo del 90 % de la capacidad económica, lo que asegura progresividad y una mayor protección a los hogares con menos recursos.
- En Japón, el sistema de copago establece tarifas del 10 %, 20 % y 30 % sobre el coste de los servicios en función de la capacidad económica de las personas. Además del abono del copago, las personas usuarias de centros residenciales se encuentran sujetas, generalmente, al pago de las tarifas de alojamiento y manutención, aunque estas tarifas pueden ser asumidas por el seguro de cuidados cuando se trata de personas con bajos ingresos.
- En España, aunque existen algunas pautas de ámbito estatal para definir el copago, cada municipio o comunidades autónomas tiende a establecer sus propias reglas, lo que genera una elevada diversidad territorial. La renta y el patrimonio se tienen en cuenta a la hora de fijar el copago, así como la obligación de que las personas usuarias mantengan una cantidad económica para sus gastos personales. También se tiene en cuenta el coste real del servicio sujeto a copago. Pese a que la ley lo establece, el copago en general no diferencia el coste hotelero, de manutención o de atención doméstica del coste específico de los cuidados personales.
- En Alemania, las personas abonan con sus propios recursos los servicios de alojamiento y manutención en los centros residenciales y la parte del coste de los cuidados que pueda exceder de la prestación a la que tienen acceso mediante el seguro de dependencia. En los servicios a domicilio, el copago corresponde a la parte de la tarifa de la persona contratada y excede la cuantía de la prestación correspondiente⁵.

⁵ Dado que el precio de los servicios es libremente fijado por las entidades proveedoras, dentro de unos límites, no existen datos precisos acerca del nivel de copago que soportan las personas usuarias o las familias. En lo que se refiere a los servicios de atención domi-

- En Italia, el copago depende básicamente de las regulaciones adoptadas a nivel municipal y provincial.
- En Finlandia, en lo que se refiere a la atención domiciliaria regular, el copago solo se aplica si se superan unos ingresos mínimos. En 2022, ese umbral era de 588 euros para hogares unipersonales, de 1084 para hogares con dos miembros y de 1701 para hogares con tres miembros. La tarifa, que varía en función del número de horas de atención recibidas y miembros en el hogar, se configura como un porcentaje sobre los ingresos que exceden el umbral establecido y no puede superar, en todo caso, el 35 % de estos ingresos en los hogares unipersonales, el 24 % en hogares con dos miembros y el 19 % en hogares con tres miembros.
- En Canadá (Quebec), el copago solo se aplica en el ámbito del cuidado residencial.
- En el Reino Unido, los servicios públicos de cuidados de larga duración se encuentran, en su mayor parte, sujetos a copago, si bien existen importantes diferencias entre las diferentes naciones:
 - En Gales, existe un límite de participación económica de 100 libras semanales para todas las personas que acceden a servicios provistos en la comunidad, independientemente de la intensidad de los servicios a los que accedan y del nivel de renta.
 - En Escocia, el acceso a los cuidados personales es gratuito, pero se aplican criterios de renta a los gastos hoteleros y relacionados con la atención doméstica.
 - En Inglaterra, la cuestión del copago ha planteado múltiples debates e iniciativas, dados los problemas que genera su diseño. Aunque se contemplaba la entrada en vigor de un límite a las aportaciones que realizan las personas usuarias, para atajar el elevado coste que soportan las personas usuarias de servicios de atención a la dependencia, esta medida —retrasada en varias ocasiones— ha sido finalmente descartada por el actual Gobierno laborista.

liares, algunas de las estimaciones sugieren, con datos de 2017, que el nivel de copago oscilaría entre los 143 y los 482 euros mensuales, en función del grado de dependencia (Milstein et al., 2021). En lo tocante a la atención residencial, el coste medio en concepto de alojamiento y manutención sería de 921 euros mensuales, y el coste en inversión, de 485 euros. A raíz de las últimas reformas, el copago en concepto de cuidados difiere en función de la duración de la estancia y oscilaría entre los 1377 euros en la entrada inicial y los 344 para estancias superiores a 36 meses. En su conjunto, la aportación económica media de las personas en centros residenciales sería de entre 2576 euros mensuales en las estancias inferiores a 12 meses y de 1750 en las estancias más largas (Vdek, 2024).

Cuadro 2. Características relacionadas con la financiación y el copago			
	Mecanismo principal de financiación	Copago en función de renta	Grado de asequibilidad*
Alemania	Seguro público	No	Alta
Canadá	Impuestos generales	Sí	—
España	Impuestos generales	Sí	Baja
Finlandia	Impuestos generales	Sí	—
Francia	Impuestos generales + cotización	Sí	Alta
Italia	Impuestos generales	Sí	Baja
Japón	Impuestos generales + seguro público	Sí	—
Reino Unido (Inglaterra)	Impuestos generales	Sí	—

* Clasificación propuesta por Angrisani *et al.* (2022)

Fuente: elaboración propia

2.6. Servicios disponibles y modos de provisión

La disponibilidad y articulación de los servicios disponibles y sus modos de provisión varían de forma notable entre los países analizados. Se describen a continuación, de forma sintética, las principales características de cada modelo:

a. Alemania

En Alemania, el sistema funciona mediante la asignación de unas cantidades económicas que se modulan en función del grado de dependencia y el tipo de servicio elegido. En concreto, las cantidades oscilan entre 125 euros mensuales para cuidados residenciales del nivel más bajo de dependencia y 2005 para los servicios residenciales en el nivel más elevado. Sobre esa base, las personas usuarias pueden elegir entre una prestación para cuidados domiciliarios no profesionales (*pflegegeld*)⁶, una prestación para cuidados domiciliarios profesionales (*pflegesachleistung*)⁷ y una prestación para cuidados en centros residenciales⁸. Cabe señalar que, en lo

⁶ Esta opción se configura como un "subsidio de cuidados" que la persona usuaria puede utilizar libremente, ya sea para retribuir a familiares o para otros usos. Se conforma como un pago directo y es compatible con la prestación para cuidados profesionales.

⁷ Esta prestación se dirige a financiar los cuidados domiciliarios prestados por un servicio formal. En este caso, se percibe en especie, ya que la caja aseguradora gestiona el servicio y abona directamente el coste a la entidad proveedora. La prestación para cuidados profesionales en el domicilio contempla cuidado personal (de atención directa al cuerpo), apoyo en las actividades de la vida diaria (apoyo psicosocial, apoyo para la socialización y la organización de la vida diaria, estimulación cognitiva) y apoyo en las tareas domésticas (limpieza, preparación de comidas, realización de la compra).

⁸ En este caso, la prestación se destina a cubrir los costes de la atención a la dependencia, la atención informal o los cuidados de

que concierne a los servicios profesionales, no se trata de una prestación estrictamente hablando, ya que la cuantía se ingresa directamente a la entidad contratada por la persona.

Además, al objeto de potenciar la atención domiciliaria, el sistema alemán contempla otras prestaciones, como centros diurnos, estancias de respiro, ayudas técnicas o compensación de gastos por adaptación de vivienda.

Se puede pensar en una orientación familiarista del modelo alemán si se tiene en cuenta que, del total de personas usuarias, casi el 55 % reciben la prestación de cuidado familiar; en torno al 20 %, la prestación que da acceso a un servicio residencial; el 4 %, la prestación de servicios profesionales en el hogar, y el 12 %, una combinación de diversos servicios.

b. Canadá

En Canadá (específicamente, en Quebec), el acceso a los servicios de cuidados de larga duración se realiza, principalmente, a través de la prestación en especie (es decir, servicios de atención directa). El modelo de atención a la dependencia y la discapacidad en Quebec organiza los servicios mediante programas dirigidos a colectivos específicos, distinguiendo así entre las personas mayores en situación de dependencia y aquellas con discapacidad, aunque el catálogo de servicios es, en gran medida, el mismo, y se articula en torno a la pérdida de autonomía. El sistema quebequés distingue entre la atención domiciliaria, la atención semirresidencial, provista en recursos intermedios, y la atención residencial. En el marco de la atención provincial ofrecida en Quebec, existen, además, algunos servicios provistos por organismos comunitarios, contratados por los centros integrados de atención social y sanitaria (CISSS/CIUSSS), entre los que se incluyen comidas a domicilio, visitas domiciliarias o centros de día.

El sistema quebequés contempla también, siempre que se cumplan ciertos requisitos, el acceso a servicios domiciliarios a través de una prestación para la contratación directa. Esta prestación puede adoptar la forma de un pago directo (*allocation directe*) o, más comúnmente, un cheque empleo-servicio (*chèque emploi service*), aunque también existe una deducción fiscal reembolsable para acceder a los servicios formales de cuidado (*programme déxonération financière des services d'aide domestique*, PEFSAD) y un sistema de reducción de las tarifas del servicio prestado por proveedores privados.

En términos evolutivos, algunos estudios apuntan a una transformación de la atención a raíz del endurecimiento de los requisitos de acceso a centros residenciales. Por un lado, en los últimos años se ha

enfermería proporcionados en los centros, pero no cubre los gastos de alojamiento y manutención.

producido un aumento muy significativo en el número de horas de atención domiciliaria, que han pasado de 6,6 millones en 2013-2014 a 13,8 millones en 2019-2020. Este incremento, que se refleja en el gasto destinado al servicio de asistencia domiciliaria, no corresponde, sin embargo, a un aumento significativo del número de personas atendidas en sus domicilios. Estos datos han sido interpretados como un cambio en las prácticas de atención domiciliaria, que se concentrarían sobre aquellas personas que presentan mayores necesidades de cuidados, pero que no pueden acceder a centros residenciales. En efecto, en 2019-2020, un 10 % de las personas usuarias del servicio de asistencia domiciliaria —aquellas con mayores necesidades de cuidados— percibían el 71 % de todas las intervenciones, con una media de una intervención diaria. Por el contrario, el 80 % de las personas usuarias percibían una atención domiciliaria de muy baja intensidad, de entre una intervención al año y dos intervenciones mensuales.

c. Francia

En Francia, el sistema de cuidados de larga duración se articula fundamentalmente en torno a prestaciones económicas de carácter universal dirigidas a personas con una pérdida de autonomía física o mental, distinguiendo, no obstante, entre las personas en situación de dependencia mayores de 60 años y las personas con discapacidad menores de esa edad. De este modo, todas las personas mayores de 60 años que acrediten una situación de dependencia pueden acceder a la prestación personalizada para la autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*, APA) para el acceso a cuidados tanto de ámbito domiciliario como residencial. A pesar de tratarse de una prestación universal, su cuantía se modula en función del nivel de renta y del grado de dependencia que presenta la persona. Las personas con discapacidad menores de 60 años, por otro lado, pueden acceder a la prestación de compensación por discapacidad (*prestation de compensation du handicap*, PCH), que, como se explica más adelante, también considera los ingresos a la hora de establecer las cuantías.

En su versión domiciliaria, la APA ofrece una gama de opciones relativamente amplia (asistencia domiciliaria, teleasistencia, ayudas técnicas, servicios de respiro y más), aunque en todo caso cerrada. Su uso debe estar dirigido a cubrir las necesidades de apoyo establecidas en un plan de cuidados, elaborado por un equipo multidisciplinar del departamento (compuesto por profesionales del sector sanitario y social) y que se establece tras una valoración de las necesidades. El modelo francés no permite el uso de la APA para retribuir a la pareja de la persona usuaria, pero sí a otros familiares (hijos/as, nietos/as, hermanos/as), que deberán establecer una relación laboral contractual convencional entre la persona familiar cuidadora y la persona cuidada. También puede utilizarse para acceder al cuidado en centros residenciales. En este ámbito, cubre una parte

del gasto de atención personal o de cuidados que se proporciona en los centros, en función de la renta de la persona usuaria.

Además de la APA, existen varias prestaciones de asistencia social para algunas situaciones concretas, gestionadas por los departamentos o por las cajas del seguro de jubilación, así como una serie de beneficios fiscales que se aplican tanto en la contratación de servicios de cuidado y apoyo doméstico como en el acceso a servicios residenciales.

d. Finlandia

El grueso de la atención a la dependencia se proporciona en Finlandia a través de la asignación de servicios en especie que son, eminentemente, de base domiciliaria. Existe, en todo caso, una prestación de cuidados en el ámbito familiar (*omaishoidon tuen hoitopalvelut*), a la que se asocian una serie de servicios de apoyo, que tiene una importante extensión.

Una parte importante de la atención se proporciona a través del servicio de atención domiciliaria (*kotihoitto*), que combina cuidados de enfermería con apoyo en las actividades de la vida diaria (estos servicios se proporcionaban de manera separada hasta 2018, cuando se fusionaron en uno único). El servicio de atención domiciliaria puede percibirse por períodos cortos o de manera regular, con al menos una visita semanal. En 2018, el 30 % de las personas mayores de 75 años que accedieron al servicio de atención domiciliaria recibieron entre 1 y 9 visitas mensuales; el 13 % recibieron entre 10 y 30 visitas mensuales; el 40 %, entre 30 y 90 visitas mensuales —esto es, entre una y tres visitas diarias—, y el 17,1 % recibieron más de 90 visitas al mes, lo que supone más de tres visitas diarias.

El apoyo a las tareas domésticas no forma parte del servicio de asistencia domiciliaria y se configura como un servicio independiente. Así, los servicios de apoyo (*tukipalvelut*) incluyen servicios de limpieza, comidas a domicilio, servicio de lavandería, transporte y servicios de apoyo a la participación e inclusión social, mediante el acceso a centros de día, generalmente una vez por semana.

Para aquellas situaciones en las que las necesidades de cuidado no pueden ser cubiertas en la vivienda ordinaria, las comarcas de servicios de bienestar y, anteriormente, los municipios, contemplan una serie de opciones residenciales y semirresidenciales. Por un lado, la atención residencial institucionalizada o convencional (*sosiaaliihuollon laitospalvelut*) solo se presta en las situaciones de mayor intensidad y cuando existen unos requisitos médicos o de seguridad que así lo aconsejen, y resulta, en todo caso, una opción muy minoritaria. Por otro, existen una serie de servicios de alojamiento (*asumispalvelut*) que difieren en el nivel de atención que proporcionan a las personas residentes. A pesar de las variaciones territoriales, estos servicios contemplan,

principalmente, la vivienda con apoyos, la vivienda protegida ordinaria (que deberá conformarse como vivienda comunitaria próximamente) y la vivienda protegida de alta intensidad. Recientemente, también se está desarrollando un servicio de acogimiento familiar para personas adultas, por el que las personas mayores o con discapacidad reciben alojamiento y cuidados por parte de personas no familiares, y que reciben una compensación económica de las comarcas por los cuidados que brindan.

Gestionado por la Seguridad Social, el modelo finlandés contempla también una prestación económica para la cobertura de las necesidades de cuidado (*eläketät saavan hoitotuki*), de muy baja cuantía. Esta prestación es compatible con los servicios de cuidado, y no funciona como alternativa (total o parcial), como ocurre en otros sistemas. Además, como se ha señalado, Finlandia dispone de una prestación económica (*omaishoidon tuen hoitopalikkio*), provista por las comarcas de servicios de bienestar y dirigida a aquellas personas que cuidan de alguien en situación de dependencia o discapacidad, ya sean familiares o amistades cercanas. La cuantía de la prestación viene determinada por las distintas comarcas, en función de la dedicación y la intensidad de los cuidados provistos. Existen, en todo caso, unos mínimos establecidos a nivel nacional, de 461,99 euros mensuales cuando se proveen cuidados de manera continuada o de 879,4 euros mensuales cuando se proveen cuidados de gran intensidad a raíz de un episodio específico, como cuidados al final de la vida o de recuperación tras un accidente grave.

Por otra parte, las personas con discapacidad cuentan también con una serie de servicios adicionales para la promoción de una vida independiente. Estos son, principalmente: servicios de asistencia personal, servicios de transporte para personas con graves dificultades, adaptaciones del hogar y ayudas técnicas o servicios de atención diurna (enfocados a la participación social y la inclusión). Al igual que a las personas mayores, la Seguridad Social también proporciona una prestación para la compensación de gastos a las personas mayores de 16 años con discapacidad (*vuotta täyttäneen vammaistuk*), también de escasa cuantía.

e. España

En España, el catálogo de servicios que contempla la ley de atención a la dependencia está formado por seis grandes servicios: la prestación de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y la atención residencial. Se contempla también una prestación económica de cuidados en el entorno familiar y una prestación para la contratación de asistencia personal, orientada hasta ahora, fundamentalmente, a la prestación de apoyos para la inclusión social y educativa, pero no a la provisión de cuidados. El acceso a estos

servicios se realiza mediante la asignación de una plaza o un servicio por parte de la Administración, si bien también existe una prestación económica —la prestación vinculada al servicio, de carácter teóricamente excepcional—, que financia el acceso directo a una plaza de atención si la Administración no puede ofrecer a la persona una plaza en un centro público o contratado por aquella. Los servicios son los mismos para las personas de todas las edades, si bien para las personas con discapacidad la gama y versatilidad de opciones es mayor.

En 2024, el 30 % de las prestaciones o servicios concedidas corresponden a la prestación de cuidados familiares; el 25 %, a la teleasistencia; el 17 %, al servicio de atención domiciliaria, y el 9 %, a la atención residencial. Las posibilidades de compatibilizar más de un servicio existen, pero son muy limitadas.

f. Italia

La atención a la dependencia y la discapacidad en Italia se proporciona mediante un modelo mixto, que conjuga una prestación económica de ámbito estatal para la compensación de los cuidados familiares con servicios de atención municipales o regionales. Mientras que la primera es de carácter universal y cuenta con una cobertura relativamente extensa, los servicios de atención (que combinan servicios en especie y prestaciones económicas y priorizan la atención de base domiciliaria) son de carácter selectivo. Las personas con discapacidad pueden acceder a algunas prestaciones y servicios adicionales.

En lo que a las prestaciones se refiere, la prestación de acompañamiento (*indennità di accompagnamento*) gestionada por la Seguridad Social y que se concede a todas las personas que acreditan una ausencia de autonomía total y permanente. En 2024, la cuantía era de 531,76 euros mensuales.

En lo que a la cartera de servicios de atención directa se refiere, se encuentran, por un lado, los servicios de base domiciliaria. A pesar de la variación territorial, los principales servicios contemplados son el servicio de asistencia domiciliaria (*assistenza domiciliare sociale*, ADS), y el servicio de asistencia domiciliaria integrada con los servicios sanitarios (*assistenza domiciliare integrata*, ADI). En el marco del catálogo de servicios domiciliarios desarrollado en la reciente normativa, también se han incorporado las adaptaciones del hogar, incluida la teleasistencia, el refuerzo de las intervenciones en la red de proximidad intergeneracional, y las soluciones habitacionales alternativas. En lo tocante a la atención residencial, los servicios existentes se refieren a la atención en centros de día, entendidos como servicios semirresidenciales, y a la atención en centros residenciales.

También cabe señalar la prestación de cuidados (*assegno di cura*) que proporcionan los municipios

o los ámbitos territoriales sociales (ATS), siempre en el marco normativo establecido a nivel regional. La finalidad de esta prestación es fomentar la permanencia en el domicilio de las personas en situación de dependencia, y está diseñada para adquirir servicios de cuidados en el mercado privado (provistos por entidades formales o por asistentes familiares) o para remunerar a las personas cuidadoras del ámbito informal (si bien la remuneración de personas familiares resulta algo ambigua en la legislación más reciente).

g. Japón

En Japón, el catálogo de servicios de cuidados disponibles para las personas en situación de dependencia consta de más de veinte tipos de servicios, que se organizan en torno a tres grandes ámbitos: domiciliario, comunitario y residencial. Entre los servicios domiciliarios, se encuentran el servicio de atención domiciliaria, que incluye tareas domésticas y de cuidado personal; un servicio específico de baño; atención de enfermería; servicios de rehabilitación provistos tanto en casa como en centros especializados, o un servicio de alquiler de ayudas técnicas. También están incluidos los servicios de centro de día y los servicios residenciales de corta estancia, como medida para aliviar la carga de las personas cuidadoras del ámbito informal.

En cuanto a los servicios comunitarios, dado que la organización de estos servicios es de competencia municipal, el catálogo varía considerablemente, aunque incluye, de manera genérica, servicios de visitas domiciliarias diurnas y nocturnas, y servicios de atención en centros de día o centros residenciales de pequeña envergadura. Algunos de estos servicios se proporcionan de manera exclusiva a personas mayores con deterioro cognitivo. En lo tocante a la atención residencial, existen tres principales tipos de centros públicos, que difieren en la duración de las estancias y en el nivel de medicalización con el que cuentan (centros residenciales para personas mayores, centros geriátricos y centros de atención sanitaria, o sanatorios).

En Japón, no existen prestaciones económicas para el cuidado informal ni para el acceso a los servicios de atención directa.

h. Reino Unido

En el Reino Unido, dada la apuesta del modelo británico por la personalización del acceso a los servicios de cuidados y apoyos —que se basa en los principios de autodeterminación, elección y control—, la cartera de servicios correspondiente es amplia y flexible, si bien los servicios contratados deben ajustarse a lo establecido en el plan de apoyos. De este modo, además de los cuidados personales y la asistencia doméstica (esta última no siempre incluida en los paquetes de servicios, como en Escocia),

también se contemplan, de manera generalizada, la asistencia para el ocio, equipamientos y ayudas técnicas, los servicios de respiro, el transporte o los servicios de comidas a domicilio.

En lo que se refiere a la oferta residencial, los dos tipos principales de centros residenciales para personas mayores, a los que también pueden acceder personas con discapacidad, son los llamados *residential care homes* y los *nursing homes*. La principal diferencia entre ambos radica en que los *nursing homes* son centros con presencia permanente de personal de enfermería y atienden, por tanto, a personas con necesidades de cuidados sanitarios más intensas. En cualquier caso, las *residential care homes* suponen el grueso de la oferta. Entre 2022 y 2023, concretamente, de las casi 207 000 personas mayores de 65 años que accedieron a cuidados en contextos residenciales, dos tercios lo hicieron en *care homes*.

Junto con estos centros, existen también otras modalidades de servicios residenciales para aquellas personas que desean vivir de manera autónoma, pero precisan algunos apoyos. Para las personas mayores, existe la opción del *sheltered housing*, o vivienda protegida, que se configura como una vivienda independiente, con zonas y equipamientos comunes, donde se llevan a cabo algunas actividades sociales y donde pueden ofrecerse algunos apoyos concretos. Este modelo también incorpora un sistema de vigilancia las 24 horas. El modelo de *extra care housing*, por otro lado, proporciona un nivel más elevado de atención que el *sheltered housing*, al ofrecer servicios de apoyo tanto para las tareas domésticas como para las actividades de la vida cotidiana.

El cuadro 3 resume las prestaciones económicas de cuidado que existen en cada uno de los países analizados.

2.7. Apoyo a las personas cuidadoras y niveles de familiarismo

Una de las principales características distintivas de los diferentes modelos de cuidados de larga duración radica en el grado en el que contribuyen a desactivar la atribución de las responsabilidades de cuidado a las familias —o, al contrario, a reforzarlas— y el grado de apoyo prestado a las personas cuidadoras que optan por asumir esas responsabilidades.

Entre los países con una orientación más claramente familiarista, cabe señalar los casos de Italia, Alemania y España, así como, quizás en menor medida, de Finlandia y el Reino Unido:

- Junto con la extensión de la prestación de cuidados informales a domicilio, el carácter familiarista del modelo alemán se traduce en la existencia de algunas medidas de apoyo al cuidado prestado en el ámbito informal. Por ejemplo, el seguro de dependencia asume las cotizaciones al seguro de pensiones y de desempleo de aquellas personas

Cuadro 3. Características relacionadas con las prestaciones económicas de cuidado			
	Prestaciones económicas para cuidados familiares	Prestaciones económicas para cuidados profesionales en el hogar	Prestaciones económicas para atención residencial
Alemania	Sí, muy extendidas	Sí, poco extendidas	Sí, abonadas directamente al centro residencial
Canadá	No	Sí, cheque-servicio, exoneración de tarifa y deducción fiscal reembolsable	No
España	Sí, muy extendidas	Sí, excepcionales	Sí, excepcionales
Finlandia	Sí	Sí, poco extendidas	No
Francia	Sí, poco extendidas	Sí	Sí, abonadas directamente al centro residencial
Italia	Sí, muy extendidas	No	No
Japón	No	No	No
Reino Unido (Inglaterra)	Sí	Sí	No, salvo excepciones

Fuente: elaboración propia

con jornadas laborales inferiores a las 30 horas semanales y que brindan cuidados a personas con grados de dependencia 2 a 5, durante al menos 10 horas semanales. Además, cualquier persona cuidadora del ámbito informal también se encuentra exenta de abonar las cotizaciones al seguro de accidentes. Por otro lado, de cara a favorecer la conciliación entre el trabajo de cuidados y el empleo remunerado, las personas trabajadoras pueden acceder a un permiso laboral total o parcial para prestar cuidados en el ámbito informal de hasta seis meses de duración, así como a reducir su jornada laboral en hasta 15 horas semanales durante un periodo máximo de 24 meses.

- En España, el familiarismo se traduce en la amplia extensión de la prestación de cuidados en el entorno familiar, que compensa el trabajo de cuidados realizado por la red familiar, manteniendo los cuidados en la esfera de la familia (con ayuda, en su caso, de cuidadoras contratadas en el mercado informal, a menudo migrantes). Por el contrario, el grado de apoyo a las personas cuidadoras —servicios de respiro o apoyo psicológico, reducciones y excedencias— es reducido.
- También en Italia, la red informal de apoyo constituye la principal fuente de cuidados de larga duración, bien a través de cuidados no remunerados provistos por familiares y personas cercanas, bien a través de la contratación de trabajadoras domésticas y de cuidados,

denominadas *colf* y *badanti*, respectivamente. Por el contrario, y al margen de la prestación de acompañamiento, las medidas de apoyo al cuidado informal se encuentran muy poco desarrolladas y se configuran, principalmente, como permisos laborales retribuidos para el cuidado: un permiso laboral especial de tres días y un permiso laboral extraordinario. Con una duración máxima de dos años, este permiso está dirigido a personas trabajadoras con responsabilidades de cuidado de un familiar —generalmente conviviente— con discapacidad grave. Aunque el permiso está retribuido al 100 %, existe un límite anual de ingresos que no puede superarse.

- Si bien Finlandia no se suele identificar a menudo como un modelo familiarista, dispone, como se ha dicho, de un modelo de cuidados domiciliarios muy desarrollado, así como de una prestación de cuidados en el entorno familiar, con una relativamente amplia cobertura (*omaishoidon tuen hoitopalakkio*), que lleva aparejados una serie de servicios de apoyo y respiro para las personas cuidadoras.
- El modelo británico se caracteriza por ofrecer un nivel y una variedad elevada de servicios para las personas cuidadoras. En efecto, en el Reino Unido, las personas cuidadoras del ámbito informal también pueden acceder a herramientas de personalización para la adquisición de servicios de apoyo, destinados a garantizar su bienestar físico y emocional y a promover la continuidad del cuidado que brindan.

En general, el acceso a servicios de apoyo para las personas cuidadoras a través de presupuestos personales, apoyo autodirigido o pagos directos se rige por los mismos mecanismos que el de las personas usuarias: valoración de las necesidades, valoración de la capacidad económica (en algunos casos), plan de apoyos y acceso a herramientas de personalización. Entre los principales servicios a los que pueden acceder las personas cuidadoras en el Reino Unido se encuentran: apoyo para la realización de tareas domésticas; apoyo para fomentar el bienestar personal, como una suscripción a actividades deportivas; aparatos tecnológicos de apoyo al cuidado; cobertura de gastos de desplazamiento en relación con la labor de cuidados, y servicios de respiro. Estos últimos se refieren, principalmente, a estancias residenciales temporales, a la contratación de personal de relevo o a la atención diurna.

Existen también en el Reino Unido, básicamente en el ámbito de la Seguridad Social, una serie de prestaciones económicas orientadas a cubrir los gastos de las personas cuidadoras. La prestación principal es el llamado *carer's allowance*: se trata de una prestación condicionada al nivel de renta y que se concede a las personas que cuidan de otra persona durante al menos 35 horas semanales, siempre que tanto la persona cuidada como la cuidadora cumplan una serie de requisitos (entre ellas, la percepción de salarios muy bajos). La cuantía de la prestación es de unas 300 libras

mensuales. Por otro lado, se ha introducido recientemente en Inglaterra, Gales y Escocia un permiso laboral no retribuido para el cuidado de personas dependientes (Carer's Leave Act, 2023).

Los países menos familiaristas y/o con un menor grado de apoyo al cuidado familiar presentan estas características:

- Canadá basa fundamentalmente su sistema de apoyo en deducciones fiscales para las personas cuidadoras.
- En Francia, el apoyo a las familias se articula, además de a través de los servicios de apoyo domiciliario ya descritos y de la posibilidad de que un pariente —aunque no el cónyuge— pueda prestar los servicios de apoyo, en la existencia de una gama relativamente amplia de permisos y reducciones de jornada para el cuidado, de carácter remunerado.
- El modelo japonés podría considerarse como no familiarista, en la medida en que no contempla prestaciones económicas para el cuidado familiar. El nivel de apoyo al cuidado familiar es también muy reducido. Además de los servicios de respiro, se basa fundamentalmente en las medidas de conciliación que buscan facilitar la compaginación de las responsabilidades laborales y de cuidados para las personas trabajadoras. El permiso de persona cuidadora consiste, en la actualidad, en la posibilidad de dedicar hasta 93 días anuales (repartidos como máximo en tres períodos diferenciados) al cuidado de una persona del entorno familiar que requiere cuidados de larga duración de más de dos semanas de duración. De manera similar, las personas trabajadoras pueden acceder a hasta cinco días anuales de permiso para el cuidado de personas familiares que precisan atención puntual.

Más allá del análisis realizado en este apartado, lo cierto es que otros trabajos han clasificado en otros términos la situación de cada país. El cuadro 4 recoge cómo clasifican los países europeos analizados en este apartado dos de los trabajos más recientes (Lee *et al.*, 2023; Bartha y Zentai, 2020).

2.8. Participación y capacidad de elección

La participación y capacidad de elección de las personas usuarias resulta un elemento clave a la hora de comparar los sistemas de cuidados de larga duración de los diferentes países. Si bien no siempre resulta sencillo valorar la capacidad de participación o elección que subyace a cada sistema, cabe señalar algunos elementos relevantes en los países analizados:

- En Alemania, las personas usuarias cuentan con una relativamente alta capacidad de control y elección a la hora de organizar los cuidados que desean, pudiendo elegir tanto las modalidades

Cuadro 4. Modelo de familiarismo atribuido a los diferentes países analizados

	Lee <i>et al.</i> (2023)	Bartha y Zentai (2020)
Alemania	Familiarismo apoyado	Modelo débil de doble percepto/a de ingresos y cuidador/a apoyado
España	Familiarismo por defecto	Modelo débil de doble percepto/a de ingresos y cuidador/a no apoyado
Finlandia	Desfamiliarismo	Modelo fuerte de doble percepto/a de ingresos y cuidador/a apoyado
Francia	Familiarismo apoyado	Modelo débil de doble percepto/a de ingresos y cuidador/a apoyado
Italia	Familiarismo por defecto	Modelo fuerte de doble percepto/a de ingresos y cuidador/a no apoyado
Reino Unido	Familiarismo apoyado	Modelo débil de doble percepto/a de ingresos y cuidador/a apoyado

Fuente: elaboración propia a partir de los trabajos señalados

como las entidades o personas proveedoras del cuidado⁹. De este modo, las personas usuarias pueden decidir entre recibir cuidados domiciliarios prestados por personal profesional o por familiares o amistades, acceder a fórmulas alternativas de vivienda o ser atendidas en centros residenciales convencionales. A su vez, el modelo alemán se asienta sobre una lógica de competencia entre proveedores y de libre elección por parte de la persona usuaria —como vía para potenciar la calidad y la asequibilidad de los servicios—, por lo que la capacidad de elección, desde esta perspectiva, es también elevada.

- En Canadá, se han ido incorporando mayores posibilidades de elección de los servicios, especialmente mediante la introducción de prestaciones para la contratación directa de asistencia en el domicilio, pero no puede decirse que la capacidad de elección haya sido considerada hasta ahora una prioridad.
- En Finlandia, la gama de opciones es relativamente alta e incluye tanto servicios de apoyo en el domicilio, como residenciales y prestaciones de apoyo al cuidado familiar. En todo caso, dado que los cuidados de larga duración fineses son organizados, en su mayor parte, por los servicios sociales, y prestados en especie, el grado de decisión con el que cuentan las personas usuarias y sus familias es relativamente bajo o, como mucho, intermedio. En este contexto, el actual impulso a los cheques-servicio responde a la intención de otorgar una mayor capacidad de elección a las personas usuarias, dado que les permite elegir entre distintos proveedores privados (que deben, no obstante, estar acreditados por los

⁹ Obviamente, esta capacidad está condicionada por muy diversos factores como la disponibilidad de recursos económicos, más allá de las cuantías garantizadas por el seguro de dependencia o la oferta de servicios disponibles en el territorio de residencia.

- servicios sociales para operar mediante el sistema de cheque-servicio).
- El modelo francés de acceso a los cuidados de larga duración se sustenta sobre prestaciones económicas personalizadas y adaptadas a las necesidades y preferencias de las personas usuarias. Subyace a este modelo un principio de libertad de elección que se aplica tanto en al escoger los servicios financiados por la prestación como el tipo de proveedor. Las personas mayores cuentan con amplia capacidad de elección a la hora de decidir si acceden a la APA para su uso en el ámbito domiciliario o residencial; para establecer si esta se destina a contratar un servicio formal o a remunerar a una persona cuidadora informal, o para determinar, en caso de optar por un servicio residencial, si este será un recurso gestionado por entidades públicas o por entidades privadas, con o sin ánimo de lucro.
 - La lógica de la elección está en gran medida ausente del diseño del sistema español de cuidados de larga duración. Ciertamente, las personas pueden elegir entre la prestación de cuidados en el entorno familiar y las prestaciones de servicios formales, residenciales o a domicilio. Sin embargo, la escasa cobertura e intensidad de los servicios de atención directa impiden en la práctica esa posibilidad. A ello se suma la escasa variedad del catálogo de servicios, una escasísima capacidad de elección de las entidades proveedoras de la atención domiciliaria o residencial, y limitaciones importantes a la hora de compatibilizar servicios.
 - El modelo italiano de atención a la dependencia y la discapacidad no cuenta con mecanismos específicos de personalización del acceso a los servicios de cuidados. En este sentido, la participación de las personas usuarias y sus familias en la configuración de los paquetes de atención es limitada, dado que la atención es organizada —aunque no necesariamente prestada— por los servicios sociales. Algunas regiones han introducido prestaciones de cuidados o cheques-servicio para la adquisición de cuidados en el mercado privado, ampliando, al menos parcialmente, la capacidad de elección y control con la que cuentan las personas usuarias sobre el acceso a los servicios. Es en el marco de la prestación de acompañamiento, en cualquier caso, donde las personas usuarias ejercen un mayor control sobre los servicios contratados, al ser una prestación no sujeta a monitorización ni restricciones. Desde esta perspectiva, la principal limitación a la personalización no deriva del propio mecanismo, sino de las reducidas cuantías asignadas, que no superan los 600 euros mensuales para las personas mayores de 65 años.
 - Aunque el modelo japonés de atención a la dependencia solo proporciona servicios en especie, uno de sus principios básicos se refiere a la orientación hacia la persona usuaria y su participación en la toma de decisiones respecto

a los cuidados recibidos. En este sentido, las personas en situación de dependencia ejercen un cierto grado de elección y control sobre los servicios a los que acceden, dado que, siempre dentro de los límites establecidos en función de los niveles de dependencia, las personas pueden elegir tanto el tipo de servicio como la entidad proveedora. En efecto, si se opta por cuidados de ámbito domiciliario o comunitario, las personas usuarias deben elegir también una agencia —pública o privada, pero siempre gratuita— para la elaboración de un plan de cuidados, que asignará una persona gestora de caso. En colaboración con la persona usuaria y su familia, y siempre basándose en sus preferencias y ajustándose al presupuesto establecido, la persona gestora elabora un plan de cuidados y se encarga de organizar la contratación de los servicios con la entidad elegida por la persona usuaria.

- En el Reino Unido, la lógica de la personalización ha adquirido gran relevancia, en términos conceptuales y en lo que se refiere al diseño de las políticas (aunque no tanto, quizás, en su aplicación real). En ese sentido, puede decirse que el sistema británico se caracteriza por la personalización del acceso a los servicios de atención y establece una notable diversidad y flexibilidad de fórmulas que permiten combinar los servicios prestados en especie con prestaciones económicas. Junto con los Países Bajos, y con un éxito relativo, el Reino Unido se ha configurado como un país pionero en el desarrollo de fórmulas que buscan personalizar el acceso a los servicios de cuidados y apoyo. Aunque existen diferencias territoriales en este sentido, el sistema británico combina la asignación directa y convencional de los servicios en especie con prestaciones económicas. Estas últimas se configuran, generalmente, como pagos directos —una prestación económica que la persona usuaria percibe y administra para financiar los servicios que precisa—, o como fondos o presupuestos personales, esto es, una asignación económica, administrada por la autoridad local o por una entidad externa, y con la que se financian los servicios escogidos por la persona usuaria¹⁰.

El cuadro 5 recoge, de forma simplificada, la situación de cada uno de los países analizados respecto a la capacidad de elección de las personas usuarias y la flexibilidad en la configuración del paquete de servicios.

¹⁰ En este caso, la persona usuaria no accede directamente al fondo económico ni se implica en su gestión, pero sí conoce la cuantía asignada y determina qué servicios contratar y con qué proveedores hacerlo.

Cuadro 5. Características relacionadas con la capacidad de elección de las personas usuarias y la flexibilidad en la configuración del paquete de servicios			
	Grado de capacidad de elección de los servicios y prestaciones	Grado de flexibilidad en la composición del paquete de atención	Grado de capacidad de elección del proveedor de los servicios
Alemania	Alto	Alto	Alto
Canadá	Medio	Medio	Bajo
España	Medio	Bajo	Bajo
Finlandia	Medio	Medio	Medio
Francia	Alto	Alto	Alto
Italia	Bajo	Bajo	Bajo
Japón	Alto	Alto	Alto
Reino Unido (Inglaterra)	Medio	Medio	Medio

Fuente: elaboración propia

2.9. Características del empleo en el sector

En los países analizados, el sector de los servicios sociales concentra a entre el 2,4% y el 13,2% de la población ocupada, si bien en los países con mayor nivel de ocupación —Canadá y Japón— las estadísticas incluyen también al personal empleado en el ámbito sanitario. Los datos de la OCDE sobre el número de trabajadores de cuidados por cada cien personas mayores resultan algo más homogéneos. Los datos sobre el salario medio que se percibe en

el sector tienen también un grado de variabilidad alto, aunque en todos los países es inferior al salario medio —especialmente, en España, Italia y el Reino Unido— y, en general, resulta más bajo en el sector domiciliario.

En todo caso, de acuerdo con los datos de la tabla 3, Finlandia se caracteriza por un elevado grado de ocupación en los servicios sociales y salarios relativamente cercanos a los del conjunto del mercado. En Francia, también puede hablarse de niveles elevados de ocupación y una brecha salarial menos pronunciada que en otros países, mientras que Japón y Alemania registran tasas relativamente elevadas de ocupación y brechas salariales no particularmente pequeñas. España, el Reino Unido e Italia, por su parte, presentan tasas de empleo más bajas y una brecha salarial más alta.

Los datos sobre el perfil de las personas trabajadoras son desiguales, pero cabe destacar las siguientes ideas al respecto:

- El perfil del personal empleado en el sector formal en Alemania es mayoritariamente femenino (84,3%) y de nacionalidad alemana. En cualquier caso, en los últimos años se ha dado un incremento significativo del personal de origen extranjero en el sector, que ha pasado de suponer el 8% en 2017 al 14% en 2022. La contratación de trabajadoras domésticas de origen extranjero, generalmente en modalidad de interna y a través del empleo informal, constituye un fenómeno de amplio alcance en Alemania. La mayor parte de estas mujeres proceden de países del Este de Europa —principalmente, Polonia—, tienen más de 50 años, no cuentan con cualificaciones formales

Tabla 3. Indicadores de ocupación y calidad del empleo

	Ocupación ^a	Ocupación ^b	% empleo femenino	Salario medio horario en el sector residencial ^c	Salario medio horario en el sector domiciliario ^c
Alemania	6,3	5,5	84,3	67	64
Canadá (Quebec)	5,1	3,8	89,1	—	—
España	3,1	4,9	81,6	63	60
Finlandia	9,4	4,3	—	80	70
Francia	7,1	6,3 ^d	—	71	69
Italia	2,4	—	—	62	59
Japón	13,2	6,8	—	65	723 ^f
Reino Unido (Inglaterra)	4,4	1,2 ^e	—	56	57

^a Población ocupada en el ámbito de los Servicios Sociales (Q87 y Q88) con relación a la población ocupada (Eurostat, 2022)

^b Número de personas trabajadoras de cuidados por cada 100 personas mayores (OCDE, 2021a)

^c Porcentaje sobre el salario medio nacional, en 2018 (OCDE, 2023b)

^d Libault (2019)

^e Datos relativos a 2017

^f Estimación a partir de Fu *et al.* (2023)

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes señaladas

y llevan a cabo su labor bajo condiciones de precariedad¹¹. Por otra parte, el contexto de los cuidados formales de larga duración alemanas se caracteriza por un alto grado de cualificación del personal: en 2021, solo el 11% del personal trabajador de cuidados domiciliarios y el 11,6% del personal de atención directa en centros residenciales carecía de titulación profesional.

- En Canadá, se ha destacado la baja profesionalización del sector residencial, que cuenta con elevados porcentajes —hasta el 80%— de personal de atención directa no profesional, bajo la figura de auxiliares o asistentes sociosanitarios (los denominados *care aides* y *orderlies*). Tanto estas figuras profesionales como el personal de apoyo domiciliario (*home support worker*) carecen de un marco regulatorio estatal que estipule requisitos formativos o sistemas de acreditación. El perfil profesional del ámbito residencial es mayoritariamente femenino y cuenta con un alto porcentaje de personas de origen extranjero. Este patrón se repite en el ámbito de la atención domiciliaria, caracterizado por una fuerza laboral fuertemente feminizada (89%) y de origen extranjero (63%).
- En España, se caracteriza por el papel de las cuidadoras migrantes en los servicios informales de cuidado —generalmente directamente contratada por las familias a menudo de forma irregular y como internas (con presencia 24 horas)— y su escasa presencia en los servicios de atención formal, especialmente residencias y centros de día. Se han desarrollado, por otra parte, esfuerzos para mejorar la cualificación y la formación de este personal, si bien los resultados de estos esfuerzos no siempre han sido los esperados. El sector se caracteriza también por condiciones laborales (salarios bajos, jornadas parciales, contratos temporales) peores que en otros sectores económicos.
- En Finlandia, la gran mayoría de las personas ocupadas en el sector (el 73,7%) cuentan con estudios medios, mientras que casi el 20% tienen estudios superiores y solo el 6,6% del personal formal de atención tiene un nivel de estudios bajo. Por otra parte, el empleo de cuidados de larga duración tiende a ser predominantemente estable: el 80 % del personal contaba con un contrato

¹¹ Ante los altos costes de copago que conlleva el modelo alemán, la mano de obra migrante y femenina se ha consolidado como un recurso extendido entre aquellas personas que presentan elevadas necesidades de cuidado y que no pueden costear el total de la atención que precisan en el mercado formal. Aunque no resulta sencillo determinar su extensión, dada la opacidad en la que se desarrolla esta actividad, se ha señalado que las cuidadoras internas podrían llegar a representar el 25 % del conjunto de trabajadoras del sistema alemán de cuidados de larga duración (Edmunds *et al.*, 2021, cit. en Montero, 2023). Algunas de las estimaciones más recientes sugieren que la cifra de cuidadoras internas se situaría alrededor del medio millón de personas en Alemania, donde hasta un 90 % estaría llevando a cabo esta labor de manera irregular (Benahza y Lutz, 2019; Montero, 2023). Este fenómeno también ha generado la proliferación de agencias intermedias de contratación, que operan junto con agencias de reclutamiento en los países de origen.

laboral permanente y el 73 % se encontraba empleado a jornada completa.

- En Francia, más allá del número de personas ocupadas, se ha puesto de manifiesto, entre los desafíos del sistema, la falta de formación del personal de atención, la cual limita la calidad de la atención provista, y las malas condiciones laborales, que generan un sector profesional muy poco atractivo y enfrentado a notables dificultades en la retención del personal contratado.
- En Italia, el perfil de las cuidadoras, o *badanti*, es fundamentalmente femenino (91,6 %) y de nacionalidad extranjera (72,7 %), principalmente provenientes de Rumanía, Ucrania y Filipinas. No obstante, durante la última década se ha reducido progresivamente el número de personas de origen extranjero contratadas en el sector doméstico, frente al aumento de aquellas con nacionalidad italiana; también lo ha hecho la proporción de personas empleadas en la modalidad de interna, que en 2021 era del 33 % (Notarnicola y Perobelli, 2022). Dada la naturaleza de este empleo, el nivel formativo de las mujeres contratadas tiende a ser bajo y no existen requisitos mínimos al respecto.
- En Japón, aunque no es un requisito formal el contar con formación especializada, existe un sistema de niveles profesionales para ejercer en el sector, así como titulación oficial específica, y las entidades tienden a contratar en mayor medida a personas cualificadas. En este sentido, la situación es algo paradójica en el país, ya que, a pesar de no existir un nivel formativo mínimo de acceso al trabajo de cuidados, gran parte del personal (hasta el 40 % en 2016) cuenta con niveles educativos superiores.
- En Inglaterra, el perfil del personal profesional empleado es fundamentalmente femenino (81%) y de nacionalidad británica (81%). A pesar de que la gran mayoría (88 %) de personas contara en 2023 con un contrato permanente, poco más de la mitad fueron contratos a tiempo completo (52 %). En efecto, hasta un quinto (22 %) de la fuerza laboral se encontraría contratada a través de los llamados contratos de cero horas, en los que la carga horaria semanal varía en función de las necesidades puntuales que requiera el empleo, que pueden llegar a las cero horas. Por otro lado, la regulación relativa al personal de cuidados de larga duración en el Reino Unido es de carácter genérico y únicamente establece que los proveedores de servicios deberán contar con un número suficiente de personas adecuadamente cualificadas, competentes y con experiencia previa para satisfacer las necesidades de las personas usuarias de los servicios en todo momento. Tampoco se establecen requisitos mínimos en lo que a la formación del personal profesional se refiere, aunque sí existe una titulación específica, el *care certificate*, introducida por el organismo responsable de la captación y cualificación del personal en el ámbito de los servicios sociales

como un estándar mínimo de calidad, dirigido a personal de atención directa que inicia su carrera en el sector.

En la gran mayoría de países puede hablarse, en cualquier caso, de problemas importantes para la captación y la retención del personal de cuidados:

- En Inglaterra, por ejemplo, se ha señalado que la viabilidad y capacidad de las entidades proveedoras de servicios, así como la calidad de estos, se encuentra amenazada por las dificultades de reclutamiento y retención de personal y por el aumento de los costes asociados a la provisión de los servicios financiados públicamente. Las dificultades en la contratación alcanzaron su máximo en 2021-2022, con una tasa de puestos vacantes del 10,6 %. La inclusión del personal de cuidados en la lista de puestos de difícil cobertura (que facilita la contratación de personal de origen extranjero para determinados empleos) parece haber resultado en una leve mejora, ya que la tasa en 2022-2023 ha descendido hasta el 9,9 %, situándose, en cualquier caso, muy por encima de la media del mercado laboral en su conjunto (3,4 % en 2023) (OCDE, 2023b).
- En Alemania, en 2017 se calculaba que había 22 personas desempleadas por cada 100 puestos vacantes en el sector. Algunas proyecciones sitúan entre 135 000 y 150 000 el número de puestos equivalentes a tiempo completo (cualificados) que serían necesarios en 2035 para hacer frente a la demanda de cuidados (Flake *et al.*, 2018). En este contexto, desde 2019 se han introducido medidas para incrementar el número de personas trabajadoras de los cuidados de larga duración, mejorar las condiciones laborales del sector y fomentar la capacitación profesional.
- También en Canadá, la contratación y retención de personal trabajador de los cuidados se perfila como un importante desafío. En lo que se refiere específicamente a Quebec, se estima que, para dar respuesta a la creciente demanda, antes de 2040 deberían crearse más de 6000 puestos equivalentes a tiempo completo en el ámbito de la atención residencial y domiciliaria, y contratar a hasta 45 000 personas para cubrir puestos auxiliares en el conjunto del sistema de cuidados de larga duración (CSBE, 2024).
- Se estima que Finlandia necesita al menos 24 000 profesionales adicionales. La falta de atractivo de este sector se ha señalado como una de las principales causas del bajo relevo generacional que en él se da. En la atención a domicilio, concretamente, se ha apuntado a la sobrecarga laboral —a raíz de una falta de recursos y tiempo de atención— como uno de los factores que ha impulsado el abandono de la profesión en los últimos tiempos. Ante la falta mano de obra, que amenaza la disponibilidad de los servicios de atención y cuidados, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad ha puesto en marcha el

Programa de Buen Trabajo, que busca relanzar el sector y hacerlo más atractivo.

- También en Italia, a pesar de la baja cobertura de los servicios formales de atención, desde 2020 se ha identificado una notable carencia de personal en el sector de atención a personas mayores, que se atribuye principalmente a una escasez estructural del personal profesional. Esta escasez afecta en mayor medida al sector residencial y, concretamente, a las figuras profesionales sanitarias.
- Algo similar ocurre en España, donde se detecta escasez del personal de mayor cualificación, como el de enfermería, particularmente en el ámbito residencial.
- En Japón, la contratación del personal profesional de cuidados presenta importantes obstáculos derivados de diversos factores, como los bajos salarios o la reducida duración de los contratos. Algunas estimaciones apuntan a que, en 2025, harán falta 320 000 efectivos más para cubrir la demanda, y esta escasez irá en aumento a medida que se agudice el fenómeno del envejecimiento poblacional que caracteriza al país.

2.10. Entidades proveedoras de servicios

En lo que se refiere a las características de las entidades proveedoras de servicios, no existen bloques nítidos sino, más bien, un continuo que va de más a menos en lo que se refiere a la provisión directa por parte del sector público y, a la inversa, a la participación de entidades privadas con o sin fin de lucro:

- Finlandia es uno de los países en los que el peso de la provisión pública es más relevante, aunque ese protagonismo se haya reducido en los últimos años. Los datos sobre el servicio de atención domiciliaria de 2019 (que se refieren exclusivamente al apoyo domiciliario, sin tener en cuenta los servicios de enfermería) ponen de relieve que alrededor del 88 % de las visitas domiciliarias realizadas a hogares de personas mayores las llevaron servicios públicos (tanto propios como contratados a otras entidades públicas), mientras que el 11,3 % corrió a cargo de proveedores privados. La proporción de servicios contratados a entidades privadas ha aumentado en ocho puntos desde 2009, cuando se situaba en el 3,2 %.

La contratación de servicios a proveedores privados es, en todo caso, notablemente superior en la atención residencial. En 2022, de las casi 2600 personas que accedieron a centros residenciales institucionales para personas mayores en el marco de los servicios sociales públicos, alrededor de 500, un 19,5 %, lo hizo en centros de titularidad privada, con o sin ánimo de lucro, una proporción algo superior a la registrada en 2009, cuando fue de 13,4 %. En los servicios de vivienda protegida de alta intensidad, que

se configuran como la opción mayoritaria, el porcentaje de personas atendidas en centros de titularidad privada, con o sin ánimo de lucro, es significativamente mayor y alcanza casi el 60%, una proporción no muy alejada de la registrada en 2009. La creciente presencia de empresas mercantiles en este sector parece concentrarse en unos pocos proveedores de gran tamaño, en detrimento, además, de las organizaciones del tercer sector sin ánimo de lucro.

- La provincia canadiense de Quebec se caracteriza también por un protagonismo importante del sector público. En 2021, Quebec contaba con 440 centros residenciales, en su gran mayoría de titularidad pública. Por el contrario, el 12% de esos centros eran de titularidad privada, si bien la falta de información no permite establecer si tenían ánimo de lucro o no. En cualquier caso, estas proporciones difieren notablemente del conjunto de Canadá. Así, y aunque el porcentaje varía en las diferentes provincias y territorios, se calcula que, en el conjunto del país, aproximadamente el 46% de los centros residenciales son de titularidad pública, el 29% pertenecen a entidades privadas con ánimo de lucro, y el 23%, a entidades privadas sin fin de lucro (no se dispone de información para el 2% restante). En lo tocante a la atención domiciliaria, los servicios pueden ser provistos directamente por el personal de los centros integrados de atención social y sanitaria (CISSS/ CIUSSS), o ser subcontratados a entidades de la economía social y solidaria de apoyo doméstico o a agencias privadas. En 2019-2020, el 41% de los servicios del servicio de asistencia domiciliaria fueron realizados por personal propio, y el 59% restante por entidades externas, en su gran mayoría privadas.
- Francia, por su parte, representa un modelo mixto, en el que se combina la presencia del sector público, las entidades sin fin de lucro y las entidades con fin de lucro. Como se ha dicho, las personas mayores que acceden a la APA cuentan con un amplio margen de decisión a la hora de seleccionar los servicios que desean, así como la entidad prestadora (siempre, lógicamente, que exista una oferta de servicios suficiente en la zona de residencia). De hecho, en Francia, tanto en el ámbito de la ayuda a domicilio como de la atención residencial, es teóricamente posible elegir entre proveedores públicos, privados con fin de lucro y privados sin fin de lucro. De esta forma, en lo tocante a los EHPAD, predominan aquellos de titularidad privada (55%), con un mayor porcentaje de centros sin fin de lucro, que suponen casi un tercio del total (31%). El 45% de los centros son de titularidad pública. En lo relativo a los servicios formales de atención domiciliaria, las entidades proveedoras son, en su mayor parte, entidades privadas sin fin de lucro (60%) o empresas privadas (29%). Solo un 11% de las entidades que proveen este servicio son públicas.
- También en Japón los tres sectores conviven de forma relativamente equilibrada. La introducción

del seguro de cuidados de larga duración en el año 2000 conllevó la necesidad de ampliar la oferta de servicios de atención a nivel nacional, para así dar respuesta a la creciente demanda que se planteaba. Con el objeto de atraer a operadores privados al sector de los cuidados, se permitió, en el ámbito de la atención domiciliaria y comunitaria, la entrada de entidades con ánimo de lucro. Dado que el objetivo era favorecer este tipo de atención frente a los cuidados residenciales, la participación del sector privado con ánimo de lucro en este ámbito permaneció restringida. Este sistema se mantiene en la actualidad, donde conviven los servicios públicos, que operan principalmente en el ámbito residencial, y las entidades privadas, tanto de iniciativa social como mercantiles. De este modo, en lo que a la atención residencial se refiere, las tres principales categorías de centros residenciales (centros residenciales, centros geriátricos y centros de atención sanitaria) son de titularidad pública, pudiendo estar gestionadas por entidades sin ánimo de lucro o por los propios municipios¹².

Alemania, el Reino Unido, España e Italia son ejemplos del protagonismo de las entidades privadas con fin de lucro, a veces en convivencia con servicios públicos o con entidades sin fin de lucro:

- En Alemania, las personas que acceden a las prestaciones de cuidados cuentan con un amplio margen de decisión a la hora de seleccionar los servicios a los que desean acceder, bajo una lógica mercantil que asigna un papel preponderante al mercado y a la competencia entre proveedores. Este enfoque también responde a un modelo asentado sobre la subsidiariedad, donde la Administración solo tiende a intervenir cuando el mercado y la iniciativa social no son capaces de dar respuesta a las necesidades. Surge así un contexto dominado por el sector privado, con o sin afán de lucro, y donde el papel de las entidades públicas resulta muy minoritario.

En 2021, el sector de servicios domiciliarios contaba con un total de 15.376 entidades proveedoras, de las que más de dos tercios eran de titularidad privada con fin de lucro. Esta proporción ha aumentado en más de seis puntos porcentuales en la última década. La situación es algo diferente en el contexto residencial, con una mayor presencia de entidades sin fin de lucro. Así, en 2021, de los 16.115 centros residenciales presentes en el territorio, algo más de la mitad

¹² En 2016, había un total de 12.335 centros residenciales públicos, que gestionaban algo más de 880.000 plazas y 11.739 centros de titularidad privada, con una capacidad notablemente inferior, de 480.000 plazas concretamente. Esto supone unas tasas de cobertura de 26 plazas públicas y 13 plazas privadas por cada 1000 personas mayores de 65 años. En el ámbito de la atención domiciliaria, la presencia del sector privado resulta más significativa. Los datos más recientes señalan que, de las cerca de 250.000 entidades prestadoras del servicio de atención domiciliaria, el 70% pertenecen a entidades privadas con ánimo de lucro, y alrededor del 30% restante estaban gestionadas por entidades privadas de iniciativa social.

se encontraban gestionados por entidades privadas sin fin de lucro. Las entidades privadas con fin de lucro gestionaban, por otro lado, el 44,3 % del total de centros, una proporción que ha crecido ligeramente desde 2011. Los servicios residenciales provistos por el sector público, por último, suponían algo menos del 5 % del total, una proporción en todo caso algo mayor que en el ámbito de los servicios domiciliarios.

- En el Reino Unido, las entidades privadas, con o sin fin de lucro, juegan un papel mayoritario en la provisión de servicios de cuidados de larga duración. Inglaterra es quizás el caso más claro. Allí, desde los años noventa, la provisión de los servicios de cuidados se ha ido transformando y en la actualidad opera en gran medida como un mercado dominado por entidades privadas mercantiles. Del total de empleos en el sector de los cuidados de larga duración en 2023, más de tres cuartas partes (78 %) correspondían al sector privado, mientras que un 7 % correspondía a autoridades locales y otro 7 %, a puestos de cuidados de larga duración del Servicio Nacional de Salud (el 8 % restante correspondía a personal contratado a través de pagos directos). Se estima también que aproximadamente el 73 % de los empleos en el sector privado se llevan a cabo en entidades privadas mercantiles y el 27 % restante, en entidades del tercer sector (lo que supone un 58 % y un 21 % del total, respectivamente) (Skills for Care, 2023).
- En España, no hay datos sobre los servicios de atención domiciliaria, si bien la gran mayoría de los servicios son prestados por entidades privadas con fin de lucro. La provisión directa por parte de los ayuntamientos, con personal propio, es muy escasa, así como la presencia de cooperativas o entidades del tercer sector en este ámbito. En lo que se refiere a los centros residenciales, en torno al 25 % son de titularidad pública, y el 75 %, de titularidad privada, con o sin fin de lucro. En la medida en que la gestión puede estar encomendada a entidades de diverso tipo, al margen de la titularidad, el 55 % de los centros está gestionado por entidades privadas con finalidad de lucro; el 14 %, por entidades públicas, y el 30 %, por entidades privadas sin fin de lucro.
- Las características del sistema italiano de cuidados de larga duración — con un elevado protagonismo de la prestación de acompañamiento y el recurso al cuidado informal, junto con la baja cobertura de los servicios de atención directa — no han dejado un amplio margen para el desarrollo del sector formal en este ámbito. En todo caso, la mayor parte de los servicios de atención directa son provistos por entidades privadas sin ánimo de lucro, en virtud de una trayectoria de concertación de los servicios públicos con el tercer sector social iniciada hace más de dos décadas y que se ha consolidado en el tiempo.

Más concretamente, la mitad de las plazas en centros residenciales socioasistenciales y sociosanitarios pertenecían, en 2020, a entidades

privadas sin ánimo de lucro, algo más de un cuarto eran de titularidad privada con fin de lucro, mientras que el 23 % restante eran de titularidad pública. En términos evolutivos, la proporción de plazas en centros de titularidad pública ha descendido desde 2009, mientras que la de plazas en centros privados ha aumentado, si bien este aumento ha sido mayor entre los centros privados sin ánimo de lucro (5,5 puntos) que entre los privados con ánimo de lucro (2,7 puntos). Recientemente, se ha puesto de relieve que, a pesar del tradicional protagonismo del tercer sector social en el ámbito de la atención residencial, resulta cada vez mayor la presencia de grandes grupos multinacionales en el sector.

2.11. Integración sociosanitaria

En lo que al desarrollo de la coordinación o integración sociosanitaria se refiere, cabe atender a los mecanismos o fórmulas desarrolladas para garantizar una continuidad eficiente y eficaz de la atención que reciben las personas cuando precisan servicios de salud y servicios sociales de cuidados, así como a la existencia de un espacio sociosanitario independiente o identificable. En el marco de los países analizados, puede distinguirse entre aquellos que cuentan con sistemas más o menos sólidos de coordinación y/o integración entre el sistema de salud y el de servicios sociales, frente a los que presentan contextos fragmentados con escasa articulación entre uno y otro ámbito:

- Tanto en Finlandia como en Canadá (Quebec), puede hablarse de un nivel de coordinación e integración sociosanitaria alto, en la medida en que la atención a la dependencia y la atención sanitaria se organizan en un mismo dispositivo, que puede decirse sociosanitario. En Finlandia, que cuenta con una larga trayectoria de impulso a la coordinación sociosanitaria, las recién creadas comarcas de servicios de bienestar organizan y/o proveen tanto los servicios de salud como los servicios sociales. De manera similar, el sistema quebequés organiza la atención a través de centros integrados de atención social y sanitaria (CISSS/CIUSSS) que operan a nivel regional. Estos centros son los encargados de coordinar el conjunto de la atención provista en sus respectivas regiones, debiendo asegurar una provisión coordinada, continuada y de calidad en toda la red local de servicios, donde se incluyen los centros locales de servicios comunitarios (CLSC) y los centros residenciales (CHSLD).
- En Alemania, por otro lado, el seguro de dependencia se encuentra adscrito al sistema de salud, por lo que también cabe hablar de un nivel elevado de integración sociosanitaria, si bien esto resulta más evidente desde un punto de vista estructural que desde la perspectiva de la provisión de los servicios, donde se observa una cierta fragmentación y niveles de coordinación inferiores a los esperados.

- En Japón, a pesar de la variabilidad territorial que se da en este sentido, destaca la figura del personal gestor de cuidados (en el ámbito domiciliario y comunitario), ya que uno de sus cometidos es el de diseñar —junto con la persona usuaria y su familia— un plan de cuidados de carácter integral, que atienda tanto a las necesidades de cuidados sociales como sanitarias que la persona precisa. Existe también una propuesta para introducir, a partir de 2025, un sistema integrado de cuidados de base comunitaria que integre, a nivel local, tanto la atención sanitaria y de cuidados de larga duración, como los ámbitos de vivienda y los servicios sociales. En la administración central, los esfuerzos más recientes se han centrado en el desarrollo tecnológico para la creación de bases de datos del sistema de cuidados de larga duración equiparables a las del sistema sanitario, de cara a promover la integración de ambos sistemas.
- El Reino Unido se caracteriza por una cierta variabilidad territorial en lo que la coordinación e integración sociosanitaria se refiere. De manera generalizada, el sistema sanitario, a través del Servicio Nacional de Salud, interviene en la financiación de los centros residenciales con cuidados de enfermería (*nursing homes*), así como en la financiación de la atención a las personas con dependencia que presentan necesidades intensas de atención sanitaria (NHS Continuing Healthcare). Inglaterra ha introducido recientemente cambios legislativos de importante calado que buscan reorganizar el sistema de atención sanitaria y social desde la perspectiva de la integración de la atención. De este modo, la Health and Care Act 2022 formaliza los sistemas de cuidados integrados (que denomina *integrated care systems*, ICS) como fórmulas de colaboración entre el sistema de salud (NHS), los Gobiernos locales y otros agentes (entre los que se encuentran el tercer sector y el sector privado) para planificar la provisión de servicios de atención sanitaria y social en una determinada zona¹³.
- También cabe destacar las iniciativas desarrolladas en Escocia e Irlanda del Norte, donde los servicios de atención a la dependencia son prestados por consorcios sociosanitarios en los que se integran el Servicio Nacional de Salud y los ayuntamientos. En efecto, el norirlandés se caracteriza por ser uno de los modelos más desarrollados a nivel europeo en lo que a integración sociosanitaria se refiere.

Por otro lado, Francia, España e Italia presentan contextos notablemente fragmentados y complejos, donde no cabe hablar de espacios sociosanitarios identificables, si bien en todos ellos se están impulsando iniciativas dirigidas a atajar estas cuestiones:

¹³ La reforma ha recibido notables críticas, en todo caso, en tanto se percibe como un nuevo paso en la privatización del Servicio Nacional de Salud, al permitir la entrada del sector privado en los comités de planificación.

- Francia se caracteriza por una notable parcelación de la atención sanitaria, social y sociosanitaria, que se provee de manera fragmentada y resulta de difícil navegación para las personas usuarias, sus familias y el propio personal profesional de atención. Ante esto, en las últimas décadas se han realizado notables esfuerzos por simplificar este espacio, a través del despliegue de mecanismos o dispositivos de coordinación. Desde 2019, con el propósito de facilitar el acceso y mejorar la calidad de la atención sociosanitaria, estos dispositivos han sido integrados en un único punto de interlocución, los dispositivos de apoyo a la coordinación de los itinerarios de salud complejos (DACP). Es en el ámbito de la atención residencial, no obstante, donde puede observarse un mayor desarrollo de la coordinación sociosanitaria: por un lado, las agencias regionales de salud (ARS) intervienen en los acuerdos de concertación de las plazas residenciales y en la planificación de la oferta residencial; por otro, el sistema de salud financia la atención sanitaria en centros residenciales EHPAD, que además deben contar con la figura del personal médico coordinador, que coordina y planifica los servicios médicos que se ofrecen en los centros.
- También el sistema italiano de cuidados de larga duración adolece de una importante fragmentación, fruto de los diversos sistemas y niveles administrativos que intervienen en la provisión de los servicios (servicios sociales municipales, servicios sanitarios y prestaciones provistas por la Seguridad Social). En este contexto, se ha introducido recientemente un itinerario asistencial integrado, que se conforma como un servicio garantizado de acceso único a los servicios sociales, sanitarios y sociosanitarios. Para ello, se establecen puntos únicos de acceso (PUA), a modo de ventanilla única, compuestos por equipos multidisciplinares en los que intervienen tanto personal del ámbito sanitario como de los servicios sociales. El equipo multidisciplinar realiza una valoración y determina los servicios específicos que precisa la persona —independientemente de su naturaleza—, los cuales se recogen en un plan personalizado de cuidados.
- España, por último, se caracteriza por un muy escaso desarrollo de mecanismos de coordinación sociosanitaria, y por las notables dificultades que se dan a la hora de articular respuestas coordinadas entre el sistema de salud y el de servicios sociales, fuertemente fragmentados y con distintas culturas profesionales. Con todo, existen diferencias regionales y algunas comunidades autónomas han avanzado en mayor medida en la construcción del espacio sociosanitario. El modelo español también adolece de una muy escasa articulación de la atención sanitaria en entornos residenciales, sujeta igualmente a una gran variabilidad. En efecto, aunque la asistencia sanitaria en centros residenciales es competencia del sistema de salud, a través de los centros de atención primaria y los hospitales de referencia,

se han constatado notables deficiencias en la coordinación y comunicación entre estos ámbitos.

2.12. Sistemas de evaluación y gestión de la calidad

Como se ha señalado anteriormente, pueden distinguirse tres grandes enfoques en lo que a la evaluación y gestión de la calidad en los sistemas de cuidados de larga duración se refiere (Leone *et al.*, 2014): a) el enfoque "profesionalista", caracterizado por el importante papel que juegan las asociaciones profesionales en la definición de los estándares de calidad, así como en su control y seguimiento; b) el enfoque basado en la inspección, en el que el papel regulador recae sobre la administración pública, a través de un establecimiento detallado de requisitos funcionales, materiales y de personal en la normativa reguladora y su posterior comprobación por parte de la inspección, y c) el enfoque basado en la evaluación de resultados de la atención y en la recolección y publicación de datos o indicadores, que atribuye una calificación a cada centro o servicio, al objeto de que toda persona interesada pueda conocer la calidad de la atención prestada en ellos.

Aunque las tipologías de modelos de cuidados de larga duración tienden a asociar a cada país con uno u otro enfoque, es habitual que los sistemas de evaluación y gestión de la calidad combinen distintos abordajes o herramientas, difuminando, de algún modo, esas categorizaciones:

- Alemania combina un enfoque "profesionalista" con la publicación de los datos relativos a la calidad de los servicios, en línea con la lógica de competencia de proveedores y libre elección de las personas usuarias como consumidoras de servicios. En este marco, las entidades aseguradoras son las encargadas de establecer las medidas necesarias para garantizar la calidad de los servicios provistos, acordando estándares de calidad con las entidades proveedoras de servicios. Estos estándares –más centrados en los procesos y resultados de la atención que en las cuestiones estructurales o de personal– sirven de base a los procesos de inspección y evaluación que llevan a cabo anualmente equipos profesionales especializados, a través de visitas no anunciadas. Los informes resultantes de esta evaluación y las calificaciones de cada centro se publican regularmente y son de acceso público.
- Japón parte de un marco normativo muy laxo, básicamente orientado a la regulación de las estructuras y de algunos procesos en la atención residencial, con mecanismos de acreditación e inspección, pero donde el principal protagonismo en la gestión de la calidad de los servicios recae sobre las propias entidades proveedoras de servicios. La evaluación de los resultados resulta, por otro lado, muy limitada en el contexto japonés. Recientemente, la administración central ha introducido una serie de incentivos económicos

que tienen por objeto fomentar la mejora de los servicios y que se dirigen tanto a los propios centros residenciales, como a los municipios y las prefecturas.

- La gestión y evaluación de la calidad de los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad en Canadá, así como en Quebec, se caracteriza por una clara tendencia hacia el uso de indicadores de resultados. A nivel estatal, existen unos Estándares Nacionales de Calidad en los Cuidados de Larga Duración (National Long-Term Care Standards), que son, no obstante, de carácter voluntario. Por otro lado, Quebec es una de las pocas provincias que establece mecanismos de acreditación obligatorios, gestionados por entidades privadas especializadas. Esta acreditación debe ser obtenida por todos los establecimientos que proporcionan servicios sanitarios y sociales, ya sean públicos como privados, y se basa en la evaluación del cumplimiento de los requisitos establecidos a nivel provincial (que, en todo caso, son notablemente laxos). El sistema quebequés también cuenta con algunos mecanismos de inspección, dirigidos a centros residenciales públicos, privados y concertados, cuyos informes de evaluación se publican en la página web del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.
- Finlandia cuenta con una Agencia Nacional de Supervisión de los Servicios Sociales y de Salud, Valvira, encargada de supervisar, evaluar y acreditar la calidad de los servicios de atención a la dependencia y la discapacidad. Por un lado, el sistema concede licencias de actividad a proveedores privados en función del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa estatal. Por otro, las agencias administrativas regionales del Estado, bajo las directrices de la Agencia Nacional, llevan a cabo inspecciones sin previo aviso de los diferentes servicios. Las comarcas de servicios de bienestar, por último, son las principales encargadas de la monitorización de la calidad de los servicios provistos en su ámbito territorial, ya sean provistos por entidades públicas o privadas, y cuenten o no con contratos con la administración pública. Las comarcas emplean un sistema de "autorregulación" en el que son las propias entidades proveedoras las encargadas de identificar los riesgos que pueden afectar a la disponibilidad y calidad de los servicios prestados. Esto debe plasmarse en un plan de autorregulación, que debe ser accesible para consulta pública. El plan debe centrarse en asegurar la calidad del servicio, la seguridad y el buen trato hacia las personas usuarias, así como su derecho a la autodeterminación.
- También el Reino Unido basa la gestión de la calidad del sistema de cuidados de larga duración en la existencia de agencias públicas encargadas de regular, acreditar, inspeccionar y evaluar los servicios sociales y sanitarios, y en la publicación de los resultados. En Inglaterra, la Care Quality Commission (CQC) se encarga de autorizar la prestación de un servicio por

parte de un proveedor mediante su registro, así como de monitorizar, inspeccionar y evaluar los servicios prestados. Los datos resultantes de estas evaluaciones se hacen públicos, a fin de que las personas puedan elegir, tomándolos como base, el servicio de mayor calidad. Las autoridades locales también llevan a cabo una encuesta de satisfacción individual de las personas usuarias con el apoyo recibido, la Adult Social Care Survey.

Por otro lado, Francia, Italia y España se caracterizan por su clara orientación hacia el enfoque de la inspección: la administración pública detalla una serie de requisitos funcionales, materiales y de personal, que posteriormente evalúa a través de procesos de inspección. En todo caso, existen notables diferencias en el desarrollo de estos sistemas en los tres países señalados, así como en la capacidad con la que cuenta cada uno de ellos para implementarlos de manera efectiva:

- El modelo de gestión de la calidad en Francia se fundamenta, principalmente, en el proceso de concertación, ya que una parte esencial de las herramientas tienen que ver con la autorización administrativa para dar servicio a las personas usuarias que reciben la APA. Los principales organismos que intervienen en este proceso son: la administración central, que establece la normativa básica de atención a la dependencia y discapacidad; los consejos departamentales, responsables de la autorización y acreditación de los centros residenciales; las agencias regionales de salud, en lo que a la atención sanitaria provista en estos centros se refiere, y la Alta Autoridad de Salud (HAS), con funciones de evaluación y generación de buenas prácticas en el ámbito sanitario, social y sociosanitario. En los centros residenciales, la principal herramienta para la gestión de la calidad es la Convención Plurianual de Objetivos y Medios (CPOM), mediante la que se habilita a un centro a dar servicio a personas beneficiarias de la APA y se establecen las condiciones de prestación del servicio y los objetivos en términos de calidad. También se establecen evaluaciones internas y externas, de aplicación tanto a centros residenciales como a los servicios de atención domiciliaria, que analizan aspectos relativos a la calidad de vida y de la atención recibida. No obstante, los datos de estas evaluaciones no se encuentran disponibles para consulta pública y existe muy poca información sobre la calidad de cada uno de los centros residenciales.
- También Italia se enmarca en el enfoque de la inspección, si bien su desarrollo resulta limitado. A nivel nacional, destaca la ausencia de un marco definido sobre la calidad de los servicios formales. Aunque la administración central establece algunas normas básicas, las principales competencias para la evaluación de la calidad de los servicios recaen sobre las regiones, a partir de disposiciones y marcos normativos propios, lo que genera una gran heterogeneidad territorial.

En este contexto, las principales herramientas para la inspección, evaluación y gestión de la calidad se refieren a los procesos de autorización y acreditación de los servicios, en los que se establecen los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros, tanto públicos como privados.

- De manera similar, el modelo español se caracteriza por el escaso desarrollo de los sistemas de gestión y evaluación de la calidad. Estos, en todo caso, se orientan fundamentalmente a la regulación *ex ante* de los servicios —con una extensa regulación de los aspectos estructurales y de proceso— y a su posterior inspección. Mientras que la administración central se encarga del establecimiento de los requisitos de acreditación de los centros y servicios, las regiones regulan su apertura y funcionamiento y establecen mecanismos para su inspección. No obstante, dadas las dificultades que presentan las administraciones competentes para llevar a cabo los procesos de inspección y control, sus funciones tienden a limitarse a la comprobación de los requisitos estructurales y personales más básicos y se centran, en todo caso, en el ámbito residencial; la calidad de los servicios domiciliarios ha recibido, por su parte, una atención muy reducida. Con todo, la aprobación en 2022 del Acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación y Calidad de los centros y servicios del SAAD ha supuesto un cambio estratégico en el modelo de gestión de la calidad del sistema español, si bien este debe aún materializarse.

2.13. Principales características de cada país analizado

El cuadro 6 recoge las características fundamentales de los ocho países analizados. Para facilitar un análisis sintético, se han seleccionado una docena de dimensiones que se han considerado claves y que son:

- principal administración competente;
- grado de fragmentación;
- acceso;
- apoyo a las familias;
- papel de trabajadores/migrantes;
- capacidad de elección;
- prestación para cuidados familiares;
- prestación para servicios formales;
- modo de financiación;
- copago en función de renta;
- cobertura de los servicios;
- gasto público, y
- ocupación.

En cualquier caso, es importante tener en cuenta la dificultad para disponer de datos homogéneos en lo que se refiere a los indicadores cuantitativos y que, en el caso de los cualitativos, se trata de interpretaciones en gran medida simplificadas y con un grado elevado de subjetividad o arbitrariedad. Por otra parte, es

Cuadro 6. Principales características de los países analizados								
	Alemania	Canadá (Quebec)	España	Finlandia	Francia	Italia	Japón	Reino Unido (Inglaterra)
Principal administración competente	Seguridad Social / estados federados	Provincias	Comunidades autónomas / ayuntamientos	Comarcas	Departamentos	Seguridad Social / ayuntamientos	Ayuntamientos	Ayuntamientos
Grado de fragmentación	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio
Acceso	Universal	Universal	Universal	Universal	Universal	Mixto	Universal	Selectivo
Apoyo a las familias	Medio	Medio	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
Papel de trabajadores / migrantes	Elevado en domicilios	Bajo	Elevado en domicilios	Bajo	Bajo	Elevado en domicilios	Bajo	Elevado en centros
Capacidad de elección	Alta	Media	Baja	Media	Alta	Baja	Alta	Media
Prestación para cuidados familiares	Sí, muy extendida	No	Sí, muy extendida	Sí	Sí, poco extendida	Sí, muy extendida	No	Sí
Prestación para servicios formales	Sí, poco extendida	Sí, cheque-servicio, exoneración de tarifa y deducción	Sí, excepcional	Sí, poco extendida	Sí, generalizada	No	No	Sí
Modo de financiación	Seguro público	Impuestos generales	Impuestos generales	Impuestos generales	Impuestos generales y cotización	Impuestos generales	Seguro público e impuestos generales	Impuestos generales
Copago en función de renta	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura de los servicios	20,5	13,0	12,4	13,1	9,4	13,5	19,0	5,2
Gasto público*	1,8	1,8	0,8	3,2	2,0	1,7	2,1	1,8
Ocupación**	5,5	3,8	4,9	4,3	6,3	—	6,8	1,2

* En porcentaje del PIB

** Número de personas trabajadoras del sector de los cuidados por cada 100 personas mayores

Fuente: elaboración propia a partir de diversas fuentes

importante destacar la variedad de opciones y el hecho de que ninguno de los países analizados comparte en su totalidad las características analizadas.

3. Conclusiones

En este artículo, se ha tratado de detallar cómo responden los ocho países analizados a los elementos o dimensiones que conforman un modelo de cuidados de larga duración y que se tienen en cuenta a la hora de elaborar tipologías relacionadas con estos modelos. Seguidamente, y a modo de conclusión, se realiza un intento de caracterizar y clasificar estos países en función de tres perspectivas complementarias.

En primer lugar, a partir de la revisión realizada en el artículo "Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración", cabría concluir que, de todas las

dimensiones que se tienen en cuenta a la hora de definir un modelo de cuidados de larga duración, cinco pueden ser las verdaderamente relevantes:

- El grado de universalización (teórico o *de iure* y real o *de facto*) en el acceso a los servicios.
- La posibilidad de acceder a cuidador formales, profesionales, que complementan o sustituyen —según los casos— a los cuidados familiares.
- La posibilidad de acceder a servicios de apoyo al cuidado familiar o informal (prestaciones y permisos de conciliación, apoyo psicológico, respiro, orientación y formación).
- La posibilidad de elección de servicios y proveedores, y la flexibilidad en la composición de los paquetes de atención.
- La asunción de lógicas mercantiles y la apertura a la intervención de operadores privados, especialmente con fin de lucro, en la provisión de los servicios.

Estas dimensiones no son dicotómicas sino, al contrario, pueden graduarse en un continuo que va de mayor a menor intensidad. A partir de esa idea, el cuadro 7 resume cómo responde cada uno de los países analizados a las cinco dimensiones consideradas más relevantes (UNIV, en el caso de la universalización; DESFAM, en el caso de la existencia de servicios formales; FAMSUPPORT, en el caso del apoyo al cuidado familiar¹⁴; CHOICE, en el caso de la elección y MARKET, en el caso de la orientación al mercado). Para cada dimensión se han considerado tres categorías: bajo (+); medio (++) y alto (+++). Resulta preciso señalar, en cualquier caso, que se trata de un ejercicio aproximativo y en buena parte subjetivo, pues no responde a criterios operativizados.

Desde una perspectiva complementaria, si se tienen en cuenta únicamente tres elementos —la capacidad

de elección, la responsabilización familiar y el grado de apoyo público, medido en términos de gasto público—, aun teniendo en cuenta la dificultad para disponer de datos homogéneos, los ocho países analizados pueden agruparse según se indica en la figura 1.

Los países se sitúan en función del grado de responsabilización familiar (más arriba cuanto mayor es esa responsabilización) y en función del grado de capacidad de elección (más a la derecha cuanto mayor es esa capacidad). El tamaño del nombre de cada país refleja el gasto público con relación al PIB (entre paréntesis). España se sitúa, con Italia, en el cuadrante superior izquierdo, con un elevado grado de responsabilización familiar y escasa capacidad de elección. El nivel de gasto público es, en todo caso, muy diferente (de acuerdo con los datos utilizados,

Cuadro 7. Características de los modelos de cuidados de larga duración en ocho países de la OCDE					
	UNIV	DESFAM	FAMSUPPORT	CHOICE	MARKET
Alemania	+++	++	++	+++	+++
Canadá	++	+++	++	++	++
España	++	+	+	+	+++
Finlandia	+++	++	+++	++	+
Francia	+++	+++	++	+++	++
Italia	++	+	+	+	+++
Japón	+++	+++	+	+++	++
Reino Unido	++	++	+++	++	+++

Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

¹⁴ En esta dimensión se han considerado únicamente las medidas dirigidas específicamente a las personas cuidadoras familiares o informales, como los permisos laborales de conciliación, el apoyo psicológico, o los servicios de respiro. Es decir, se incluyen todas aquellas medidas complementarias que, al margen de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar, buscan apoyar a estas personas en su labor de cuidados.

el italiano duplica el español). En el otro extremo, Francia se sitúa en el cuadrante inferior derecho, con una responsabilización familiar menor y una mayor capacidad de elección. Su nivel de gasto público, en todo caso, es similar al de los demás países analizados y, de acuerdo con los datos de la OCDE, muy inferior al finlandés.

Finalmente, cabe pensar que subyace a cada uno de estos modelos una visión respecto al papel de los agentes que intervienen en los cuidados: las personas usuarias, el Estado y las personas cuidadoras. En concreto:

- En lo que se refiere a las personas usuarias, puede pensarse en tres visiones o concepciones alternativas:
 - La persona usuaria como ciudadana, sin más atributos y siempre con necesidades; en este caso, toda persona que presenta un grado determinado de necesidad es atendida por el hecho de ser ciudadana de un país y como derecho de ciudadanía.
 - La persona usuaria como ciudadana consumidora; en este caso, tiene también derecho a servicios, pero es considerada como consumidora que sabe y puede elegir, pero cuyos derechos (calidad, asequibilidad) deben ser protegidos.
 - La persona usuaria como ciudadana asistida o vulnerable, que requiere una protección especial en razón de su vulnerabilidad, generalmente económica. A la ciudadanía y la necesidad de servicios, se suma la vulnerabilidad económica como criterio de asignación de los servicios.

Es significativo, por otra parte, que, independientemente de que algunos países hayan optado por modelos de aseguramiento público, la consideración de la persona usuaria como contribuyente —con derecho a recibir servicios por haber realizado una contribución económica previa, como ocurre con las pensiones— está ausente de todos los modelos.

- En cuanto al Estado, cabe pensar en su consideración como:
 - proveedor de servicios de atención directa, en la línea del Estado del bienestar clásico;
 - garante del acceso a los cuidados, de su asequibilidad y de su calidad, pero no necesariamente prestador de servicios de atención directa;
 - garante de una última red de seguridad, únicamente para los y las ciudadanas que no pueden procurarse esa protección por sus propios medios. En esos casos, la provisión puede o no ser directa, pero el énfasis no se pone en garantizar el acceso, la asequibilidad y la calidad de los servicios al conjunto de la población con necesidades de atención, y menos aún en prestar directamente servicios al

conjunto de la ciudadanía (como sí ocurre, en esos países, en el ámbito de la salud).

- En lo que se refiere a las familias o personas cuidadoras, cabe pensar también en tres visiones o concepciones, relacionadas con el tipo de responsabilización que se atribuye a las familias (cuadro 8):

- una responsabilización elegida (en alguna medida al menos, opcional, y con servicios suficientes de apoyo); en este caso, cabe esperar además una cierta neutralidad desde la perspectiva del género;
- una responsabilización compartida (en este caso, fundamentalmente asumida por las mujeres), en cierto modo inevitable —y, por tanto, no opcional—, pero facilitada mediante apoyos diversos; y
- una responsabilización natural (o naturalizada): femenina, inevitable —es decir, no opcional— y escasamente apoyada por los servicios públicos.

Cuadro 8. Visiones de las personas usuarias, las personas cuidadoras y el Estado vinculados a los modelos de cuidados de larga duración	
Personas usuarias	Ciudadano/a (con necesidades)
	Ciudadano/a (con necesidades) consumidor/a
	Ciudadano/a (con necesidades) vulnerable y asistido/a
Personas cuidadoras / familias	Responsabilidad elegida: opcional y con apoyos (ambos géneros)
	Responsabilidad compartida (femenina): inevitable y con apoyo
	Responsabilidad natural (femenina): inevitable y sin apoyo
Estado	Provisión de servicios
	Garantía de acceso, financiación y calidad
	Última red de seguridad

Fuente: elaboración propia

Cabe pensar que ninguna de esas visiones se aplica, en ningún país, de forma absoluta y que existe una graduación entre las diferentes concepciones que, además, puede ir variando en el tiempo o en función del posicionamiento técnico o político de las administraciones que en cada momento intervienen en la organización de los cuidados. Por otra parte, cabe pensar que las visiones de cada uno de los agentes se correlacionan en cierto modo entre sí. Por ejemplo, el papel del Estado como última red de seguridad se relaciona directamente con la visión de la persona usuaria como asistida y vulnerable. El papel de la persona usuaria consumidora se relaciona, a su vez, con la figura del Estado garante.

En todo caso, y si bien no es posible en el marco de este trabajo operacionalizar objetivamente estas

dimensiones, cabe situar algunos de los países analizados en algunas de esas visiones:

- Alemania, por ejemplo, tiende a considerar a la persona usuaria como una "ciudadana consumidora" y, consecuentemente, al Estado no como proveedor directo, sino como garante del acceso, la asequibilidad y la calidad de los servicios. Desde la perspectiva del papel de las familias, su visión estaría basada en la responsabilidad compartida: en cierto modo inevitable, pero en gran medida apoyada.
 - El Reino Unido, y particularmente Inglaterra, destaca por su visión del ciudadano o ciudadana como vulnerable y asistida, a la que se presta atención debido a que no puede procurársela por sus propios medios. Por tanto, el papel del Estado se centra básicamente en la construcción de una última red de seguridad.
 - En España, su enfoque teórico permite pensar en la consideración de la persona usuaria como
- ciudadana, con derecho a recibir determinados servicios en caso de necesidad. En la práctica, sin embargo, subyace una visión más "asistencialista" en la que los servicios se orientan fundamentalmente a las personas más vulnerables. En lo que se refiere al papel del Estado, podría pensarse en que existe una tensión entre las tres visiones, sin que ninguna prevalezca claramente respecto a las demás. El papel de la familia sigue obedeciendo al modelo de responsabilidad natural: inevitable y sin apoyos.
- Finlandia, en tanto que país nórdico o socialdemócrata, se mantendría en la visión clásica que identifica a la persona usuaria con un ciudadano o ciudadana con necesidades de atención, y al Estado como proveedor de servicios de atención directa a toda la población con necesidades. En este caso, podría pensarse en que la responsabilización familiar es elegida: opcional (al menos en cierta medida) y suficientemente apoyada.

Bibliografía referenciada

- ANGRISANI, M.; ORTEGA REGALADO, J. C. y CRAVO, T. (2022): "Financial social protection and individual out-of-pocket costs of long-term care in the USA and Europe: an observational study", *eClinicalMedicine*, vol. 50, art. 101503, <[https://www.thelancet.com/journals/eclim/article/PIIS2589-5370\(22\)00233-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclim/article/PIIS2589-5370(22)00233-4/fulltext)>.
- BARTHA, A. y ZENTAI, V. (2020): "Long-term care and gender equality: fuzzy-set ideal types of care regimes in Europe", *Social Inclusion*, vol. 8, n.º 4, pp. 92-102, <<https://doi.org/10.17645/si.v8i4.2956>>.
- BENAHZA, A. y LUTZ, H. (2019): "Intersektionale Perspektiven auf die Pflege: Geschlechterverhältnisse und Migrationsprozesse", en RUDOLPH, C. y SCHMINDT, K. (eds.), *Interessenvertretung und Care: Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen*, Arbeit-Demokratie-Geschlecht, Münster, Westfälisches Dampfboot.
- CSBE (2024): *Aging Well at Home. Tome 4: A Much-needed Transformation. Executive Summary*, Commissaire à la Santé et au Bien-être, Québec, <<https://www.csbe.gouv.qc.ca/en/publications/publication/executive-summary-aging-well-at-home-tome-4.html>>.
- FLAKE, R.; KOCHSKÄMPER, S.; RISIUS, P. y SEYDA, S. (2018): "Fachkräfteengpass in der Altenpflege: Status quo und Perspektiven", *IW Trends - Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, Institut der deutschen Wirtschaft, vol. 45, n.º 3, pp. 21-39, <<https://www.iwkoeln.de/studien/regina-flake-susanna-kochskaeper-susanne-seyda-fachkraefteengpass-in-der-altenpflege-396291.html>>.
- FU, R.; IIZUKA, T. y NOGUCHI, H. (2023): *Long-Term Care in Japan*, serie Working Papers, National Bureau of Economic Research, <<https://back.nber.org/bibliographic/w31829.bib>>.
- LEE, S. H.; CHON, Y. y KIM, Y. Y. (2023): "Comparative analysis of long-term care in OECD countries: focusing on long-term care financing type", *Healthcare*, vol. 11, n.º 2, art. 206, <<https://doi.org/10.3390/healthcare11020206>>.
- LEONE, T.; MARESSO, A. y MOR, V. (2014): "Regulating quality of long-term care - What have we learned?", en MOR, V.; LEONE, T. y MARESSO, A. (eds.), *regulating long-term care quality: an international comparison*, Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 447-476, <<https://www.cambridge.org/core/books/abs/regulating-longterm-care-quality/regulating-quality-of-longterm-care-what-have-we-learned/DF3617170DFAD7B00AD0B9430E3886CB>>.
- LIBAULT, D. (2019): *Grand âge, le temps d'agir*, Concertation Grand Âge et Autonomie, s. l., Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf>.
- MILSTEIN, R.; MUELLER, M. y LORENZONI, L. (2021): "Germany", en OCDE y OMS (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- MONTERO, M. (2023): "Las trabajadoras domésticas y cuidadoras migrantes en los sistemas de cuidados. Aproximación a un debate necesario", *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, n.º 32, pp. 28-57, <https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/documentos/revistas/fundacion_caser_revista_actas_-_n32_-_trabajadoras_domesticas_y_cuidadoras_migrantes_sistemas_de_cuidados.pdf>.
- NIA (2019): *Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada*, Toronto, National Institute of Ageing.

NOTARNICOLA, E. y PEROBELLi, E. (2022): "La rete informale per la cura: caregiving familiare, ricorso al badanato, aspettative delle famiglie verso i servizi", en FOSTI, G.; NOTARNICOLA, E. y PEROBELLi, E. (eds.), *Il presente e il futuro del settore long term care: cantieri aperti. 4º Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milán, EGEA, <<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/4%C2%B0%20Rapporto%20OLTC%20-%20volume%20finale%20-%20oa.pdf>>.

SKILLS FOR CARE (2023): *The state of the adult social care sector and workforce in England*, <<https://www.skillsforcare.org.uk/Adult-Social-Care-Workforce-Data/Workforce-intelligence/publications/national-information/The-state-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx>>.

VDEK (2024): *Vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland*, Berlín, Verband der Ersatzkassen, <https://www.vdek.com/presse/daten/_jcr_content/par/publicationelement_1479644990/file.res/vdek_basisdaten_2024.pdf>.

ZALAKAIN, J. (2025): "Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración", *Zerbitzuan*, n.º 86, pp.7-36, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.86.01>>.

Fuentes estadísticas citadas

- EUROSTAT (2022): EU-Labour Force Survey EU (EU-LFS).
- ISTAT (2021a): Interventi e servizi sociali dei comuni.
- (2021b): Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.
- (2021c): Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici.
- OCDE (2021a): Long-term care resources and utilisation – recipients.
- (2021b): Health Expenditure and Financing.
- (2023a): *Health at a glance 2023: OECD indicators*, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>>.
- (2023b): *Beyond applause? Improving working conditions in long-term care*, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>>.

Bibliografía consultada

Además de las fuentes bibliográficas específicas citadas en este artículo, a continuación se recoge el resto de la bibliografía sobre la que se ha elaborado el estudio del que se extrae este artículo.

ARIAANS, A.; LINDEN, P. y WENDT, C. (2021): "Worlds of long-term care: a typology of OECD countries", *Health Policy*, vol. 125, n.º 5, pp. 609-617, <<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>>

BANKS, J.; FRENCH, E. y MCCUALEY, J. (2020): *Long-term care in England*, serie NBER Working Papers, n.º 31826, Cambridge (MA), National Bureau of Economic Research, <<https://www.nber.org/papers/w31826>>.

BARSANTI, S. (2021): "I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito", en *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7º Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno*, Network Non Autosufficienza, Fondazione Cenci Gallignani.

BESNARD, X.; BRUNEL, M.; COUVERT, N. y ROY, D. (2019): *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes "CARE" auprès des aidants (2015-2016)*, serie Les Dossiers de la DREES, n.º 45, París, Dirección de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>>.

BIHAN, B. L. y SOPADZHIYAN, A. (2018): "The development of an ambiguous care work sector in France", en CHRISTENSEN, K. y PILLING, D. (eds.), *The Routledge handbook of social care work around the world*, Nueva York, Routledge, pp. 102-115, <<https://doi.org/10.4324/9781315612805-8>>.

BRUGIAVINI, A.; CARRINO, L. y PASINI, G. (2023): *Long-term care in Italy*, serie NBER Working Papers, n.º 31861, Cambridge (MA), National Bureau of Economic Research, <<https://www.nber.org/papers/w31861>>.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2023): *Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten* [Seguro de dependencia. Datos y cifras], <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>>.

CÁMARA DE LOS LORES (2022): A "gloriously ordinary life": *spotlight on adult social care*, s. l., House of Lords Adult Social Care Committee, <<https://committees.parliament.uk/publications/31917/documents/193737/default/>>.

CARERS UK (2023): *State of caring 2023. The impact of caring on health*, <https://www.carersuk.org/media/xgwlij0gn/soc23-health-report_web.pdf>

CLAVET, N. J.; HÉBERT, R.; MICHAUD, P. C. y NAVAUX, J. (2022): "The future of long-term care in Quebec: what are the cost savings from a realistic shift toward more home care?", *Canadian Public Policy*, vol. 48, supl. 2, pp. 35-50, <<https://doi.org/10.3138/cpp.2022-031>>.

COMISIÓN EUROPEA (2021a): *The 2021 ageing report: economic & budgetary projections for the EU Member States (2019-2070)*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2765/84455>>.

— (2021b): *Long-term care report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2767/183997>>.

CSBE (2023): *Bien vieillir chez soi - tome 1: comprendre l'écosystème*, Quebec, Commissaire à la Santé

- et au Bien-être, <<https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/bien-vieillir-chez-soi-tome-1-comprendre-lecosysteme.html>>.
- CURRY, N.; CASTLE-CLARKE, S. y HEMMINGS, N. (2018): *What can England learn from the long-term care system in Japan?*, serie Research Reports, Londres, Nuffield Trust, <<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/what-can-england-learn-from-the-long-term-care-system-in-japan>>.
- DESTATIS (2022): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse 2021* [Estadísticas sobre cuidados de larga duración - Cuidados de larga duración en el marco del seguro de dependencia - Resultados de Alemania - 2021], <<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.html>>.
- DÍAZ GORFINKIEL, M. y MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2018): "Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España", *Panorama Social*, vol. 27, n.º 1, pp.105-128, <<https://www.funcas.es/articulos/mujeres-migrantes-y-trabajos-de-cuidados-transformaciones-del-sector-domestico-en-espana/>>.
- DREES (2022): *L'aide et l'action sociales en France - édition 2022. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion*, serie Panorama de la Drees Social, Direction de la Recherche, des Études, de l'Evaluation et des Statistiques, <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/l'aide-et-laction-sociales-en-france-edition-2022>>.
- DUBUC, A. (2021): *Soins à domicile: le statu quo ne sera plus possible*, Montreal, Institut du Québec, <<https://institutduquebec.ca/publications/soins-a-domicile-le-statu-quo-ne-sera-plus-possible>>.
- DYER, S. et al. (2020): *Review of international systems for long-term care of older people: Report prepared for the Royal Commission into Aged Care Quality and Safety*, serie Research Papers, n.º 2, Adelaida, Flinders University, <https://researchnow-admin.flinders.edu.au/ws/portalfiles/portal/29779404/Dyer_Review2_P2019.pdf>.
- ESTABROOKS, C. A.; SQUIRES, J. E.; CARLETON, H. L.; CUMMING, G. G. y NORTON, P. G. (2015): "Who is looking after mom and dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes", *Canadian Journal on Aging*, vol. 34, n.º 1, pp. 47-59, <<https://doi.org/10.1017/S0714980814000506>>.
- EUROFOUND (2019): *Quality of health and care services in the EU*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/quality-health-and-care-services-eu>>.
- (2020): *Long-term care workforce: employment and working conditions*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>>.
- FLORES, M. (2021): "Spain", en OCDE y OMS (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- FORMA, L. y LEINONEN, E. (2024): *Long term care system profile: Finland*, Global Observatory of Long Term Care, <<https://goltc.org/system-profile-finland>>.
- FOSTER, D. (2025): *Funding for adult social care in England*, s. l., House of Commons Library, <<https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9693>>.
- GERAEDTS, M.; HELLER, G. V. y HARRINGTON, C. A. (2002): "Germany's long-term-care insurance: putting a social insurance model into practice", *The Milbank Quarterly*, vol. 78, n.º 3, pp. 375-401, <<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00178>>.
- GEYER, J.; BÖRSCH-SUPAN, A.; HAAN, P. y PERDRIX, E. (2023): *Long-term care in Germany*, serie NBER Working Papers, n.º 31870, Cambridge (MA), National Bureau of Economic Research, <<https://doi.org/10.3386/w31870>>.
- GIRARD-MARCIL, C. y REISS, M. (2023): *Qui sont les personnes proches aidantes au Québec et quel type de soutien apportent-elles? Une analyse différenciée selon le sexe et l'âge*, Observatoire Québécois de la Proche Aidance, Direction des Affaires Académiques et de l'Éthique de la Recherche, Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, <<https://observatoireprocheaidance.ca/2023/06/07/nouvelle-publication-les-personnes-proches-aidantes-et-le-soutien-apporte-une-analyse-statistique-differentiee-selon-lage-et-le-sexe>>.
- GLENDINNING, C. (2018): *ESPN thematic report on challenges in long-term care: United Kingdom*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19873&langId=en>>.
- HERAS, M. M. (2017): "Claves de la protección social de la dependencia en Italia: discapacidad y edad avanzada de la persona no autosuficiente", *Revista Derecho Social y Empresa*, n.º 8, pp. 121-141, <<https://doi.org/10.18172/redsyte.6171>>.
- IGARASHI, A.; ELTAYBANI, S.; TAKAOKA, M.; NOGUCHI-WATANABE, M. y YAMAMOTO-MITANI, N. (2020): "Quality assurance in long-term care and development of quality indicators in Japan", *Gerontology and Geriatric Medicine*, vol. 6, <<https://doi.org/10.1177/2333721420975320>>.
- IKEGAMI, N. (2021): "Japan", en OCDE y OMS (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- ILMARINEN, K.; VAN AERSCHOT, L. y KRÖGER, T. (2022): "Not free at all: home care user fees in a Nordic care system", *Social Policy and Society*, vol. 23, n.º 3, pp. 513-528, <<https://doi.org/10.1017/S1474746422000240>>.
- IMRSERSO (2024): *Informe de empleo en sector servicios sociales. 2º trimestre 2024*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030,

- <https://imerso.es/documents/20123/120137/inf_empleo_ss_2trim_2024.pdf/919b3358-d9d0-e7a4-f964-a8536154a0ff>.
- ISTAT (2021): *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, <<https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>>.
- (2023): *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie. 1º gennaio 2022*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, <<https://www.istat.it/it/files/2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf>>.
- JESSOULA, M.; PAVOLINI, E.; RAITANO, M. y NATILI, M. (2018): *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Italy*, European Social Policy Network, European Commission, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19853&langId=en>>.
- KALLIOMAA-PUHA, L. y KANGAS, O. (2018): *ESPN thematic report on challenges in long term care: Finland*, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19846&langId=en>>.
- (2021): *Finland: follow-up on the increase in the nurse-client ratio in the long-term care system*, serie ESPN Flash Reports, n.º2021/62, Bruselas, Comisión Europea, <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=25101&langId=en>>.
- KONISHI, T.; INOKUCHI, H. y YASUNAGA, H. (2024): "Services in public long-term care insurance in Japan", *Annals of Clinical Epidemiology*, vol. 6, n.º1, pp.1-4.
- LEONE, T.; MARESSO, A. y MOR, V. (2014): "Regulating quality of long-term care – what have we learned?", en MOR, V.; LEONE, T. y MARESSO, A. (eds.), *Regulating long-term care quality*, Cambridge, Cambridge University Press, pp.447-476, <<https://doi.org/10.1017/CBO9781107323711.023>>.
- LEPPÄÄHO, S.; KEHUSMAA, S.; KARTTUNEN, T. y HAVAKKA, P. (2023): *Alueellisia tuloksia vanhuspalvelujen asiakastyytyväisyydestä: kotihoidon ateriapalvelussa on eniten parannettavaa* [Regional results on customer satisfaction in older people's services: home care meal service needs most improvement], serie Tiiviisti, n.º 41/2023, Helsinki, Tervyden ja Hyvinvoinnin Laitos, <<https://www.julkari.fi/handle/10024/146890>>.
- LETURIA, M.; ZALAKAIN, J.; MENDIETA, A. y CARCADILLA, A. (2019): *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional*, Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, <<https://www.siis.net/documentos/ficha/546517.pdf>>.
- LIBAULT, D. (2019): *Grand âge, le temps d'agir. Concertation Grand Âge et Autonomie*, s. l., Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf>.
- LINDQVIST, R. y LAMICHHANE, K. (2019): "Disability policies in Japan and Sweden: a comparative perspective", *Alter*, vol. 13, n.º1, pp.1-14, <<https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.08.001>>.
- LITH, P. (2021): *Palveluasumisen markkinat Suomessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä ja palveluntuottajista* [The market for serviced housing in Finland. Statistical survey of service demand and service providers in the sector], Helsinki, s. e., <<https://www.hel.fi/static/kanslia/Julkaisut/2021/palveluasuminen-tilasto-2021.pdf>>.
- MACDONALD, B. J.; WOLFSON, M. y HIRDÉS, J. (2019): *The Future Cost of Long-Term Care in Canada*, Toronto, National Institute of Ageing, <<https://www.niaging.ca/long-term-care-paper-3>>.
- MASUI, H.; OTAGA, M.; MORIYAMA, Y. y MATSUSHIGE, T. (2019): *Current issues in long-term care policy and research*, National Institute of Public Health, <https://doi.org/10.20683/jniph.68.1_34>.
- MATHEW PUTHENPARAMBIL, J. (2023): "Being able to provide sufficiently good care for older people: care workers and their working conditions in Finland", *International Journal of Care and Caring*, vol. 7, n.º 4, pp. 691-707, <<https://doi.org/10.1332/239788221X16752697246472>>.
- MATVEINEN, P. (2023): *Tervydenhuollon menot ja rahoitus 2020. Koronaepidemian aiheuttama terveydenhuollon menojen kasvu näkyi etenkin erikoissaaraanhoidon ja perusterveydenhuollon avohtiodossa* [Gasto y financiación de la atención sanitaria en 2020...], serie *Tilastoraportti*, n.º 18/2023, Helsinki, Tervyden ja Hyvinvoinnin Laitos, Helsinki.
- MDS (2020): *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A Abs. 6 SGB XI*, Essen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., <https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/6._PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf>.
- MEF (2023): *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, serie Rapporti, n.º 24, Roma, Ministero dell'Economia e delle Finanze, <https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2023/Rapporto-2023.pdf>.
- MIELIKÄINEN, L.; HAUHIO, N. y VIRTANEN, S. (2022): *Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2022* [Statistical yearbook on social welfare and health care 2022], Vantaa, Tervyden ja Hyvinvoinnin Laitos, <<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-002-6>>.
- MILLIGAN, K. y SCHIRLE, T. (2023): *The economics of long-term care in Canada*, serie NBER Working Papers, n.º 31815, National Bureau of Economic Research, <<https://doi.org/10.3386/w31815>>.
- MONTERO, M. (2018): "Alternativas de viviendas para personas mayores en Alemania", en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (ed.), *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI*, Madrid, Fundación Pilares para la Autonomía Personal, <<https://www.fundacionpilares.org/publicacion/viviendas-para-personas-mayores-en-europa-nuevas-tendencias-para-el-siglo-xxi/>>.
- NAYLOR, A. y MAGNUSSON, J. (2019): *Data that cares*, Londres, Future Care Capital, <https://1stdirectory.co.uk/_assets/files/comp/27221247-7432-4ace-a92d-f881850d6ac3.pdf>.
- NIA (2023): *Enabling a more promising future for long-term care in Canada*, Toronto, National Institute of

- Ageing, <<https://www.niageing.ca/long-term-care-paper-3>>.
- NORO, A. (ed.) (2019): *Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018: päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi*, Helsinki, Sosiaali-ja Terveysministeriö, <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2>>.
- NOTARNICOLA, E. (2023): "Crisi del personale, tra carenza numerica e specificità del settore", en FOSTI, G.; NOTARNICOLA, E. y PEROBELLINI, E. (eds.), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore long term care: 5º rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milán, EGEA, <<https://www.egeaeditore.it/it/prodotti/organizzazione-e-risorse-umane/il-personale-come-fattore-critico-di-qualita--per-il-settore-long-term-care.aspx>>.
- NOTARNICOLA, E. y PEROBELLINI, E. (2024): "Il settore long term care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, 'badantato', posizionamento strategico dei gestori", en FOSTI, G.; NOTARNICOLA, E. y PEROBELLINI, E. (eds.), *La sostenibilità del settore long term care nel medio-lungo periodo*, Milán, EGEA, <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/6_Rapporto_LA_SOSTENIBILITA%CC%80_DEL_SETTORE_LONG_TERM_CARE_NEL_MEDIO-LUNGO_PERIODO.pdf>.
- OCDE (2020): *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*, serie OECD Health Policy Studies, París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>>.
- OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA (2020): *Country case study on the integrated delivery of long-term care: Germany*, Copenhague, Organización Mundial de la Salud, <<https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2022-5269-45033-64150>>.
- ONS (2023): *Care homes and estimating the self-funding population, England: 2022 to 2023*, s. l., Office for National Statistics, <<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/socialcare/articles/carehomesandestimatingtheselffundingpopulationengland/2022to2023>>.
- OR, Z. y PENNEAU, A. (2021): "France", en OECD/WHO (eds.), *Pricing long-term care for older persons*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud; París, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>>.
- PAVOLINI, E. (2021): *Long-term care social protection models in the EU*, Bruselas, Comisión Europea, <<https://doi.org/10.2767/5178>>.
- PAVOLINI, E.; RANCI, C. y LAMURA, G. (2017): "Long-term care in Italy", en GREVE, B. (ed.), *Long-term care for the elderly in Europe: development and prospects*, Londres, Routledge.
- PESARESI, F. (2023a): "Gli alloggi per gli anziani: la grande confusione normativa - parte I", *Welforum.it*, 27-11-2023, <<https://www.welforum.it/gli-alloggi-per-gli-anziani-la-grande-confusione-normativa-parte-i/>>.
- (2023b): "La spesa pubblica per long-term care in Italia", *Welforum.it*, 04-09-2023, <<https://www.welforum.it/la-spesa-pubblica-per-long-term-care-in-italia/>>.
- PING, R. y OSHIO, T. (2023): *Long-term care system profile: Japan*, s. l., Global Observatory of Long-Term Care, <<https://goltc.org/system-profile/japan/>>.
- REBAUDO, M.; CALAHORRANO, L. y HAUSMANN, K. (2022): *Daten zur Informellen Pflege - Pflegebedürftige und Pflegende*, Sankt Augustin, Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik, <<https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/798f565d-adcb-460c-abc4-53952668be4/content>>.
- RING, M.; RISTOLAINEN, H. y TIILIKAINEN, E. (2024): "From restricted resources to ethical burden – former home care workers' reasons for leaving their jobs", *Journal of Applied Gerontology*, vol. 43, n.º 8, pp.1111-1119, <<https://doi.org/10.1177/07334648241231404>>.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN GALLEGOS, V. (coords.) (2022): *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf>.
- ROSTGAARD, T.; JACOBSEN, F.; KRÖGER, T. y PETERSON, E. (2022): "Revisiting the Nordic long-term care model for older people – still equal?", *European Journal of Ageing*, vol. 19, n.º 2, pp.201-210, <<https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>>.
- SAFUTA, A.; NOACK, K.; GOTTSCHALL, K. y ROTHGANG, H. (2022): "Migrants to the rescue? Care workforce migrantisation on the example of elder care in Germany", en KUHLMANN, J. y NULLMEIER, F. (eds.), *Causal mechanisms in the global development of social policies*, serie Global Dynamics of Social Policy, Cham, Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-91088-4_10>.
- SIIS SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (2020): *Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia*, Valladolid, Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, <<https://www.siis.net/es/investigacion/ver-estudio/599/>>.
- SINGER, K. y FLEISCHER, N. (2024): *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt*, Núremberg, Statistik der Bundesagentur für Arbeit, <<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>>.
- TAKEDA, S. (2023): "Factors related to turnover and intention to leave the care working profession in Japan: a review", *Yonago Acta Medica*, vol. 66, n.º 2, pp.196-201, <<https://doi.org/10.33160/yam.2023.05.001>>.
- TARRANT, A. (2022): "Devolution and the difficulty of divergence: The development of adult social care policy in Wales", *Critical Social Policy*, vol. 43, n.º 4, pp. 676-696, <<https://doi.org/10.1177/02610183221145404>>.
- TIDOLI, R. (2021): *I servizi domiciliari in Italia. Allegato tecnico n. 1 al Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata. La proposta del 'Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza' per la Legge*

- di Bilancio 2022, s. l., s. e., <<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/focus-on/Documents/Piano-Nazionale-Non-Autosufficienza/Allegato-Tecnico-1-servizi-domiciliari.pdf>>.
- TIIRINKI, H.; SULANDER, J.; SINERVO, T.; HALME, S. y KESKIMÄKI, I. (2022): "Integrating health and social services in Finland: regional approaches and governance models", *International Journal of Integrated Care*, vol. 22, n.º 3, 18, <<https://doi.org/10.5334/ijic.5982>>.
- VERBAKEL, E. (2018): "How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 46, n.º 4, pp. 436-447, <<https://doi.org/10.1177/1403494817726>>.
- WADHERA, R. (2021): *Equal rights for migrant care workers. The case for immigration policy transformation*, s. l., Canadian Centre for Policy Alternatives, <<https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2021/10/Equal%20rights%20for%20migrant%20care%20workers.pdf>>.
- YAMADA, M. y ARAI, H. (2020): "Long-term care system in Japan", *Annals of Geriatric Medicine and Research*, vol. 24, n.º 3, pp. 174-180, <<https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>>.
- ZALAKAIN, J. (2022): "La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa", *Zerbitzuan*, n.º 77, pp. 5-21, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.77.01>>.
- ZALAKAIN, J.; ARIN, A.; BERASATEGUI, M.; MARTÍNEZ VIRTO, L.; MELITO, L. y TOÑA, A. (2021): *Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria*, San Sebastián, Eusko Ikaskuntza-Sociedad de Estudios Vascos, <<https://www.eusko-ikaskuntza.eus/files/galeria/files/Envejecimiento%20y%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20dependencia%20EISEV.pdf>>.
- ZALAKAIN, J.; DAVEY, V. y SUÁREZ-GONZÁLEZ, A. (2020): *The COVID-19 on users of long-term care services in Spain*, LTCcovid International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 28-05-2020, <<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>>.
- ZIAEE, D. (2021): "Trudeau abandons promised LTC standards in favour of weaker accreditation scheme, bowing to for-profit care agenda", *The Council of Canadians*, 21-04-2021, <<https://canadians.org/analysis/trudeau-abandons-promised-ltc-standards-favour-weaker-accreditation-scheme-bowing-profit/>>.

La reconceptualización del modelo de cuidados y la apuesta por la desinstitucionalización

Begoña Consuegra Cano

Departamento de Servicios Sociales y Fundamentos Histórico-Jurídicos,
Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
bconsuegra@der.uned.es

Zaintza-ereduaren gaur egungo birkontzeptualizazioa eta desinstitucionalizazioaren aldeko apustua Ezgaitasuna duten Pertsonen Eskubideei buruzko Konbentzioaren 19. artikuluaren oinarritzen da, zeinak modu independentean bizitzeko eta komunitatean sartzeko eskubidea aldarrakatzen duen. Artikulu horrek eta ondorengo 5. Ohar Orokorrak eztabaida handia sortu dute mendetasuna (zaintzak jaso behar dituztenena) eta boterea (zaintzak ematen dituenarena) binomioaren inguruan, eta egoera horren alternatiba gisa proposatu dute komunitatera itzultzea eta laguntha pertsonala ematea. Jarrera feministatik, desinstitucionalizazioaren aldeko apustuak hainbat gai planteatzen ditu, hala nola zainketen informaltsasuna, birlfamiliarizzearen arriskua edo bertaratuek aurre egin beharreko dilema etikoak, kontratatzaleek malgutasuna eskatzen baitite etxeako eremuan eta ikusezintasuna giro profesionalan.

Gako-hitzak:

Desinstitucionalizazioa, zainketen birlfamiliarizazioa, 5. Ohar Orokorra, zainketa-ereduak, laguntha pertsonala.

La actual reconceptualización del modelo de cuidados y la apuesta por la desinstitucionalización se fundamenta en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que proclama el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Este artículo, y la posterior Observación General n.º 5, han generado un fuerte debate en torno al binomio dependencia (de quienes se ven obligados a recibir los cuidados) y poder (de quien los otorga), proponiendo como alternativa a esta situación la vuelta a la comunidad y la asistencia personal. Desde posiciones feministas, la apuesta por la desinstitucionalización plantea cuestiones como las que giran en torno a la informalidad de los cuidados, el peligro de su refamiliarización o los dilemas éticos a los que se enfrentan los asistentes, a quienes los contratantes demandan flexibilidad en el ámbito doméstico e invisibilidad en ambientes profesionales.

Palabras clave:

Desinstitucionalización, refamiliarización de los cuidados, Observación General n.º 5, modelos de cuidados, asistencia personal.

1. Introducción

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad —en adelante, la Convención— (Naciones Unidas, 2006), dedica el artículo 19 al “Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”, en cuyo apartado B se señala a la asistencia personal como herramienta para asegurar su participación en la comunidad. El artículo 19 ha sido objeto de la Observación General n.º 5 (2017) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC), en la que queda definido el concepto de vivir de forma independiente y el de asistencia personal. En sus contenidos, se hace eco del discurso crítico sobre los cuidados que ha tenido lugar en el mundo anglosajón, según el cual, las personas con discapacidad necesitan apoyo, no cuidados, porque, desde su perspectiva, el concepto de cuidados aboca a una situación de dependencia, opresión y pérdida de autonomía para quienes están obligados a recibirlas (Kelly, 2016). En los más recientes estudios académicos sobre discapacidad, el concepto de cuidado se ha revestido de connotaciones negativas, lo cual ha causado que, en muchos textos, inicialmente en lengua inglesa y posteriormente en otros idiomas, casi desaparezca esta palabra, siendo sustituida por “asistencia” y “apoyo”.

Es significativo, a este respecto, que el texto de la Observación n.º 5 emplee la palabra “cuidados” cuando se refiere a dos tipos sobre los que se posiciona rechazándolos: los cuidados formales proporcionados por las instituciones y los cuidados informales suministrados por la familia. En el resto de los casos, habla de servicios de apoyo individualizados, entre los que incluye los prestados en el hogar, los utilizados en el lugar de trabajo y en campos como la educación, la participación política y cultural, la función parental o las actividades recreativas (CDPD, 2017, 5: § 29). No obstante, se trata sobre todo de un posicionamiento mayoritariamente en contra de los cuidados institucionales, los proporcionados en centros destinados al alojamiento temporal o permanente, y así lo refleja la Observación, que insiste de manera reiterada sobre la necesidad de estrategias y planes para el total abandono de estos centros, argumentando que, en ellos, se da una relación asimétrica de poder entre los profesionales que prestan los servicios y las personas que los reciben, además de prevalecer los intereses de la organización sobre las necesidades de las personas.

En paralelo al debate sobre el rechazo al modelo de cuidados tradicional y a la propuesta de desinstitucionalización, plasmada a nivel nacional en la *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad* (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024a), está teniendo lugar otro, esta vez en el campo académico del feminismo, que se detiene en el análisis de cuestiones generalmente obviadas en los desarrollos de los teóricos de la discapacidad, como la que subraya los peligros de las demandas de flexibilidad

e informalidad por parte de los usuarios receptores de las ayudas estatales, planteándose si la liberación de las personas con discapacidad se hace a costa de los derechos de quienes cuidan/asisten, mayoritariamente mujeres, obligadas a aceptar, en las situaciones de informalidad o precariedad laboral, las condiciones de flexibilidad exigidas por sus empleadores.

En la figura del asistente personal, confluyen la mayor parte de estas cuestiones; la reciente regulación de la asistencia personal, en cuanto a requisitos y personas que pueden ejercerla (Resolución de 24 de mayo de 2023), cuando es sufragada con fondos públicos, y la prevista inclusión en el catálogo de servicios de los servicios sociales de promoción de la autonomía y atención a la dependencia (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2025) supondrán pasos para eliminar la indefinición de la que adolecía.

Antes de seguir adelante, hay que señalar que, mientras que la Convención es una norma vinculante para todos los Estados firmantes que, en el caso español, y en virtud del artículo 96.1 de la Constitución, forma parte del ordenamiento interno desde el 21 de abril de 2008, fecha de su publicación en el *BOE* (Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008), las Observaciones y directrices emanadas del Comité no lo son. Es importante subrayar esto último porque no son, como han querido ser caracterizadas, la única interpretación posible; el Tribunal Superior mantiene, en general, una postura contraria al valor vinculante de las Observaciones Generales emitidas por los comités de derechos humanos, y en este sentido se ha pronunciado la Circular 1/2020, que concluye negando que los dictámenes tengan fuerza jurídica vinculante, aunque sí les reconoce su carácter de “argumentos de autoridad que deben orientar la interpretación y aplicación de los tratados por parte de los Estados parte” (Abogacía General del Estado, 2020: 292).

2. El actual debate sobre los cuidados

2.1. Los antecedentes

El posicionamiento contra la institucionalización tiene ya un amplio recorrido, siendo Estados Unidos el lugar donde está mejor documentado. La antiinstitucionalización era uno de los puntos de la agenda de los activistas de lo que se conoce como movimiento social de vida independiente. En los inicios de este movimiento, fueron determinantes tanto el aumento de personas con discapacidad física —soldados veteranos de guerra (Shakespeare, 2008: 69) y civiles afectados por los distintos episodios de la epidemia de polio que sufrió Estados Unidos (DeJong, 1983: 6)— como la concienciación que supuso para el colectivo las demandas del African American Civil Rights Movement y sus logros: la prohibición de la educación segregada, en 1954, y la promulgación, en 1964, de la Civil Rights Act, sirvieron como modelo al

movimiento social de la discapacidad norteamericano para reclamar la ciudadanía de pleno derecho. Dichas demandas se positivaron en distintas leyes, siendo la más significativa la Rehabilitation Act, promulgada en 1973. Llamada también ley de los derechos civiles de las personas con discapacidad (DeJong, 1983: 4), contemplaba la eliminación de las barreras físicas en el transporte y las arquitectónicas (*section 502*), la obligación de que el plan de rehabilitación laboral se plasmara en un documento escrito, consensuado y firmado por la persona con discapacidad, o la prohibición a los programas que recibían fondos federales de discriminar en el trabajo a personas con discapacidad (*section 504*).

Este cambio en la legislación estuvo influenciado por el conocido como movimiento de la desinstitucionalización, que rechazaba la obligatoriedad de permanecer en instituciones especializadas, segregadas del resto de la sociedad, a las que acusaba de fomentar la dependencia y el aislamiento. Obras como las de Goffman (2004: 81) sirvieron de fundamento a estas reivindicaciones, cuando afirmaba que las instituciones totales (ejército, manicomios, internados) generan en el individuo distintas consecuencias, entre ellas la denominada desculturación, es decir, pérdida o incapacidad para adquirir los hábitos que habitualmente se requieren en sociedad, y la estigmatización, una reflexión que hace suya la Observación General n.º 5 (CDPD, 2017: § I, 5).

Los postulados de este y otros movimientos, como los de autoayuda, están entre los fundamentos teóricos del concepto de vida independiente, que logró su reconocimiento en la Rehabilitation Act Amendments de 1978, en cuyo título VII, *Comprehensive Services for Independent Living*, se menciona por vez primera en una ley.

El hito más conocido en el camino recorrido hasta la promulgación de esta norma fue la fundación, en 1972, del primer centro para la vida independiente (*center for independent living*) en Berkeley, California; menos conocido—aunque fue fundamental para la filosofía de este movimiento—es el grupo de autoayuda que se formó en el pabellón Toomey del Cleveland's City Hospital, dedicado a la rehabilitación de los enfermos de poliomielitis (Shapiro, 1994: 64). En este pabellón trabajaba como voluntaria Virginia Grace Wilson Laurie (1913-1989), a quien se debe la idea de editar la *Toomeyville Gazette* (el primer número apareció en 1955) para servir de apoyo a las personas dadas de alta, que pronto se convirtió en una revista realizada por y para las personas con discapacidad (física), pasando a llamarse, a partir de 1970, *Rehabilitation Gazette: International Journal of Independent Living by and for Persons with a Disability* (Headley, 1998).

Bajo la dirección de Laurie, que firmaba sus trabajos como Gini Laurie, la *Toomeyville Gazette* publicó artículos sobre cuestiones legales, historias de vida escritas por los propios usuarios y artículos en los que se reflejaba la filosofía de vida independiente. La revista, en un artículo firmado por los editores, en

1963, se decantó contra de la institucionalización; la propia Laurie dejó claro su pensamiento en numerosos artículos, donde se posicionó a favor de la libertad de elección y contra la institucionalización (Laurie, 1977: 23) utilizando tres argumentos que harán suyos otros activistas: el derecho de elección; lo antinatural de la segregación, de la obligación de tener que vivir en instituciones con un grupo de personas con las que no se tenía nada en común, y, en tercer lugar, lo costoso que resultaba la construcción de edificios especializados para personas con discapacidad.

Laurie es igualmente autora, junto con Donna MacGinn y Joseph Scott Laurie, del libro *Housing and home services for the disabled: guidelines and experiences in independent living*, un compendio de ideas para promover la vida independiente en el que se vuelven a formular sus ideas de base. Shapiro (1994: 41) liga el triunfo del primer *center for independent living* a la figura de Edward Verne Robert (1939-1995), un activista afectado de polio, al que atribuye el éxito del movimiento de vida independiente. Sin embargo, no hay que olvidar que fueron los integrantes del grupo nacido en el pabellón Toomey del Cleveland's City Hospital, con Laurie a la cabeza, a quienes se debe el desarrollo de sus principios teóricos y su puesta en práctica.

En todo caso, el funcionamiento de este primer centro demostró que la vida independiente era posible y reproducible en todo el mundo. Como el resto de los centros, gestionados y promovidos por personas con discapacidad, nació con el objetivo de que sus usuarios llevaran una vida autónoma, ofreciendo servicios que cubrían las necesidades básicas para desarrollar una vida independiente. Entre estas necesidades, DeJong (1979: 442-445) identificó las de información, apoyo entre iguales, alojamiento, equipamiento técnico, transportes accesibles y asistencia personal.

2.2. El rechazo a ser cuidado

Como se ha indicado más arriba, el actual debate académico sobre discapacidad y cuidados se posiciona mayoritariamente en contra de los cuidados proporcionados por profesionales en centros destinados al alojamiento temporal o permanente; también se manifiesta contra los cuidados familiares cuando tienen por objeto a personas adultas, porque los considera posibles generadores de conductas institucionalizantes en los casos en que, por falta de otras alternativas, impiden la toma de decisiones, o cuando los familiares ejercen el control y restringen las opciones personales (CDPD, 2017, 5: § 25 y 26), reivindicando una serie de medidas que posibiliten la vida independiente en comunidad. Con respecto a los menores, la Observación General n.º 5 se inclina por los cuidados en familia exclusivamente.

En plena crisis de los cuidados, originada fundamentalmente por la carestía de recursos humanos y económicos y por el aumento de personas dependientes, la Observación rechaza el concepto tradicional de cuidados, porque entiende que ser cuidado conlleva dependencia para quien recibe los cuidados y otorga poder a quien los proporciona. Se proclama en ella el derecho de las personas con discapacidad a recibir asistencia (no cuidados); a que esta sea sufragada por el Estado, en forma de pagos directos, y a que no existan límites en lo referido a la voluntad y las preferencias de los usuarios en cuanto al tiempo y forma de emplear el recurso. Igualmente, la Observación se posiciona en contra de las instituciones que ofrecen cuidados, exigiendo que el Estado clausure estos establecimientos y que ponga en marcha todas las medidas necesarias para que las personas con discapacidad institucionalizadas se integren en la comunidad.

Distintas voces han señalado que, desde estos posicionamiento críticos, no se tienen en cuenta aspectos tan significativos como que el abuso de poder lo puede sufrir tanto la persona que recibe los cuidados, apoyos o asistencia como quienes tienen por trabajo ofrecerlos, obviando que las denostadas relaciones de cuidado (en especial, las proporcionadas por los cuidados informales) pueden crear y evidenciar vulnerabilidades mutuas y que estas no desaparecen automáticamente cuando las relaciones son de apoyo y asistencia (entendidas como aquellas que se atienen a una regulación jurídica o en las que media una relación contractual), pues el abuso puede darse por ambas partes.

Igualmente, obvian que dirigir, controlar y decidir sobre su propia asistencia personal no siempre es posible para todas las personas con discapacidad; así, para aquellas que forman parte del colectivo de personas con discapacidad con grandes necesidades de apoyos, la responsabilidad de dirigir su asistencia, es decir, asumir el control de la contratación, formación y gestión de las personas que prestan el apoyo, como predica la Observación, es una opción que no funciona siempre y que puede ser una imposibilidad o una carga (Herring, 2014). Este tipo de apoyos/asistencia son posibles gracias a que su financiación se hace a través pagos directos provenientes de fondos públicos, debiendo asumir la persona que los recibe la responsabilidad de su gestión, que es exigida por muchos programas de pago directo y motivo para su denegación en los casos en que no es posible que sea asumida por el propio usuario.

Es común la afirmación de que la clave de la asistencia personal reside en que la persona con discapacidad tenga el control de la contratación y formación de quienes dan el servicio o prestan el apoyo, de forma que es ella la que decide cómo, cuándo y quién le presta este, teniendo en cuenta sus necesidades, pero también sus preferencias. La Observación igualmente indica que los "asistentes personales deben ser contratados, capacitados y supervisados por las personas que reciban la

asistencia" (CDPD, 2017, 5: § 16d, iii). A esto cabe contraargumentar que no parece posible que una persona, con discapacidad —o sin ella— pueda formar a quienes le prestan asistencia o apoyo en cualquier tarea: no es lo mismo, ni requiere la misma formación, la persona que asiste en casa, realizando tareas de la vida diaria, que aquella que desempeña labores de apoyo en el trabajo, en la toma de decisiones o en la asistencia sociosanitaria.

Y otro tanto podría decirse de las ventajas, e inconvenientes, de las tantas veces solicitada informalidad y flexibilidad de los asistentes personales, demandada tanto por los particulares como justificada por los centros oficiales de vida independiente en algunos países. O la requerida invisibilidad de quien ofrece la asistencia, como ocurre en el caso de la formación que reciben estos asistentes en el plan de asistencia personal controlado por el usuario para personas con discapacidad en Noruega (*brukerstyrt personlig assistanse*, BPA), en la que se fomenta esa característica (Basberg y Gundersen, 2018: 948-949).

2.3. Pagos directos, informalidad y flexibilidad

Si en los estudios de los teóricos de la discapacidad el discurso se ha centrado en el rechazo a los cuidados, este debate ha dado lugar a otra gran controversia, esta vez en los estudios feministas, que han subrayado las contradicciones y tensiones que genera el hecho de que la liberación de las personas con discapacidad, el ejercicio de su derecho a vivir de forma independiente y ser integradas en la comunidad, a desarrollar libremente su proyecto de vida y a contar con financiación, apoyo y oportunidades para conseguirlo se esté logrando a expensas de los derechos laborales de quienes cuidan, un nicho laboral mayoritariamente ocupado por mujeres. Esta polémica, que afecta tanto al campo de discapacidad como al de la dependencia, subraya que, para muchas personas, el acceso a cuidados —sean provistos por la familia o pagados— sigue siendo posible gracias a la informalidad con la que se reviste su ejercicio.

Indican estas investigaciones que la compra de cuidados está siendo posible gracias a la existencia de un mercado de economía sumergida donde operan las conocidas como "cadenas internacionales de cuidados" (Pérez y López, 2011), formadas por mujeres emigrantes que se dedican a cuidar a las personas dependientes, con un perfil de precariedad y falta de reconocimiento, que se traduce en su escasa remuneración económica y en la obligada flexibilidad a las demandas de sus empleadores. Pero no siempre, o no únicamente, esta situación tiene como escenario la economía sumergida; igualmente puede ser documentada en los servicios profesionales.

Los estudios feministas sobre el cuidado han apuntado distintas tendencias que contribuyen a perpetuar esta situación, entre ellas los recortes de

los fondos dedicados a las políticas de cuidados, que están directamente relacionados, si no con el total desmantelamiento de las políticas públicas, sí con las distintas estrategias de las administraciones para evitar, por una parte, los costes de los servicios ofertados y, por otra, el conflicto social que se derivaría del incumplimiento de sus obligaciones, de no proporcionar —en este caso— recursos para el cuidado. En concreto, critican que las administraciones favorecen estrategias de dispersión, o de deriva de responsabilidades, como la subcontratación, la intermediación o la concertación con empresas privadas (Durán, 2018: 190).

El pago directo al usuario, para que emplee el dinero en adquirir los servicios en el mercado, estaría dentro de esta tendencia que está provocando la aparición de empresas que, como se indica en el documento *Bases por los cuidados* (Ministerio de Igualdad, 2023), frecuentemente fundamentan sus beneficios económicos en una mano de obra con empleos precarios (inestables, ocasionales y mal pagados), con una regulación jurídica cuestionable —los casos de los falsos autónomos— y en la segmentación de la calidad y la cantidad de los servicios ofertados, haciendo suyo el principio de que el mercado produce para quien puede pagarla (González, 2020: 20) y en la medida que puede, por lo que quedan fuera de él quienes no disponen de recursos suficientes para adquirirlos. La Observación General n.º 5, se limita a indicar, con respecto al asistente personal, que se tengan en cuenta “las normas de derechos humanos para un empleo digno” (CDPD, 2017, 5: § 6d).

En este contexto, uno de los agentes, los cuidadores, no han modificado las características que históricamente los identifican, entre ellas, la invisibilidad y desvalorización de su trabajo; mientras que el otro, el Estado, oferta recursos que, para autores como Fantova (2024), se diseñaron como respuesta a necesidades y contextos muy diferentes a los actuales, donde el aumento de la esperanza de vida ha conllevado el de personas dependientes y de la demanda de cuidados cotidianos de larga duración, una cuestión que afecta a todas las capas sociales. La dependencia y su gestión, tanto la originada por la edad como por la discapacidad, plantea retos diferentes a las situaciones que se dan cuando la intervención recae sobre grupos concretos y minoritarios.

3. Los cuidados informales

El concepto de cuidados informales ha sido generalmente utilizado para definir un tipo de apoyo cuyo principal rasgo es su carácter no remunerado, por lo que quedan fuera de esta categoría tanto los cuidados obtenidos de profesionales como los de no profesionales que reciben una retribución por el trabajo que realizan y de los denominados cuasiprofesionales, incluidos los que ofrecen los grupos de autoapoyo, ayuda mutua o voluntariado (Roguero, 2010: 37-38).

En el contexto español, el rechazo de los activistas sociales de la discapacidad se ha centrado más en los cuidados informales proporcionados por la familia, que son los mayoritarios en nuestro sistema del bienestar, de corte típicamente mediterráneo. Muchos trabajos científicos, no relacionados directamente con los estudios sobre discapacidad, han incidido en que, dado el cambio demográfico y las importantes transformaciones relacionales experimentadas por la familia, no era posible (ni deseable) que esta se hiciera cargo de los denominados cuidados informales a las personas dependientes (Fantova, 2015: 48); la crisis económica de 2008 y la pandemia del covid-19 se han encargado de demostrar que, pese a todos los cambios, las familias han sido quienes principalmente han sostenido el sistema, por delante del Estado o del tercer sector de acción social, que se vieron ampliamente superados por la institución familiar. Esto último no contradice la tendencia general hacia la disminución —por edad o disponibilidad, entre otras transformaciones— de los potenciales cuidadores informales (Comas-d'Argemir y Bofil-Poch, 2021).

A través de los cuidados, se pueden recibir distintos tipos de ayudas, entre las que se encuentran las clasificadas de apoyo emocional, las de apoyo informativo o estratégico y las de apoyo material (Gracia, 2011: 139). El apoyo emocional tiene como principal función propiciar que la persona se sienta cuidada, valorada y parte de una red de obligaciones mutuas; el apoyo informativo o estratégico es la respuesta a la búsqueda de información, consejo y conexión con los sistemas, como son los servicios sociales o la sanidad, encaminados a superar problemas concretos; en este tipo de apoyo, los cuidadores pueden actuar como intermediarios y pueden asumir responsabilidades sobre aspectos importantes de la vida de la persona receptora de la ayuda. El artículo 250 del Código Civil, reformado por la Ley 8/2021, atribuye contenidos similares a estos dos tipos de cuidados a la figura de la guarda de hecho, una medida de apoyo informal a las personas con discapacidad que puede implementarse cuando no hay medidas voluntarias o judiciales que se apliquen eficazmente.

Por último, el apoyo material o instrumental se refiere a la ayuda material directa o de servicios y engloba aquellas actividades que la persona no puede desarrollar por sí misma, como las denominadas actividades de la vida diaria, entre las que podríamos incluir las básicas (cuidados físicos personales), las instrumentales (actividades domésticas) y las avanzadas o volitivas, que engloban tanto las físicas como las sociales, que tienden a ser voluntarias y entre las que se encontrarían las que permiten el acceso al ocio y las relaciones sociales en general. Los tres tipos de ayudas pueden tener efectos negativos si el receptor ve amenazada su libertad o si considera que recibirlas conlleva una deuda con quien las provee (Romero-Serrano *et al.*, 2023).

3.1. La familia como agente proveedor de cuidados

En todos los estudios sobre atención a personas dependientes, se aborda el papel desempeñado por la familia, institución que históricamente se ha encargado de la provisión de los cuidados y recursos (Durán, 2005), muy por delante de la Iglesia y el Estado. La familia también desempeñó (y sigue desempeñando) un importante papel de control, paralelo al desplegado por el Estado y, en tercer lugar, al no menos importante cometido de interlocución con los poderes públicos, funciones que despliega especialmente en el momento que asume los cuidados de las personas dependientes que forman parte de ella y uno de sus miembros se convierte en el cuidador principal.

En España, los cuidados familiares son los que cuentan con mayor aceptación social (Sastre, Martínez y Roldán, 2020: 2), como demuestra el hecho de que, de las tres prestaciones económicas reguladas por la Ley 39/2006, la prestación económica vinculada al servicio (art. 17), la prestación económica de asistencia personal (art. 19) y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art. 18), es esta última, pese al carácter excepcional que le atribuye la ley, la que tiene mayor demanda y se concede con más asiduidad. A esta característica "familiarista" de las políticas sociales españolas aludía el informe que realizó Nils Muiznieks, comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, tras su visita a España en 2013, quien, en la conclusión 61 del citado informe, apunta que la Ley 39/2006, más que propiciar la autonomía y la vida independiente, ha permitido a las autoridades conceder prestaciones a los cuidadores (informales) principales (Comisión Europea de Derechos Humanos, 2013: 21-22).

A lo anterior, debe sumarse el hecho de que las administraciones públicas adoptan un papel estrictamente subsidiario, tanto en lo relativo a la financiación de los cuidados como en su provisión. En este sentido, hay que indicar que, en España, según datos publicados en 2020, se dedica aproximadamente el 0,75 % del PIB a cuidados de larga duración, frente al 3,2 % de países como Suecia (Navarro y Pazos, 2020: 1). Por todo lo anterior, es fácil concluir que el Derecho y las políticas sociales atribuyen a las familias, explícita o implícitamente, obligaciones de cuidado, seguridad y protección que no aparecen, o al menos no en tal medida, en otros sistemas del bienestar. Algunos autores ven en esta sobresaturación y sobreexplotación de los recursos económicos y personales de las familias un peligro mayor para el quebrantamiento de los valores familiares que el tantas veces mencionado elenco de cambios sociales que han dado lugar a la conocida como "crisis de cuidados" (Añón y Miravén, 2005: 106).

3.2. La familia como agente institucionalizante

Los análisis sobre el papel desempeñado por el tipo de familia predominante en el sistema del bienestar mediterráneo ofrecen visiones contrapuestas. Aunque se acepta que los cambios, especialmente el envejecimiento demográfico, han incidido directamente sobre el cometido de la familia, tanto en el ámbito del Derecho como en el de la sociología y la economía se siguen ofreciendo visiones positivas sobre el peso de los cuidados proporcionado por esta institución, como queda reflejado en la mayoritaria aceptación social de la que gozan o en su papel durante las grandes crisis antes mencionadas. También se ha destacado el hecho de que sea, posiblemente, el único ámbito donde de forma generalizada —sin importar su tipo, grado ni origen— las actuaciones de las personas con discapacidad están regidas por el principio de la normalización, concepto que, para Wolfensberger (1986), lleva implícito no tanto que la persona se adapte y actúe siguiendo las normas generalmente aceptadas por la sociedad, sino vivir según las propias posibilidades, aunque para ello utilice formas diferentes de alcanzar los mismos resultados que el resto de los ciudadanos, y sin que ello suponga descrédito. En resumen, el familiar sería el espacio donde es posible encontrarse a salvo de las, para algunos autores, inevitables actitudes de discriminación y de la estigmatización (García de la Cruz, 2009: 68-69).

No obstante, especialmente los planteamientos de los activistas sociales de la discapacidad, recogidos en documentos como la citada Observación General n.º 5, también han señalado las implicaciones negativas que pueden tener las políticas familiaristas, subrayando que, en contra de lo que postula el discurso oficial, estas no favorecen a las personas con discapacidad, dado que los cuidados proporcionados por las familias pueden conllevar dependencia emocional, violencia física o psicológica y dependencia económica.

Ciertamente, un problema ligado a los cuidados familiares puede ser la dependencia emocional que conlleva tanto el recibir cuidados como cuidar, potencialmente una fuente de renuncias y dilemas éticos para ambos sujetos. Pero también el entorno familiar es un escenario donde pueden aflorar el maltrato, la negligencia o la sobreprotección para la persona que los recibe. En lo referido a la violencia, física y psicológica, los abusos sexuales contra las mujeres con discapacidad mental tienen en el hogar uno de sus escenarios favoritos (Fernández Gutiérrez *et al.*, 2024); violencia que, a decir de numerosos estudios, es más difícil de identificar y denunciar, dada la mayor dependencia física y emocional respecto a los cuidadores. Esta violencia es la que dificulta, por ejemplo, que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, que suelen acogerse con preocupación por la familia, viéndose empujados a desistir de la maternidad/paternidad, con el argumento de que pueden engendrar hijos a quienes

transmitan su discapacidad, que no podrán cuidar de ellos o que los menores se verán abocados a cuidar de su progenitor dependiente (Morris, 1996). Y otro tanto podría decirse respecto al maltrato infantil y sus variantes: la negligencia o la sobreprotección.

Junto con la dependencia emocional y la violencia física y psicológica, un tercer aspecto mencionado reiteradamente en el análisis del modelo de cuidados familiares en relación con la discapacidad es el de la dependencia económica. En la *Guía de ayudas sociales y servicios para las familias 2024*, se especifica que, para ser beneficiario de asignación económica por hijo a cargo con discapacidad, no se exigirá límite en los recursos económicos y que el hijo a cargo mayor de 18 años es el beneficiario de las asignaciones que "debido a ellos corresponderían a sus padres" (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024b: 14). Sin embargo, para recibirlas debe reunir una serie de condiciones: estar a cargo, es decir, depender de su familia; "que se encuentre afectado por una discapacidad en grado igual o superior al 75 por 100 y necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida". En 2024, la asignación era de 8469 euros anuales (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024b: 14-16).

Los activistas sociales de la discapacidad se han manifestado en numerosas ocasiones en contra de los cuidados familiares porque, como se ha indicado y según su criterio, están lastrados con la dependencia emocional, con la dependencia económica y, como consecuencia de esta, con la imposibilidad de libre elección. En esta línea se manifiesta la Observación General n.º 5, indicando que, cuando únicamente se tiene como opción el apoyo familiar, la falta de alternativas para tomar decisiones puede ser una realidad cotidiana (CDPD, 2017, 5 § 16). Como se ha indicado más arriba, según esta Observación, la familia y los cuidados informales proporcionados por ella pueden generar una cultura institucional caracterizada, entre otras notas, por "la escasa o nula influencia que se puede ejercer sobre aquellos de quienes se debe aceptar la ayuda; el aislamiento y la segregación respecto a la vida independiente en la comunidad o la falta de control sobre las decisiones cotidianas". La asistencia personal y la vida en comunidad son las alternativas que se contemplan en ella para sustituir tanto a los cuidados informales familiares como a la vida en instituciones residenciales.

4. Los cuidados formales

Los cuidados profesionales son definidos por la *Guía de ayudas sociales y servicios para las familias* como aquellos "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 sea en su hogar o en un centro" (Ministerio de Derechos Sociales,

Consumo y Agenda 2030, 2024b: 8). Es decir, existen dos tipos de cuidados formales: los provistos por instituciones públicas o por centros privados y los que se contratan directamente en el mercado que, en nuestro sistema, son minoritarios y sirven sobre todo como complemento a los informales.

En las leyes autonómicas de servicios sociales (aunque no en todas, ni de manera uniforme), entre las prestaciones garantizadas, recogidas en las carteras de servicios sociales, se encuentran, junto con las prestaciones económicas y las tecnológicas, las de servicios, entre cuya oferta están los centros de día, los centros de noche, los centros residenciales especializados en los distintos tipos de discapacidad, y las viviendas con apoyo (Alonso Seco, 2019: 469-471). No obstante, la actual tendencia a la desinstitucionalización de los cuidados cuestiona la existencia de estos centros a la luz de las últimas propuestas del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad plasmadas en las *Direcciones sobre la desinstitucionalización*, en las que se indica que las instituciones de tipo residencial, aun dentro de su variedad, origen y objetivos, presentan elementos comunes que no favorecen a las personas con discapacidad, entre ellos: la escasa influencia que tienen los receptores de los cuidados sobre quienes prestan la asistencia, el aislamiento de la sociedad de quienes residen en ellas, la falta de control sobre decisiones cotidianas, la imposibilidad de elegir con quién se comparte el espacio vital, o el escaso peso que tienen la voluntad y las preferencias personales (CDPD, 2022: § 14). Señalan las directrices, entre los servicios de apoyo comunitario que se han de evitar, "los talleres protegidos, las instituciones para la prestación de cuidados temporales, los hogares de tránsito y los centros de día", por considerar que no se ajustan a la Convención (CDPD, 2022: § 28).

4.1. La apuesta por la desinstitucionalización

La desinstitucionalización es definida por las directrices como "procesos interrelacionados que deben centrarse en devolver la autonomía, la posibilidad de elección y el control de las personas con discapacidad en lo que respecta a cómo, dónde y con quién deciden vivir" (CDPD, 2022: § 19). Según su propio enunciado, estas directrices complementan la Observación General n.º 5 sobre el artículo 19 de la Convención, en la que se fundamenta el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, y tienen por objetivo "servir de base para la planificación de los procesos de desinstitucionalización y prevención de la institucionalización" (CDPD, 2022: § 1), porque el Comité entiende que la institucionalización contraviene los artículos 5 (derecho a la igualdad y no discriminación), 12 (derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley), 14 (derecho a la libertad y seguridad de la persona) y 19 (derecho a vivir de forma independiente) de la Convención y tiene repercusiones negativas sobre las vidas de las

personas, dado que las prácticas de este tipo de instituciones, generan y promueven la violencia, el abandono, el abuso, los malos tratos y la contención (farmacológica, física y mecánica) (CDPD, 2022: § 6).

Tanto la Observación General n.º 5 como las directrices del Comité participan de la tendencia general a la desinstitucionalización de los cuidados, que está recogida en documentos emitidos por la Unión Europea que alientan la transición de la asistencia institucional hacia otra que se clasifica de más abierta y de proximidad (Comité Europeo de las Regiones, 2018: 8). En España, esta corriente ha sido matizada en distintos documentos. El Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 publicó la *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad* (2024a) que, como se lee en sus páginas, tiene muy en cuenta las propuestas de sendos estudios del Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba (2024: 6) y de la Plataforma VIDAS (2024). Aunque estos documentos siguen de cerca los postulados de la Observación General n.º 5 y los de las directrices —aludiendo a la familia y a los cuidados informales proporcionados por ella como posibles generadores de cultura institucional— y recogen los relativos a la necesidad de personalizar los cuidados y apoyos, o a la libertad de elección y control de los cuidados por parte de las personas con discapacidad, difieren de aquellas estas en dos consideraciones: primera, en el énfasis en subrayar que el proceso de reconceptualización de los cuidados debe considerar a los trabajadores, tanto en cuanto a su bienestar (cuidadores informales) como a sus derechos laborales (cuidadores formales), y, en segundo lugar, en considerar que “la desinstitucionalización no es una solución única o final” (Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba, 2024: 37).

En la misma dirección, la Plataforma VIDA (2024: 37-38) concluye que “en lugar de entender la desinstitucionalización como un camino predefinido [...] se entiende [...] como un proceso diverso, con multitud de trayectorias posibles, eminentemente elegido, que varía profundamente de una persona a otra y que tiene como objetivo último una vida elegida en la comunidad”.

Aparte de considerarla fundamentalmente un proceso que debe —y puede ser— elección particular, la desinstitucionalización conlleva un peligro de re-familiarización de los cuidados si se asume el discurso de las directrices y la descalificación que en ellas se hace de los apoyos especializados por discapacidad —como centros de día o los programas de respiro familiar—, que se critican, como se ha dicho, por no ser conformes con la Convención. En el mismo sentido, se han manifestado otras voces advirtiendo que las actuales propuestas de cambio de modelo de cuidados, alejando políticas de desinstitucionalización basadas en la disponibilidad de asistencia y de cuidados en comunidad, para que sean efectivas deben ir acompañados de “una desfamiliarización y una desfeminización de los

cuidados, así como de un sistema de financiación y de unas políticas públicas robustas” (Comas d'Argemir, 2024: 139); de no ser así, el actual Anteproyecto de Ley por el que se modifican el Decreto Legislativo 1/2013 y la Ley 39/2006, nacerá falto de la necesaria eficacia para hacer efectivo el propósito de desinstitucionalización de los cuidados que proclama en su preámbulo (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2025).

Por otra parte, la desinstitucionalización de un colectivo tan heterogéneo y con necesidades tan distintas, que está recibiendo en los centros que lo acogen una atención especializada en función de su discapacidad, demanda que todos los recursos comunitarios (sanidad, educación, servicios sociales) adquieran conocimientos y competencias en materia de discapacidad, de las que inicialmente carecen (Comité Europeo de las Regiones, 2018: § 23). En España, el mismo año en que el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad emitió las *Directrices sobre la desinstitucionalización*, fechadas el 10 de octubre de 2022, se aprobó la Resolución de 28 de julio de 2022 en la que se abordan los criterios comunes de acreditación y calidad de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que dedica el título II a la calidad del empleo, la cualificación profesional, habilitación y competencias del personal denominado “de atención directa de primer nivel”, eludiendo las indicaciones de las directrices y de la propia Observación n.º 5, sobre la eliminación de estos centros.

4.2. Los cuidados adquiridos en el mercado

Los cuidados adquiridos en el mercado, aquellos proporcionados por un profesional que trabaja de forma autónoma, o en una empresa o entidad, tienen, entre sus notas características, constituir una relación regulada por un contrato, en la que el cuidador oferta servicios —no necesariamente de forma especializada o con una formación que le habilite para ello— y la de establecer una relación caracterizada por su mayor neutralidad afectiva, en contraste con la implicación emocional del cuidador familiar. En el sistema español, la presencia de estos cuidados se incrementa en función de dos variables: la primera es el tipo y gravedad de la dependencia, discapacidad o enfermedad, especialmente cuando las necesidades que generan exceden las posibilidades de atención de los cuidadores familiares; y la segunda es el nivel de ingresos. Para algunos autores, el uso de estos servicios de cuidado está más relacionado con esta segunda variable que con el tipo y grado de dependencia o discapacidad (Roguero, 2009: 402-405) y los datos actuales, relacionados con el coste de los cuidados, confirman y actualizan estas conclusiones.

El concepto de cuidado es complejo y objeto de un amplio debate. Como ha quedado expuesto más arriba, en relación con él han surgido discursos, voces

y posiciones encontradas tanto entre los receptores de los cuidados como entre los cuidadores/asistentes. A las controversias que, en el campo de la discapacidad, y más concretamente en el de la asistencia personal, se centran en la relación entre poder y cuidados, se suman la cuestión de su coste, teniendo en cuenta que, en España, la contratación de asistentes personales se rige por el convenio de empleadas del hogar (Durán, 2016: 115).

Como indica Durán, los cuidados son caros y, cuando se habla de servicios remunerados, solamente hay que detenerse a sumar al salario los costes de la Seguridad Social, los impuestos y los denominados costes indirectos necesarios para llevar a cabo el trabajo (Durán y Consejo Editorial de la revista Encrucijadas, 2015: 2-16). El elevado coste económico de los cuidados remunerados puede hacer aflorar el dilema ético de la tantas veces obligada elección entre la disminución de la cobertura —y la calidad de los servicios (Consejo de la Unión Europea, 2022)— o la merma de los derechos de quienes cuidan, apoyan o asisten (Durán, 2016: 122). Cuando el usuario no puede cubrir todas sus necesidades, acude a otros cauces para obtener esos servicios, como los cuidados familiares o los que puede adquirir de forma alegal, pactando servicios en condiciones inferiores a las requeridas por la legislación laboral. Este mercado sumergido es tolerado, o al menos no se ejerce una gran presión sobre él, porque los gobernantes son conscientes del conflicto latente de quienes no reciben cuidados públicos (Durán, 2016: 68).

La disyuntiva entre calidad de los servicios y disminución de los derechos, referida a la asistencia personal para realizar los cuidos básicos de la vida diaria, ha sido analizada por Neumann y Gundersen (2019) y Shakespeare, Porter y Stöckl (2017). E igualmente es abordada por Madison, Brooks y Birks (2023), esta vez referida a la asistencia personal en el lugar de trabajo.

5. La asistencia personal

Tal y como indica la ya citada Resolución de 24 de mayo de 2023, en un marco general de reconceptualización del modelo de cuidados y de apuesta por la desinstitucionalización, la asistencia personal es uno de los servicios que mayor impacto puede tener en los proyectos de vida independiente, y así lo entiende la futura norma, actualmente anteproyecto, que modificará la Ley 1/2013 y la Ley 39/2006, al incluirlo entre las prestaciones del catálogo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2025).

El concepto de asistencia personal fue recogido por la Convención en el artículo 19, en su apartado b2, artículo que, como se ha visto, fue objeto de la Observación General n.º 5, en la que se define la asistencia personal como un "apoyo humano dirigido por el interesado o el 'usuario' que se pone a

disposición de una persona con discapacidad como instrumento para permitir la vida independiente" (CDPD, 2017: § 16d).

El desarrollo del concepto de asistencia personal se debe al denominado *independent living model*, nacido en Estados Unidos. Tal y como fue diseñada inicialmente, la asistencia personal, fundamentada en el pago directo y financiada a través de los impuestos, fue la alternativa que el propio colectivo dio a dos de los tipos de cuidados más comunes, ambos rechazados por aquel: los informales, obtenidos a través de la familia, y los formales, que recibían quienes se encontraban institucionalizados. Este movimiento social norteamericano y sus propuestas tuvo entre sus defensores y difusores a Ratzka (1986) y Osterwitz (1974), que demandaron a los poderes públicos pagos gestionados directamente por los usuarios.

Como queda dicho, la asistencia personal es un modelo de apoyo en el que las personas con discapacidad asumen el control de la contratación, así como la formación y la gestión de las personas que la prestan. Sus características —control por parte del usuario y financiación pública— hacen que se diferencie netamente de otras formas de cuidados, pero, en cualquier caso, es teorizada como una herramienta fundamental para empoderar a las personas con discapacidad, que de esta manera podrían tomar sus propias decisiones y llevarlas a la práctica.

Basada en la filosofía del movimiento Vida Independiente, en su aplicación efectiva tiene variaciones en casi cada país en los que está implementada con respecto a la mayor o menor presencia de los distintos proveedores de cuidados y servicios (mercado, familia, Estado), la cuantía de las ayudas monetarias, el control del empleo de las ayudas recibidas, los tipos de personas con discapacidad que se acogen a estos programas, quiénes pueden desempeñar el trabajo de los denominados "apoyos humanos" y sus distintos grados de regulación jurídica o, incluso, de las características que, idealmente, deben reunir las personas que desempeñan este trabajo.

En 2016 la European Network on Independent Living publicó un estado de la cuestión sobre el derecho de vida independiente en Europa. En el documento, se indicaba (apartado *Family members as PAs*) que, en España, estaba permitido que los familiares desempeñaran las funciones de asistentes personales, mientras que en algunos países del entorno europeo regían ciertas restricciones o directamente, como en el caso de Suiza, estaba prohibido. Un informe posterior, fechado en 2017, señala, en el mismo apartado, que no había una postura general respecto a este asunto, ni siquiera dentro del mismo país, y vuelve a indicar que en España estaba permitido que los asistentes personales fueran miembros de la familia. Esta situación ha cambiado a raíz de la Resolución de

24 de mayo de 2023, que establece la inexistencia de relaciones familiares entre los requisitos generales para desempeñar este trabajo (art. 4a, 3).

Aparte del hasta muy reciente modelo español, en Europa, existen al menos dos modelos de gestión de la asistencia personal: el de la contratación directa en el mercado laboral por el usuario y el de la adquisición del servicio a través de la intermediación de un organismo que ofrece infraestructura. En ambos casos, el contenido de los servicios es gestionado por el empleador, que los financia a través del pago directo (Bascones y Guzmán, 2012).

En el modelo de apoyo con intermediación, propio de países como Noruega, el asistente personal es generalmente un empleado de un organismo que proporciona infraestructura (en Noruega, ULOBA, Independent Living Norge SA). En España, las instituciones equiparables son las oficinas de vida independiente (OVI), que declaran entre sus objetivos el constituirse en una herramienta para apoyar la coordinación y gestionar la contratación de asistencia personal. Como en el caso de los centros de vida independiente, están gestionadas por el propio colectivo, apoyándose en el conocimiento de las personas usuarias de sus servicios (Rodríguez-Picavea y Romañach, 2006: 10-11).

5.1. La figura del asistente personal

Al contrario de lo que ocurre con la asistencia personal, de la que se han teorizado su definición, características, objetivos y formas de gestión, no existe consenso sobre la figura del trabajador —el asistente personal— ni sobre las tareas que debe llevar a cabo, la formación o la regulación de la profesión. Sobre esta figura confluyen la mayor parte de las cuestiones referidas a la reconceptualización del modelo de cuidados y la apuesta por la desinstitucionalización.

Por lo que respecta al campo de la discapacidad, en el caso español, y dentro de las características propias del sistema de cuidados actual, los autores que tratan la figura del asistente personal apuntan las mismas tensiones que reflejan los trabajos del mundo anglosajón, fundamentalmente las referidas a la financiación de las políticas sociales y su repercusión en la efectividad de las medidas adoptadas, sumadas a las que se originan entre el derecho a decidir de las personas con discapacidad y los derechos laborales de los asistentes personales.

Los activistas del movimiento social de la discapacidad han perfilado la imagen del asistente personal como una persona que ayuda a otra a realizar las tareas de la vida diaria que no pueda realizar, añadiendo que la relación está basada en el derecho de la persona con discapacidad a controlar y gestionar su vida según sus propias reglas para alcanzar una vida independiente, añadiendo que vivir de forma independiente no

consiste en tener capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas por uno mismo, sino que debe “considerarse como la libertad de elección y de control. [...] Implica que la persona con discapacidad no se vea privada de poder elegir y controlar su modo de vida y sus actividades cotidianas” (CDPD, 2017, 5: §16c, ii-iiii).

En cuanto al perfil de la figura del asistente personal, es muy variable; en general, según los demandantes, el asistente personal debe partir de que su cometido depende de las condiciones de cada usuario. Basándose en que este es el mejor conocedor de los requisitos que deben ser cubiertos, así como en la gran diversidad de necesidades que se pueden presentar, el Foro Vida Independiente aboga por que la instrucción sea exclusiva y personalizada, responsabilidad directa del usuario: “la formación es parte de la autogestión y competencia exclusiva e intransferible del usuario, quien puede convenir con sus trabajadores aspectos formativos generalistas de los cuidados o específicos para adaptarlos a sus necesidades” (Maraña, Llorens y Villatoro, 2017).

No todos los autores están de acuerdo con el principio de que deben ser las propias personas con discapacidad las que formen a sus asistentes personales en todos los casos. Algunas fuentes subrayan la importancia de que dicha formación conlleve el conocimiento sobre la propia Convención o de las distintas Observaciones, esenciales para transmitir los principios que informan el modelo de derechos humanos en el que se debe fundamentar el trabajo, así como de las características, necesidades y consecuencias de una deficiencia en concreto. Ello resulta fundamental si se quiere establecer un verdadero vínculo profesional entre la persona con discapacidad y el asistente personal, no siendo menos importantes que ambos sean conocedores de la legislación que les atañe (Asís, 2019: 27).

5.2. El espacio doméstico como escenario profesional

El trabajo del asistente personal es susceptible de desarrollarse en diferentes escenarios profesionales. El equipo formado por Shakespeare, Porter y Stöckl ha abordado este asunto en varios trabajos, analizando especialmente la asistencia personal que tiene como escenario laboral el propio domicilio de la persona empleadora. Según estos autores, las relaciones de asistencia, definidas en sentido estricto, son las que se producen cuando una persona con discapacidad emplea directamente a otra persona; sin embargo, esta definición dista mucho de captar las relaciones interpersonales de esta forma híbrida entre trabajo y cuidado. La asistencia personal, afirman, conlleva tensiones y ambigüedades, porque tiene una parte personal y una parte profesional, instrumental, pero al mismo tiempo emocional.

Los cuidados formales han sido caracterizados como una relación contractual y afectivamente neutra, en

contraste con la implicación emocional del cuidador informal. Sin embargo, los estudios llevados a cabo por el citado equipo de investigadores cuestionan estos presupuestos teóricos, demostrando que las emociones siempre juegan un papel en un trabajo donde se comparten experiencias comunes. Además, plantean los dilemas ético-legales que surgen en torno a la figura del asistente personal y los conflictos derivados de este tipo de relaciones, donde los trabajadores y sus empleadores pueden tener expectativas diferentes. En efecto, los borrosos límites que se establecen si el escenario de los cuidados personales es el hogar, donde la privacidad, así como la naturaleza íntima de las tareas de cuidado personal, hacen difícil que puedan ser obviadas las implicaciones personales y emocionales de este tipo de trabajo (Shakespeare, Porter, Stöckl, 2017: 4-5).

En lo relativo a la demandada informalidad, estos mismos autores indican que es vista en muchos casos como algo inevitable (por los problemas de financiación de los cuidados), pero también ventajoso, puesto que es probable que las relaciones menos formales den lugar a acuerdos de apoyo más personalizados y menos institucionalizados (Porter, Shakespeare y Stöckl, 2021). Pero igualmente indican que las relaciones menos formales también conllevan problemas de naturaleza práctica y conflictos emocionales, porque quienes realizan las labores de asistente personal pueden enfrentarse a situaciones como las de trabajar sin instrucciones claras sobre cómo deben actuar, lo cual da lugar a dilemas emocionales y morales cuando intentan definir los límites y contenidos profesionales de sus relaciones. O, la otra cara de la moneda, puede dar lugar a trabajos de apoyo/asistencia/cuidado que resulten insatisfactorios para quienes los reciben. El espacio doméstico se convierte en el lugar de trabajo de otra persona, las tareas diarias conllevan intimidad corporal, y los acuerdos laborales típicos implican que ambas partes pasan períodos prolongados de tiempo en compañía del otro. A menudo florece la informalidad, por preferencia, pero también por necesidad, concluyen los citados autores.

La preferencia por el empleo de personal no cualificado para desempeñar el papel de asistente personal, que pueda ser capacitado y formado por la persona con discapacidad, fue también abordada en el estudio *Personal assistance relationships. Power, ethics and emotions* (Shakespeare, Porter y Stöckl, 2017), donde no se dejan de señalar las ventajas (mayor flexibilidad), pero también los inconvenientes de esta opción, especialmente por las cuestiones en torno a las relaciones de poder que se pueden llegar a desarrollar, cuando el modelo de asistencia personal consiste en que una persona tenga poder ilimitado para hacer las cosas a su manera (la persona que contrata) y sin tener en cuenta las condiciones de empleo de la otra. En estas circunstancias, los asistentes/cuidadores son claramente vulnerables.

5.3. El asistente personal en escenarios públicos

Las notas que caracterizan la asistencia/cuidado en el espacio doméstico cambian cuando esta se desarrolla en un ambiente laboral: el lugar de trabajo de la persona con discapacidad. En este entorno, por el contrario, la falta de implicaciones personales y la invisibilidad son las cualidades de estos trabajadores más apreciadas por quienes los contratan (Madison Brooks y Birks, 2023: 1054); en estos casos, la relación está marcada por la distancia profesional y se desarrolla en un entorno externo, totalmente ligada a la función laboral del trabajador que contrata estos servicios. Poster, Crain y Cherry (2016: 6) han definido este tipo de relaciones como "trabajo invisible", indicando que "en un contexto de empleo formal y remunerado [...], trabajo invisible [es] el que consiste en desarrollar actividades en respuesta a requisitos del empleador (explícitos o implícitos) que son cruciales para que los trabajadores obtengan o conserven sus empleos, pero que son pasados por alto, ignorados y/o devaluados por los empleadores y otros".

Como indican Maddison, Brooks y Birks (2023: 1066), aunque la asistencia personal en el trabajo no adolezca de informalidad y se desarrolle en escenarios públicos (dos características que la diferencian netamente de la que tiene por escenario el hogar de la persona con discapacidad), dada su propia naturaleza puede plantear igualmente dilemas éticos y conflictos por el hecho de que, sobre estos trabajadores, convergen dos tipos distintos de mecanismos: el empoderamiento de la persona con discapacidad —al que contribuye su labor invisible— y el capacitismo —que opera contra el trabajador con discapacidad—. Para interpretar este doble dispositivo y el conflicto ético que puede provocar en el asistente personal, hay que tener en cuenta que, en el lugar de trabajo, debe actuar teniendo en cuenta, a la vez, tanto la demanda de invisibilización de su contratador como las barreras actitudinales que se activan cuando se juzga la capacidad de una persona según un patrón de normalidad dado —lo que se denomina capacitismo (Álvarez Ramírez, 2023: 39-40)—. En un escenario laboral, la consecuencia de ambas posiciones, tanto la de quien debe contratar asistencia personal para desempeñar su trabajo como la del resto de los trabajadores, tiende a ser la poca valoración y comprensión de la labor del asistente. Esta circunstancia puede dar lugar a la conocida discriminación por asociación, que aparece cuando una persona —o el grupo en el que se integra— es objeto de un trato discriminatorio debido a su relación contra otra por motivo o por razón de discapacidad, entre otros casos recogidos en la norma (Ley 15/2022 Integral para la Igualdad de Trato y la No Discriminación, art. 6.2a).

En la actualidad, no existe una regulación genérica que sirva para todas las situaciones donde está presente un asistente personal —hecho derivado sin duda de la pluralidad y complejidad de la propia discapacidad (en función de su origen, tipo o grado)— ni, por tanto,

de las necesidades que se deben afrontar. Por otra parte, el asistente personal puede compartir ciertos rasgos con algunas figuras de apoyo que sí están reguladas —aunque sin las notas de libre elección y pago directo por el trabajador—, entre las que cabe mencionar el preparador laboral o el defensor judicial. Los preparadores laborales están regulados por ley, la cual les exige determinada formación (Real Decreto 870/2007, art. 7) y sus funciones están claramente delimitadas en el caso del modelo de intervención seguido por Down España (2016: 32). En cuanto al defensor judicial, es una medida formal de apoyo para la persona con discapacidad que se activa cuando las medidas de apoyo informales (la guardia de hecho) o formales (la curatela) faltan o entran en conflicto por distintas razones (Código Civil, 1889, art. 295).

6. La definición normativa de la figura del asistente personal

En España, la de asistente personal es una categoría profesional relativamente reciente que, en materia normativa, se encuentra por primera vez reconocida en la Ley 39/2006, que desarrolla los conceptos de cuidados profesionales (art. 2.6), los cuidados no profesionales (art. 2.5), la asistencia personal y el asistente personal (art. 2.7), del que ofrece una caracterización a trazos gruesos que define a esta figura como la persona que "realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal". Recientemente se ha aprobado la Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales donde se establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal, se define la asistencia personal, su financiación, su objetivo y se perfila la figura del asistente personal (Resolución de 24 de mayo de 2023).

La norma define la asistencia personal como el servicio que se presta de acuerdo con las necesidades y las preferencias de quien lo recibe, reconociendo una prestación económica directa, haciéndose eco de las recomendaciones del Comité en la Observación General n.º 5. A partir de este punto, difiere de las demandas de la Observación, pues la prestación económica la condiciona a la contratación de asistencia personal con el objetivo de facilitar al usuario el acceso, exclusivamente, a la educación, el trabajo y las actividades básicas de la vida diaria.

En lo que interesa en este punto, la novedad de la ley es que introduce la necesidad de que la asistencia personal, financiada con fondos públicos, se aplique a los aspectos recogidos en el proyecto de vida y al plan de apoyos de la persona solicitante, especificando en su anexo I los contenidos mínimos del plan de apoyos al proyecto de vida independiente, que incluye apartados dedicados a las necesidades, actividades e intensidad del apoyo requerido.

En cuanto a las características que deben reunir estas figuras laborales, se indica, primero, quiénes no pueden ser asistentes personales, entre los que incluye el cónyuge o pareja de hecho, los parientes (por consanguinidad, afinidad o adopción) hasta el cuarto grado, y las personas que haya acogido o tengan una representación legal sobre la persona en situación de dependencia (art. 4a, 3); segundo, entre los requisitos que deben cumplir quienes sí pueden desempeñar el trabajo, se encuentran el disponer de un certificado negativo del Registro de Delincuentes Sexuales (4a, 4) y, en el caso de ser un profesional autónomo, el de estar acreditado por parte de la Administración competente para desempeñar el trabajo, reuniendo las condiciones de cualificación e idoneidad para prestar los servicios (4a, 5).

El Foro de Vida Independiente, aunque reconoce que manifiesta la influencia del Comité, entiende que la ley también difiere de sus planteamientos en aspectos que considera fundamentales. En una nota publicada el 16 de junio de 2023, manifiesta su acuerdo con la regulación laboral de la figura del asistente personal, hasta ese momento "sin anclajes en la tradición del modelo de servicios asistenciales", y su disconformidad en puntos como la limitación de las fórmulas de contratación propuestas, porque, según su parecer, impide la plena autogestión de la asistencia personal conforme al modelo de derechos humanos; igualmente, considera no deseable y no necesaria la cualificación de los asistentes personales, y finalmente, respecto a la financiación, indica que considera "enormemente preocupante que la capacidad económica de un individuo determine el coste de las actividad básicas y necesarias que lleve a cabo en su vida diaria", pues la ley determina, en el artículo 19.7, la intensidad y la cuantía en función del grado de dependencia y de la capacidad económica de la persona que la solicita.

Esto es algo que, efectivamente es rechazado de plano por el Comité en la Observación General n.º 5, que subraya la obligación de los poderes públicos de proporcionar servicios de apoyo específicos que permitan vivir de forma independiente y con un nivel de vida adecuado a las personas con discapacidad, affirmando que "se considera contrario a la Convención que las personas con discapacidad sufraguen por sí mismas los gastos relacionados con la discapacidad". Así mismo, indica que "no debe haber ninguna restricción respecto de cuándo, dónde, y para qué tipos de actividades se puede utilizar la asistencia" (CDPD, 2017, 5: § 92 y 94).

En el sistema español, los gastos generados por la dependencia, sea esta generada por la edad, la discapacidad o la enfermedad, son asumidos por el Estado, las comunidades autónomas y los propios usuarios, en una relación determinada por la normativa. Esta exigencia del Comité, que no contempla matizaciones y, especialmente, no tiene en cuenta la capacidad económica del beneficiario, aparte de su difícil práctica, contraviene a la propia Convención, que en su artículo 4.2, reconoce

específicamente que, en lo relativo a los derechos económicos, sociales y culturales, "los Estados partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles".

En lo referido a los cuidados, pero también en otras cuestiones, suele obviar el Comité en sus Observaciones que los derechos, comprendidos los de las personas con discapacidad, tienen tres límites: el de lo necesario (bienes y servicios); el de lo posible, determinado, entre otras cuestiones, por la heterogeneidad de la discapacidad, y el de lo razonable, pues debe tenerse en cuenta que alcanzar un derecho puede afectar a otro derecho superior y generar gastos desproporcionados (Asís, 2023: 7).

7. Conclusiones

La dignidad y el respeto, la personalización de la atención, la participación y la libertad de elección en función de la voluntad o preferencias de la persona con discapacidad son los fundamentos sobre los que se apoya la actual propuesta de desinstitucionalización de los cuidados, como ponen de manifiesto los estudios académicos que se vienen publicando en el campo de la discapacidad. No obstante, su ejecución y su práctica no está exenta de tensiones, conflictos y dilemas éticos, como se pone de manifiesto a lo largo de estas páginas, que se hacen eco de algunas de las posturas recogidas en los estudios sobre cuidados realizados en el campo feminista, un asunto objeto de su interés, dado que son las mujeres, de la familia o ajenas a ella, quienes asumen mayoritariamente el papel de cuidadoras/asistentes.

Los cuidados tradicionales son identificados por la Observación General n.º 5 (2017) como una forma de opresión y semillero de prejuicios y, por lo mismo, son rechazados; por el contrario, la asistencia personal es presentada como una herramienta fundamental para superar barreras y capacitar a las personas con discapacidad para tomar decisiones, ejercer su autonomía y asumir riesgos. Entre las demandas de la Observación, además del desmantelamiento de las instituciones que ofrecen cuidados, se exige la financiación de los cuidados a cargo de los presupuestos estatales, atendiendo exclusivamente a las necesidades y preferencias de las personas con discapacidad, exigencia que contradice a la misma Convención, y a otras normas internacionales de derechos humanos, según las cuales, los derechos civiles pueden ser demandados de forma inmediata a los Estados firmantes, mientras que se admite que, en la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, se tenga en cuenta la disponibilidad de los recursos y la adopción de medidas legislativas progresivas hasta lograr la plena efectividad de estos. En lo que respecta a los servicios sociales prestacionales, no cabe tachar de contrarias a la Convención las normas que incluyen límites en cuanto a la cuantía de las ayudas y las materias a las que se aplica.

Cuidar es un concepto cuyos límites son difíciles de marcar y puede conllevar relaciones de dependencia (económica o emocional) no deseables por ninguna de las personas implicadas, y esto independientemente del tipo de cuidados de los que se hable. En el campo de los cuidados, juegan distintos agentes (cada uno con lógicas e intereses diferentes) que proveen de productos y servicios: el mercado, la familia y el Estado; este último, una institución que produce bienes y servicios públicos, y establece con la familia una relación peculiar, especialmente en los países que, como España, pertenecen al sistema del bienestar mediterráneo, caracterizado por el papel subsidiario que adopta el Estado con respecto a la provisión de cuidados. Familia y Estado, actúan en un escenario que actualmente tiene como telón de fondo lo que se conoce como crisis de los cuidados, que debe leerse como crisis de los cuidados informales, determinada por la aparición de nuevas necesidades, que se entiende que deben ser atendidas por la sociedad.

La provisión de cuidados, apoyos y servicios a las personas con discapacidad dependientes obliga a detenerse tanto en los agentes proveedores de servicios como en los tipos de cuidados, que vienen determinados por la institución o las personas que los proveen y en la normativa que los desarrolla, porque todos confluyen en la cuestión no menor de a quién corresponde sostener económicamente los cuidados, apoyos o servicios y, en el caso en que los medios oficiales no sean suficientes, qué medidas (legales, alegales o ilegales) adoptan los sujetos implicados y qué dilemas éticos plantea la tantas veces obligatoria elección entre disminuir el tiempo y la calidad de los cuidados o reducir los derechos de quienes cuidan.

Sobre las personas que cuidan, asisten o apoyan recaen diferentes demandas, entre ellas la informalidad y flexibilidad —si el escenario de su trabajo es el doméstico— y la invisibilidad —si la labor la desarrolla un ambiente público y la relación laboral tiene un carácter formal—. Aunque presentados en muchas ocasiones casi como sinónimos, asistencia y apoyo son dos conceptos diferentes y, entre sus diferencias, se pueden citar el hecho de que la asistencia personal conlleva libre elección y el pago directo por el empleador.

En la literatura en castellano, se siguen utilizando las palabras "cuidado", "servicios" y "apoyo", porque se entiende que cada una de ellas tiene matices diferentes, aunque todas pueden estar presentes en una misma acción y la presencia de una no invalida el resto: así, "cuidado" implica solicitud y atención para hacer algo bien; por su parte, "servicio" está relacionado (entre otras acepciones recogidas por el diccionario de la RAE) con la organización y el personal destinado a cuidar intereses o satisfacer necesidades, mientras que "apoyo" alude a los términos de protección y auxilio. Entre quienes rechazan el concepto de cuidados, la asistencia personal es definida o bien como servicio personal o bien como un tipo concreto de apoyo, un apoyo humano.

Bibliografía referenciada

- ABOGACÍA GENERAL DEL ESTADO (2020): "Circular 1/2020. Traslado de la nota 'La naturaleza jurídica de las resoluciones dictadas por los comités encargados del seguimiento de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas'", *Anales de la Abogacía General del Estado*, pp. 292-304, <https://www.boe.es/buscar/abrir_abogacia.php?id=ANALES_20_0025.pdf>.
- ALONSO SECO, J. M. (2019): *La política social como realización de derechos sociales*, Valencia, Tirant Humanidades.
- ÁLVAREZ RAMÍREZ, G. E. (2023): *El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad*, Madrid, Cinca.
- ÁÑON, M. J. y MIRAVENT, P. (2005): "Paradojas del familiarismo en el Estado del bienestar: mujeres y renta básica", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 23, n.º 2, pp. 101-121, <<https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0505220101A>>.
- ASÍS, R. (2019): "Apoyo y asistencia personal", *Ivs Fvgit*, n.º 22, pp. 15-28, <<https://doi.org/10.17561/tahrj.v21.7788>>.
- (2023): "The right to universal accessibility", *The Age of Human Rights Journal*, n.º 21, e7788, <<https://doi.org/10.17561/tahrj.v21.7788>>.
- BASCONES, L. M. y GUZMÁN, F. (2012): "Derechos que cuentan. Implantación de la asistencia personal en iniciativas avanzadas de nuestro entorno y extrapolación a la Comunidad de Madrid", s. l., s. e., <https://digital.csic.es/bitstream/10261/77341/1/Implantacion_AP_Extrapolacion_Madrid_11_12.pdf>.
- COMAS D'ARGEMIR, D. (2024): "Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración", *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, n.º 34, pp. 138-150, <<https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/documentos/revistas/fcaser-revista-caser-n34-art-desinstitucionalizacion-cuidados-larga-duracion.pdf>>.
- COMAS-D'ARGEMIR, D. y BOFIL-POCH, S. (coords.) (2021): "Entrevista a María Ángeles Durán: 'Pandemia y cuidados'" en COMAS-D'ARGEMIR, D. y BOFILL-POCH, S. (2021), *El cuidado de mayores y dependientes: avanzando hacia la justicia de género y la justicia social*, Barcelona, Icaria, pp. 35-54, <https://www.researchgate.net/publication/357975006_Entrevista_a_Maria_Angeles_Duran,_Pandemia_y_cuidados>.
- COMISIÓN EUROPEA DE DERECHOS HUMANOS (2013): *Informe por Nils Muižnieks, comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, tras su visita a España, del 3 al 7 de junio de 2013*, Estrasburgo, Consejo de Europa, <<https://search.coe.int/commissioner?i=091259488023b3bc>>.
- COMITÉ EUROPEO DE LAS REGIONES (2018): "Dictamen del Comité Europeo de las Regiones — La desinstitucionalización de los sistemas de asistencia a escala local y regional", *Diario de la Unión Europea*, C164, 08-05-2018, pp. 39-44, <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52017AR3412>>.
- COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2017): *Observación General n.º 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*, Naciones Unidas, <<https://docs.un.org/es/CRPD/C/GC/5>>.
- (2022): *Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*, s. l., Naciones Unidas, <https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/5>.

- CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2022): "Recomendación del Consejo de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles", *Diario Oficial de la Unión Europea*, n.º 476, 15-12-2022, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2022-70073>>.
- DEJONG, G. (1979): "Independent living: from social movement to analytic paradigm", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 60, n.º 10, pp. 435-446.
- (1983): "Defining and implementing the independent living concept", en CREWE, N. M. y ZOLA, I. K. (eds.), *Independent living for physically disabled people*, Nueva York, People with Disabilities Press, pp. 4-27.
- DOWN ESPAÑA (2016): *Empleo con apoyo: modelo de intervención*, Madrid, Down España, <<https://www.sindromedown.org/storage/2023/12/Modelo-de-intervencion-DOWN-ESPA-A-Empleo-con-Apoyo-Ed.2016.pdf>>.
- DURÁN, M. A. (2005): "El trabajo no remunerado y las familias", *Aequalitas. Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres*, n.º 17, pp. 47-59.
- (2016): "El futuro del cuidado. El envejecimiento de la población y sus consecuencias", *Pasajes. Revista de Pensamiento Contemporáneo*, n.º 50, pp. 114-127, <<https://roderic.uv.es/items/493bf9f9-3b27-4a27-ae32-7964c19a1422>>.
- (2018): *La riqueza invisible del cuidado*, Valencia, Universitat de València.
- DURÁN, M. A. y ENCRUCIJADAS, COMITÉ EDITORIAL DE (2015): "Envejecimiento y salud. De la necesidad de cuidados al derecho a una muerte digna. Entrevista con María Ángeles Durán", *Enencrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, vol. 10, e1001, <<https://recyt.fecyt.es/index.php/enencrucijadas/article/view/79043>>.
- EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING (2016): *Personal Assistance Services in Europe*, Bruselas, European Network on Independent Living <<https://enil.eu/wp-content/uploads/2022/03/Personal-Assistance-Service-in-Europe-Report-2015.pdf>>.
- FANTOVA, F. (2015): "Crisis de los cuidados y servicios sociales", *Zerbitzuan*, n.º 60, pp. 47-62, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.04>>.
- (2024): "Nuevo modelo de cuidados: palabras que comprometen", *Fantova.net*, 24-06-2024, <<https://www.fantova.net/2024/06/>>.
- FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, R.; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, N.; MORÁN SUÁREZ, M. L.; SOLÍS GARCÍA, P.; FONTANIL, Y. y ALCEDO, M. Á. (2024): "Violencia hacia mujeres con discapacidad: una revisión de la literatura", *Revista Española de Discapacidad*, vol. 12, n.º 1, pp. 7-30, <<https://doi.org/10.5569/2340-5104.12.01.01>>.
- FORO DE VIDA INDEPENDIENTE Y DIVERTAD (2023): "Excelentísimo señor secretario de Estado de Derechos sociales, Ignacio Álvarez Peralta", *Foro de Vida Independiente y Divertad*, <<http://forovidaindependiente.org/excelentissimo-señor-secretario-de-estado-de-derechos-sociales-ignacio-alvarez-peralta/>>.
- GARCÍA DE LA CRUZ, J. J. (2009): "La inevitable estigmatización de las personas con discapacidad", en LEDESMA, J. A. (ed.), *Imagen social de las personas con discapacidad. Estudios en homenaje a José Julián Barriga Bravo*, serie Cermi.es, Madrid, Cinca, pp. 65-87, <<http://hdl.handle.net/11181/3622>>.
- GOFFMAN, E. (2004): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, <<https://sociologiacultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffmaninternados.pdf>>.
- GONZÁLEZ, M. C. (2020): "Génesis, expansión, crisis y retos del Estado del bienestar", en ALEMÁN BRACHO, C. (ed.), *Políticas sociales: innovación y cambio*, Cizur Menor, Thomson Reuters Aranzadi, pp. 19-45, <<https://e-spacio.uned.es/entities/publication/37b8968a-6934-44fe-bc9a-b24844270340>>.
- GRACIA, E. (2011): "Apoyo social e intervención social y comunitaria", en FERNÁNDEZ, I.; MORALES, J. y MOLERO, F. (coords.), *Psicología de la intervención comunitaria*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- HEADLEY, J. L. (1998): "Independent living: the role of Gini Laurie", *Rehabilitation Gazette*, vol. 38, n.º 1, pp. 1-2, <https://www.polioplace.org/sites/default/files/files/Rehabilitation_Gazette_Vol._38_No._1_Winter_1998_OCR.pdf>.
- HERRING, J. (2014): "The disability critique of care", *Elder Law Review*, n.º 2, <<https://classic.austlii.edu.au/au/journals/ElderLawRw/2014/2.html>>.
- INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS GREGORIO PESES-BARBA (2024): *Proyecto EDI. Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios*, <<https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/01/2.-Resumen-ejecutivo-Discapacidad.pdf>>.
- KELLY, C. (2016): *Disability politics and care. The challenge of direct funding*, Vancouver, UBC Press.
- LAURIE, G. (1977): "Housing and home services 1977 supplement", *Rehabilitation Gazette*, vol. XX, pp. 23-27, <https://www.polioplace.org/sites/default/files/files/Rehabilitation_Gazette_1977_OCR.pdf>.
- MADDISON, J.; BROOKS, J. y BIRKS, Y. (2023): "They exist but they don't exist: personal assistants supporting physically disabled people in the workplace", *Work, Employment and Society*, vol. 37, n.º 4, pp. 1053-1069, <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/09500170221075532>>.
- MARAÑA, J. J.; LLORENS, I. y VILLATORO, K. (2017): "Precisiones sobre la asistencia personal bajo el modelo de vida independiente", *Foro de Vida Independiente y Divertad*, <<http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/2017/08/Precisiones-sobre-AP.pdf>>.
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030 (2022): *Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030 para el acceso, goce y disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, <<https://www.rpdiscapacidad.gob.es/estudios-publicaciones/estrategia-discapacidad-2022.htm>>.

- (2024a): *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)*, s. l., Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, <<https://estategadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/06/Estrategia-para-nuevo-modelo-cuidados-en-la-comunidad.pdf>>.
 - (2024b): *Guía de ayudas sociales y servicios para familias*, s. l., Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, <<https://www.dsca.gob.es/es/derechos-sociales/familias/guia-ayudas-sociales-y-servicios-para-las-familias>>.
 - (2025): *Anteproyecto de Ley por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para la extensión y refuerzo de los derechos de las personas con discapacidad a la inclusión, la autonomía y la accesibilidad universal conforme al artículo 49 de la Constitución Española*, s. l., Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/IP_APL_N-24-013-DCA.pdf>.
- MINISTERIO DE IGUALDAD (2023): *Documento Bases por los cuidados*, Madrid, Instituto de las Mujeres, <<https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadEmpresas/docs/DocumentoBasesCuidados.pdf>>.
- MORRIS, J. (1996): "Blancos fáciles: los derechos de la discapacidad en el debate sobre los menores cuidadores", en MORRIS, J. (coord.), *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*, Madrid, Narcea, pp. 109-138.
- NAVARRO, V. y PAZOS, M. (coords.) (2020): *El cuarto pilar del Estado del Bienestar. Una propuesta para cubrir necesidades esenciales de cuidado, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género*, s. l., Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, <<https://www.upf.edu/documents/3943251/0/INFORME+-+4%C2%BA+Pilar+del+Estado+del+Bienestar/80828c07-ae14-8419-2225-f18c2744fb93>>.
- NEUMANN, C. B. y GUNDERSEN, T. (2018): "Care parading as service: negotiating recognition and equality in user-controlled personal assistance", *Gender, Work and Organization*, vol. 26, n.º 7, pp. 948-961, <<https://doi.org/10.1111/gwao.12297>>.
- OSTERWITZ, I. (1994): "The concept of independent living. A new perspective in rehabilitation" [comunicación], HELIOS European Workshop: "Education to independent living", Venecia, 28/29-10-1994, <<https://www.independentliving.org/docs5/Osterwitz.html>>.
- PÉREZ, A. y LÓPEZ, S. (2011): *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados*, Madrid, ONU Mujeres.
- PLATAFORMA VIDAS (2024): *Investigación sobre imaginarios, narrativas y marcos conceptuales de los procesos de desinstitucionalización y prevención de la institucionalización*, Madrid, Secretaría de Estado de Derechos Sociales, <<https://plataformavidas.gob.es/wp-content/uploads/2024/02/imaginarios.pdf>>.
- PORTER, T.; SHAKESPEARE, T. y STÖCKL, A. (2021): "Trouble in direct payment personal assistance relationships", *Work, Employment and Society*, vol. 36, n.º 4, pp. 630-647, <<https://doi.org/10.1177/09500170211016972>>.
- POSTER, W. R.; CRAIN, M. y CHERRY, M. A. (2016): "Introduction: conceptualizing invisible labor", en CRAIN, M.; POSTER, W. R. y CHERRY, M. A. (eds.), *Invisible labor. Hidden work in the contemporary world*, Oakland, University of California Press.
- RATZKA, A. (1986): *Independent Living and attendant care in Sweden: a consumer perspective*, Nueva York, World Rehabilitation Fund.
- RODRÍGUEZ-PICAVEA, A. y ROMAÑACH, J. (2006): "Consideraciones sobre la figura del asistente personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Foro de Vida Independiente*, <http://www.asocies.org/vidaindepen/docs/la_figura_del_asistente_personal_v1-1.pdf>.
- ROGERO, J. (2009): "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia", *Revista Española de Salud Pública*, vol. 83, pp. 393-405, <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005>.
- (2010): *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, pp. 37-38, <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO23622/Rogero_Garcia_10.pdf>.
- ROMERO-SERRANO, R.; CASADO MEJÍA, R.; REBOLLO, M. Á.; GARCÍA-IGLESIAS, J. J.; GÓMEZ-SALGADO J. y LANCHARRO, I. (2023): "Influencia de las redes de apoyo sociofamiliares en el cuidado de las personas mayores dependientes", *Revista Española de Salud Pública*, n.º 97, <<https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/176>>.
- SASTRE, M.; MARTÍNEZ, R. y ROLDÁN, S. (2020): "El cuidado de las personas mayores dependientes en España: una necesidad social postergada", *Documentación Social*, n.º 6, <<https://documentacionsocial.es/6/a-fondo/el-cuidado-de-las-personas-mayores-dependientes-en-espana-una-necesidad-social-postergada/>>.
- SHAKESPEARE, T. (2008): "La autoorganización de las personas con discapacidad: ¿un nuevo movimiento social?", en BARTON, L. (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad. 18 años de Disability and Society*, Madrid, Morata, pp. 68-85.
- SHAKESPEARE, T.; PORTER, T. y STÖCKL, A. (2017): *Personal assistance relationships. Power, ethics and emotions*, s. l., University of East Anglia, <<https://www.sddscotland.org.uk/wp-content/uploads/2017/07/PA-Relationship-Power-Ethics-EmotionsUAEJune-2017.pdf>>.
- (2018): "Metaphors to work: the meaning of personal assistance in England", *International Journal of Care and Caring*, vol. 2, n.º 2, pp. 165-179, <https://ueaprints.uea.ac.uk/id/eprint/68588/1/Accepted_manuscript.pdf>.

- SHAPIRO, J. (1994): "From charity to independent living", en SHAPIRO, J., *No pity: people with disabilities forging a new civil rights movement*, Nueva York, Three Rivers Press.
- WOLFENBERGER, W. (1986): "El debate sobre la normalización", *Siglo Cero*, n.º 105, pp. 12-28.

Normativa

- ESPAÑA (1889): "Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil", *Gaceta de Madrid*, n.º 205, 25-07-1889, <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1889/BOE-A-1889-4763-consolidado.pdf>>.
- (1978): "Constitución española", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 311, 29-12-1978, pp. 29313-29424, <[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/)>.
- (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 299, 15-12-06, pp. 44142-44156, <<https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39>>.
- (2007): "Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 168, 14-07-2007, pp. 30618-30622, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-13588>>.
- (2008): "Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 96, 21-04-2008, pp. 20648-20659, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>>.

- (2021): "Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se regula la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 132, 03-06-2021, <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>>.
- (2022a): "Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 192, 11-08-2022, pp. 117584-117621, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-13580>>.
- (2022b): "Ley 15/2022, de 12 de julio, Integral para la Igualdad de Trato y la No Discriminación", *Boletín Oficial del Estado*, 13-07-2022, <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-11589>>.
- (2023): "Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 128, 30-05-2023, pp. 75020-75026, <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-12779>>.

NACIONES UNIDAS (2006): "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad", *Resolución aprobada por la Asamblea General*, A/RES/61/106, Nueva York, <https://www.oas.org/dil/esp/A-RES_61-106_spa.pdf>.

Gipuzkoan zaurgarritasun bereziko egoeran egiten diren zaintza-esperimentziei buruzko azterketa kualitatiboa

Sara Peña Valderrama

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua,
Eguía-Careaga Fundazioa
spena@siis.net

Raquel Sanz

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua,
Eguía-Careaga Fundazioa
rsanz@siis.net

Inti Fraile Aramburu

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua,
Eguía-Careaga Fundazioa
ifraile@siis.net

Idoia García Goikoetxea

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua,
Eguía-Careaga Fundazioa
igarcia@siis.net

Imanol Ilárraz

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua,
Eguía-Careaga Fundazioa
ilarraz@siis.net

Badira berariazko ezaugarriak eta zirkunstantziak dituzten zaintzaile talde batzuek kalteberatasun egoeran jartzen dituztenak. Literatura zientifikoaren arabera, kolektibo horiei ezkutuko-zaintzaileak edo ikusezin bihurtutako zaintzaileak deitu izan zaie, zaintzaileek eskura dituzten zerbitzuak edo baliabideak eskuratzentz ez dituzten neurrian, edo, gutxienez, beste pertsona batzuek eskura ditzaketen neurri berean eskuratzentz ez dituzten neurrian. Sarbiderik ez izatearen arrazoien artean daude, besteak beste, ezjakintasuna, egoera jasanezin bihurtu arte eskaera atzeratzea edo gizarte-estigmaren lotsa eta beldurra sentitzea. Hamar elkarrizketa erdigituratuen bidez Gipuzkoan jasotako esperientziak oinarri hartuta, ikusezin bihurtutako taldeen zaintza-esperimentziien zeharkako azterketa kualitatiboa eta esploratzalea egin dugu, genero-ikuspegi interseksionala erabiliz.

Gako-hitzak:

Zaintzaile informalak, beharren ebaluazioa, zerbitzuen erabilera, irisgarritasuna, oztopoak, Gipuzkoa.

Existen grupos de personas cuidadoras con características y circunstancias específicas que las colocan en situación de vulnerabilidad. Este colectivo ha sido denominado por la literatura científica como personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas, en la medida en la que no llegan a acceder a los servicios o recursos disponibles para personas cuidadoras, o por lo menos, no acceden en la misma medida en que pueden hacerlo otras personas. Entre las razones de esa falta de acceso, están el desconocimiento, la postergación de la solicitud hasta que la situación se vuelve insostenible o los sentimientos de vergüenza y miedo al estigma social. A partir de las experiencias recopiladas en diez entrevistas semiestructuradas, se realiza un análisis cualitativo, transversal y exploratorio de las experiencias de cuidado de colectivos invisibilizados, desde una perspectiva de género interseccional.

Palabras clave:

Personas cuidadoras informales, evaluación de necesidades, utilización de servicios, accesibilidad, barreras, Gipuzkoa.

1. Sarrera

Azterlan honen berehalako aurrekariak Gipuzkoako Foru Aldundiaren 2021erako aurrekontu irekienn esparruan kokatzen dira¹. Parte-hartze prozesu horretan, foru erakundeak ekimen ezberdinak proposatu zituen, eta hurrengo urtean herritarren babes handiena jasotzen zutenak ezartzeko konpromisoa hartu zuen. Hautatutako ideietako bat "zaintza balioesteko gizartea eraldatzeko projektua" abian jartzea zen. Proposamena aurretiazko azterlan batean gauzatu zen. Azterlan horretan, aipatutako foru-lurraldean zainketen gizarte-antolaketa aztertu zen, eta eremu horretan aurrera egiteko lehentasunezko jarduera-ildoak identifikatu ziren (SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua, 2022).

Ikerketa hori Gipuzkoako Diputatu Nagusiaren Arloko Berdintasun Organoak finantzatu zuen, eta, horren ondorioz, hainbat azterlan egin ziren, besteak beste, zaurgarritasun egoerei aurre egin behar dioten familia-eremuko zaintzaile-taldeak identifikatzeko eta genero-ikuspegitik dituzten premia, arazo eta zailtasun espezifikoak aztertzeko (SIIS Ikerketa eta Informazio Sozialeko Zerbitzua, 2024). Helburu horiek lortzeko, bi metodologia osagarri aplikatu ziren. Alde batetik, nazioarteko literaturaren berrikuspen bibliografikoa, eta bestetik, sakoneko elkarriketetan oinarritutako ikerketa kualitatiboa. Artikulu honek azterlan kualitatibo horren emaitzak jasotzen ditu.

Zaintzaileen profil ohikoena honako hau dugu: adin ertaineko emakume bat, etxearen bizi diren pertsonak artatzeaz eta laguntzeaz arduratzentzen dena; kasu batzuetan, zerbitzu formalen laguntza jasotzen du (publiko zein pribatuen eskutik); beste batzuetan, berriz, ez. Baino badira beste zaintzaile-multzo batzuk, dituzten ezaugarriak eta pairatzen dituzten inguruabar espezifikoak direla eta zaurgarritasun-egoeran dauden taldeak bihurtu direnak. Literatura zientifikoak zaintzaile ezkutuak edo ikusezin bihurtuak deitu izan die talde horretako kideei, ez baititzte eskuratzenten zaintzaileentzako dauden zerbitzuak edo baliabideak, ez behintzat beste batzuen maila berean. Zenbait faktorek esku hartzen dute gabezia horretan; besteak beste, ezagutzarik ezak, eskaria gehiegiz atzeratzeak (egoera jasanezin bilakatu arte), lotsaizunak edo estigma sozialarekiko beldurrak. Talde ezkutua edo ikusiezin bihurtua den arren, geroz eta herrialde gehiagok jarri dituzte martxan horrelako jendea detektatzeko mekanismoak, eta pertsona zaintzaile horiek aurkitu eta ikusgai bihurtzeko zenbait neurri hartzen hasi dira euren laguntza-planetan.

Hau da azterketa honen helburu orokorra: familia barruan zaintzaile-lanak egiten dituztenen artean zaurgarritasun-maila handieneko taldeak identifikatzea, eta jakitea zer behar, arazo eta zailtasun espezifiko dituzten, genero-ikuspegitik begiratuta. Horretarako, berariazko helburu hauek proposatzen ditu:

¹ <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/partaidetza/aurrekontu-irekiak2021/>.

- Zaurgarritasun-mailarik handiena duten pertsona edo familia zaintzaileak detektatzea, haien ezaugarri pertsonal, familiar, sozial eta testuinguruaren araberakoak aintzat hartuta.
- Zaurgarritasun-maila handieneko pertsona zaintzaileen behar, arazo eta zailtasun nagusiak identifikatu eta aztertzea, zaintza familiarrak eskaintzen dituzten testuingurua kontuan izanik.
- Zerbitzu, baliabide eta prestazioei dagokienez pertsona eta familia zaintzaile espezifikorik horien beharrei ematen zaien erantzuna aztertzea eta horretaz gogoeta egitea.

Laburbilduz, alde batetik zaurgarritasun-maila handiena pairatzen duten pertsona edo familia zaintzaileak detektatzea da xedea; bestetik, berriz, zer behar dituzten aztertzea, haien esperientzia kontuan hartuta eta genero-ikuspegii interseksionala irizpide dela. Talde espezifikorik horien beharrei ematen zaien erantzunaz gogoeta egiteko eta hura hobetzeko oinarri izatea, horra azterketa honen egiteko.

Artikulu honi bide ematen dion azterlanean (SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua, 2024), bi metodologia erabili dira aipatutako xedea lortzeko. Alde batetik, nazioarteko literaturaren azterketa bibliografikoa, zaurgarritasun-arrisku handiena duten zaintzaile-taldeak identifikatzeko; bestetik, metodologia kualitatiboa bat, sakoneko elkarriketak eginez, Gipuzkoako zaurgarritasun-maila handieneko pertsona edo familia zaintzaileen beharrak, arazoak eta zailtasunak zein diren jakiteko. Berrikuspen bibliografiko hori aldizkari honetan argitaratu berri zen beste artikulu baten oinarri izan zen (Peña, 2024); artikulu honek, berriz, jatorrizko azterlana osatzen duen zati kualitatiboa laburbiltzen du.

Hona artikuluaren edukia, zeina lau ataletan baitago banatuta. Lehenbizikoan, ikerketaren helburuak, erabili den metodologia eta artikuluaren egitura ageri dira. Bigarrengoa atalean, Gipuzkoako esperientziak aztertu dira. Zehazki, azterlana egiteko erabilitako metodologia kualitatiboa deskribatzen du atal horrek, eta zaurgarritasun-egoera larriena pairatzen duten Gipuzkoako zaintzaileen esperientziak, elkarriketetako adierazpenak oinarri hartuta. Hirugarrenean, berriz, elkarriketeten eta haien ondorio nagusien azterketa egin da, zeharka aipatuz jorratutako alderdi nagusiak. Amaitzeko, artikuluan aipatutako erreferentzia bibliografikoak ageri dira.

2. Bibliografia-ikerketatik landa-lanera: Gipuzkoako zenbait zaintza-esperientzia

Zaintza informalaren alorreko zaintzaile ezkutu edo ikusezinen gaineko azterketa bibliografikoa du abiapuntu ikerketa honek. Jorratu den gaia ekiteko, literatura zientifikoak ikusezintzat jotzen dituen taldeak aztertu dira: zaintzaile gazteak, adineko

zaindariak, landa-inguruneko zaintzaileak, talde minoritarioetakoak (atzerritar jatorrikoak, gutxiengo etnikoetakoak eta LGTBIQ+ taldekoak), gainkarga pairatzen duten pertsonak eta, zehazki, guraso bakarreko familietaiko buru diren emakumeak.

Sailkapen hori oinarri harturik, hau nabarmenzen du azterketak: zenbait elementu pertsonalek eta egiturazkok dutela eragina talde horien zaintza-jardueran, eta laguntza-baliabide formalen erabilera urria dakartela. Kasu batzuetan, elementu horiek baldintzatu egiten dituzte baliabide formalak erabiltzeko zaintzaileen nahiak eta gaitasunak, eta laguntzak eskatzeko gogoa murriztu. Beste batzuetan, berriz, baliabideak eskuratzeko hesi eta oztopo bihurtzen dira elementu horiek, eta laguntza-zerbitzu formalen irismenekin kanpo uzten dituzte talde horietako pertsonak. Laburbilduz, prozesu horiek zaurgarritasun-arriskuko egoera uzten dituzte talde horietako zaintzaileak.

Azterketa bibliografikoak, beraz, hau nabarmendu du: ikusgai jarri behar direla talde zehatz horien egoera eta haien zaintza-jarduerak. Hori dela eta, lanaren bigarren zati hau azterketa kualitatibo moduko bat da (mugatua), eta hau izan du oinarri: identifikatutako profiletako jendeari egindako elkarrizketa erdiesgituratua. Beraz, zaintzaileen lekukotasunak izango dira ikerketa bibliografiko horren bigarren zati honen ardatz nagusia. Hartara, testuinguru egokia jarriko zaio literaturaren bidez jasotako informazioari, pertsona horien gaineko ezagutza zehatzeta dela medio. Eta hona horren emaitza: zaintzari buruzko istorioak edo kontakizunak talde horiek Gipuzkoan egiten duten zaintza-lanaren biziarenak azaltzen dituztenak.

Bestalde, proposatzen da elkarrizketetan jasotako material kualitatiboen zeharkako azterketa egitea, genero-ikuspegi interseksionalaz baliatuz, zaintza-mundua erabat baldintzatzen baitute genero-desberdineriek. Azterketa horren bidez jakin dezakegu zer esperientzia dituzten zaintzaile parte-hartzaileek, zer faktorek areagotzen duten jorratutako taldeen zaurgarritasun-maila, eta genero-harremanek nola baldintzatzen dituzten gizonen eta emakumeen zaintza-jarduerak eta zergatik ez dieten berdin eragiten batzuei eta besteei. Laburbilduz, hau da azterketaren xedea: testuinguru sozial zabalago batean kokatzea zaintza-esperimentziak –zaintzen gizarte-antolakuntza–, eta zaintza informalaren alorrean genero-desberdineriek eragiten eta bultzatzen dituzten dinamiketako batzuk hautematea.

Hurrengo lerrootan azalduko da azterketa honetarako erabilitako prozesu metodologikoa; ondoren, genero-ikuspegiaren arabera aurkeztuko dira azterketaren emaitzak.

2.1. Metodología

Ikusezin bihurtutako taldeetako hamaika lagun egindako hamar elkarrizketa erdiesgituratua eta

presentzialek osatzen dute azterketa kualitatibo hau². Hurrengo ataletan duzue parte-hartzaileak erakartzeko prozesua eta laginaren karakterizazio labur bat, eta azterketarako erabili diren tresna metodologiko nagusien deskribapena.

2.2.1. Parte-hartzaileak erakartzea

Talde oso espezifikoetako jendearen lagin oso txikia zenez, hirugarren sektoreko eta gizarte-arretako profesionalekin eta ezagunekin hitz egin genuen parte-hartzaileak aurkitzeko. Hasieratik s aiatu ginen elkarrizketatuen kokapen geografikoa ahalik eta zabalena lortzen, testuinguru-aukera ere handia izan zedin. Edonola ere, parte-hartzaileak erakartzeko metodoak baditu kontuan izan beharreko berezitasun batzuk; besteak beste, gizarte-zerbitzuen bidez identifikatutako profiletako batzuen muturreko zaurgarritasun-maila.

Hasieratik ageri zuten elkarrizketatzeko zailtasunik zenbait profilek; zehazki, neska-mutiko eta nerabe zaintzaileek. Hain zaurgarritasun-maila handia ikusirik, hasieratik erabaki genuen txikitatik zaintza-lanetan jardundakoa gazte helduak elkarrizketatzea. Baino kasu horietan ere jorratuko beharreko gaien nolakotasunak erabaki zuen nola ekin elkarrizketei; izan ere, iraganeko esperientzia gogorrak ekar zitzaketen gora, baita zenbait sufrimendu ere. Gizarte-langile baten bidez antolatu zen elkarrizketetako bat, eta elkarrizketatua joaten zen arreta-bulegoan egin zen, seguru senti zedin.

Ez zen erraza izan, halaber, ijito etniako zaintzaileekin harremanetan jartzea, eta alor horretan lan egiten duten zenbait erakunderekin hitz egin genuen. Emakume ijito gazteen Kera Elkartearren bidez jarri ginen harremanetan senarra zaintzen duen ijito etniako emakume batekin, Morenarekin. Alaba ondoan zuela egin zitzaion elkarrizketa, giroa atseginagoa izan zedin eta lasaiago hitz egin zezan.

Alabaina, ezin izan genuen hitz egin LGTBIQ+ taldeko zaintzaileekin, zenbait erakunderekin harremanetan jarri ginen arren. Kasu horretan, profil honetako norbaiten bila genbiltzan: 65 urtetik gorako pertsona bat (gerora, 60 urtera jaitsi genuen adina), LGTBIQ+ taldeko eta bikotekidea zaintzen zuena, edo zainduaren aurrean bere nortasuna eta sexu-joera ezkutatu behar izaten zuen norbait. Hau zen bilaketa horren ardatza: LGTBIQ+ taldekoia izan behar zuen elkarrizketatuak, eta talde horrekiko gizartearren diskriminazioa jasandakoa zaintza-lanean. Lagundu ziguten erakundeek elkarrizketa-eskaria zabaltzen, baina ez genuen erantzunik jaso.

Bi arazo nagusi bistaratzen dizkigute azterketarako parte-hartzaileak aurkitzeko zailtasun horiek: alde batetik, literaturak aipatzen duen ikusezintasuna

² Elkarrizketetako bakoitzaren laburpena duzue irakurgai (SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua, 2024: 33-52). Egin-dako hizkuntzan azaltzen dira, bizitza-istorio gisa.

nabarmentzen dute. Zenbait talderekin harremanetan jartzeko arazoetan nabaritu da arazo hori; esate baterako, zaintzaile gazteekin jarduteko ahaleginetan. Bestetik, zalantzan jartzen dute literaturak egoera horietako batzuek erakusteko modua; esate baterako, LGTBIQ+ taldeko zaintzaileena. Hona galdera: bilatzen ari zen jendearen profilak urriak zirelako ez zen aurkitu parte-hartzailerik edo, literaturak besterik dioen arren, LGTBIQ+ taldeko kide izatea ez delako erabakigarria familia-inguruneko zaintza-lanetan?

Kontuan izan beharreko beste datu bat zera da, gizonezkoak gutxiengoa direla profil guztieta, adineko gizon zaintzailearenean izan ezik, zeinen bila gogotik jardun arren. Elkarrizketatu diren hamaika lagunetatik hiru bakarrak ziren gizonezkoak. Kasu batzuetan, saiakera egin da emakumeen parte-hartza bultzatzen (adibidez, guraso bakarreko familiaburu diren emakumeena), baina, nolanahi dela ere, bistakoa da zaintza-lanetan gizonen aldean emakumeek duten esku-hartze handia.

2.2.2. Elkarrizketatuen ezaugarriak, labur adierazita

Elkarrizketatuen profilak eta oinarrizko ezaugarriak ageri dira 1. koadroan.

Gogora dezagun, bestalde, familia barruko zaintza ez dela beti bakarkako lana izaten, eta ez dela erraza izaten zehaztea zein den zaindari nagusia, bat baino gehiago dauden kasuetan. Horren adibide dugu

lan honetan senar-emazte bikote bati egindako elkarrizketa. Desgaitasuna duen alaba heldu baten gurasoak dira biak, eta 65 urtetik gorakoak. Landa-inguruneko zaintzari buruzko elkarrizketak, berriz, 94 urteko aita zaintzen duten bi lagun egin dizkiegu (semea eta alaba). Metodologia horri esker behatu dira familia barruan zaintza-lanak banatzeko dinamiketako batzuk, eta eginkizun horren azpian dauden desberdinak, azterketa-atalean ikusiko direnez. Dena den, ez dezagun ahantzi baterako elkarrizketek –edo zenbait senideri egiten zaizkienek– zenbait alborapen eta arrisku dakartzatela eurekin, naturaltasunez mintzatzea eragozten dutenak, batez ere zaintzaren alderdi negatiboei buruz.

Ikertzailearen eta parte-hartzailearen arteko solasaldi gisa antolatu zirenez elkarrizketak, gehienbat ingurune informaletan egin ziren, batik bat leku publikoetan (kafetegiak eta liburutegiak, besteak beste). Elkarrizketak grabatu egin ziren –aldez aurretik elkarrizketatuen baimena jasota–, eta datuak anonimizatu (izen-abizenak, jatorrizko herriak edo herrialdeak), euren lehentasun pertsonalen arabera.

2.2.3. Informazioa jasotzeko tresna: elkarrizketa erdiegituratu presentziala

Elkarrizketa erdiegituratu presentziala izan da lan honetarako tresna metodologikoa; zehazki, bizitza-istorioen prozedura biografikoa deritzon metodoaren egokitzapen bat. Horretarako, elkarrizketen gidoi bat

1. koadroa. Laginaren karakterizazio laburra								
Profilak	Izena*	Adina	Jatorrizko herrialdea	Bizi den herria	Lanbidea	Zainduarekiko ahaideetasun-maila (adina)	Zainduarekiko bizikidetzamota	
Emakume zaintzaile gaztea	Haizea	28	España	Donostia	Mediku-bisitaria	Ama (68) urte	✓	
Emakume zaintzaile gaztea	Aisha	21	Bangladesh	Lasarte-Oria	Erizaintzako laguntzailea	Anaia (14)	✗	
65 urtetik gorako gizonezkoak, desgaitasuna duen alaba zaintzen duena	José Miguel	73	España	Orio	Erretiratua	Alaba (48)	✓	
65 urtetik gorako emakumea, desgaitasuna duen alaba zaintzen duena	Merce	72	España	Orio	Erretiratua	Alaba (48)	✓	
65 urtetik gorako gizona	Ibarretxiki	79	España	Elgoibar	Erretiratua	Ezkontidea (79)	✓	
Landa-inguruneko zaintzailea, gizona	Jesus Mari	64	España	Ordizia	Erretiratua	Aita (94)	✗	
Landa-inguruneko zaintzailea, emakumea	Esti	53	España	Ordizia	Komertziala	Aita(94)	✗	
Ijito etniako zaintzailea, emakumea	Morena	55	España	Irún	Langabea	Ezkontidea (61)	✓	
Atzerritar jatorriko zaintzailea, emakumea, guraso bakarreko familia bateko kidea	Miuch	40	Kolonia	Tolosa	Zaintza-alorrek langilea	Semea (12)	✓	
Zaintzailea, emakumea, guraso bakarreko familia bateko kidea	Estitxu	45	España	Donostia	Irakaslea	Semea, (10) eta alaba (12)	✓	
Zaintzailea, emakumea, guraso bakarreko familia bateko kidea	Maite	45	España	Errenteria	Langabea	Alaba (4)	✓	

* Izen asmatuak parte-hartzaileen anonimotasuna bermatzeko
Iturria: egileak egina

prestatu zen, zaintza-harremana, egungo egoera eta etorkizunerako itxaropenak jasotzen zituen.

Ahozko narrazio-prozesu baten bidez datu kualitatiboak jasotzea oinarri duen ikerketa-metodo bat dira bizitza-istorioak direlakoak. Elkarrizketatuen zaintza-esperimentziak ezagutzeko eta jasotzeko biderik egokiena zela erabaki zen, bi arrazoi hauengatik:

- Lehenik eta behin, lehen pertsonako narrazio-prozesuak erraztu egiten duelako jakitea nola interpretatzenten duen elkarritzetatuak bere esperientzia eta nortasuna (kasu honetan, zaintzaren esperientzia eta nortasuna), eta nola ematen dion zentzu. Istorio lineala eta, aldi berean, irekia eraikitzeo aukera ematen du zaintzaren iraganaz, orainaz, nahiez eta kezkez narratiba bat prestatzeak, non protagonismo nagusia elementu hauetekoa: elkarritzetatuarentzat esanguratsuenak diren haiek. Izan ere, azaltzea erabakitzenten den alderdien hautaketak berak ere adierazten digu zeri deritzon elkarritzetatuak kontatzeko moduko gauza, hau da, esanguratsua.
- Bestalde, agian izendatu gabe zeuden —eta narratzailea bera ere harrituta utz dezaketen— zenbait alderdiri buruzko gogoeta gisa ere eratu da narrazio-prozesua. Hona adibide bat: elkarritzetatutako neska gazteetako bat harrituta geratu zen konturatu zenean zenbat zaintza-lan egin zuen haurra eta nerabea zela. Elkarrizketan bere esperientzia azaldu zuen arte, ez zen jabetu egindako lanaren tamainaz.

Jakina, zaintzaren alderdi emozionala ere azaldu da elkarritzetetan. Malko, isilune eta irribarre artean plazaratu dira zailtasun-momentuen, etorkizunarekiko beldurren eta zainduarekiko maitasunaren gaineko oroitzapenak. Bihoazkie parte-hartzaleei eskerrik beroenak euren alor hain pertsonal eta intimoetara sarbidea emateagatik ikerketa hau egiteko.

3. Elkarrizketen azterketa

Atal honetako hamar elkarrizketa erdiegituratuen bidez jasotako esperientziak oinarri hartuta, ikusezin bihurtutako taldeen zaintza-esperimentzien zeharkako azterketa egin da, genero-ikuspegi interseksionala erabiliz. Lagina urria eta askotarikoa denez, azterketak ez du aukerarik ematen ikertutako profil bakoitzaren berariazko egoeretan sakontzeko. Beraz, hau proposatzen da: talde horietako zaintza-esperimentziek erkide dituzten alderdiak jorratzea, haien ikusezintasuna eta zaurgarritasuna eragiten dutenak, hain justu ere.

Genero-ikuspegi interseksionalak, berriz, ikuspegi analitiko berezia eskaintzen du, eremu informaleko zaintza-lanek testuinguru dituzten harreman sozial asimetrikoak ardatz dituena. Noski, jasotako lekukotasunetan argi eta garbi ageri da desberdinaketa hori, non nabarmen ikusten baita zaintza-ardurek askoz gehiago baldintzatzen dutela

emakumeen bizitza gizonena baino (Comas d'Argemir eta Chirinos, 2017).

Zaintzaren alderdi-anitzasuna da azterketa hau egiteko kontuan hartutako beste faktore bat. Bildutako lekukotzen arabera —eta literatura espezializatua— ekarpenei jarrai kitz—, elkarrekin lotutako alderdi moralak, emozionalak eta materialak hartzen ditu barne eremu informaleko zaintzak. Azterketarako baliagarriak dira alderdi horiek, baina zailak zaintzaileen esperientzieta bereizi eta hautemateko; hori dela eta, zedarrizten, kuantifikatzenten eta identifikatzenten ere nekeza den jarduera bilakatzen dute zaintza (Moré, 2021). Eremu pribatuko jarduna izateak, beriz, areagotu egiten ditu ezaugarri horietako batzuk, bai ezkutuan geratzen delako (etxe barruan), bai ikusezina bihurtu delako, eguneroko ekinean hain sustaituta egoteagatik. Oro har, ohikoa da hori eremu informaleko zaintzan, baina ikusezintasun-maila handiagoa jasaten duten taldeentzat are arriskutsuagoak dira elementu horiek, mugatu egiten baihik egindako zaintza-lanak aitortzeko zaindarien gaitasuna eta, honenbestez, erabilgarri dauden baliabideak eta laguntzak eskuratzekoak.

Horregatik, zaurgarritasun-arrisku handieneko alor hauetako jorratu ditu azterketa: zaintzaren alderdiak (elementu morala, emozionala eta materiala); zaintzaileen nortasunak eta haien dagozkien ikusezintasun-faktoreak; lagunza-baliabide formalak eta informalak eskuratzeko aukera, eta zaintza-lanak zaindarien ongizatean eta bizitzako ibilbidean duen eragina.

3.1. Zaintzaren alderdi morala eta etikoa

3.1.1. Ahaidetasunak berekin dakaren betekizun morala, eta emakumeak "bere zaintzaile" izatea normaltzat hartzea

Honela adierazten da zaintza informalaren alderdi morala edo etikoa: zaintza-ardurak norberaren gainean hartuz, ahaidetasun-harremanek eurekin dakarten betekizun morala dela medio. Jasotako lekukotasunen arabera, belaunaldi arteko zein belaunaldi bereko familia-loturek dakarten erantzukizun-zentzuaren bidez bereganatzen dute zaindariekin zaintzaren ardura, maitasuna eta afektuak tarteko direla.

Lekukotasun batzuek zera ere aipatzen dute, ahaidetasun-sistemako zaintzaren elkarrekikotasuna, zeina iraganean egindako edo etorkizunean egitekoan den zaintza-lan baten inguruan eratu baitaiteke. Horra, esate baterako, Ibarretxikiren kasua: ezkontide gisa dagokion betekizuna duelako zaintzen du emaztea, hark duela zenbait urte familia zaindu baitzuen. Maitek, berriz, zera dio, gurasoak zahartzen direnean berari egokituko zaiola haien zaintza, Ane alaba zaintzen lagundu ziotelako.

Alabaina, hau dio aztertutako literaturak: ahaidetasunaren, betekizunaren eta afektuen

araberako zaintzak betikotu egiten duela jarduera horren "normaltasuna" eta ikusezintasuna (Comas d'Argemir eta Chirinos, 2017). Zehazkiago esanda, ahaidetasunaren betekizun moralen araberako zaintza-ardurak ez dira berdintasunez banatzen, eta batez ere emakumeen bizkarrera joaten dira. Literatura feministak frogatua duenez, emakumeen zaintza-rola haien jarrera berezko eta naturaltzat hartzearen ondorio da hori, eta genero-roletan eta sexuaren araberako lan-banaketan gauzatzen da (Celi eta Ezquerra, 2020).

Izan ere, elkarriketetako kontakizunek eurek uzten dute argi zaintza-lana emakumeen esku geratzen dela gehienbat, eta naturaltzat hartzen dela hala izatea. Zenbait lekukotzak hitzez adierazi dute "naturaltasun" hori: diotenez, emakume izateak –ama, alaba edo ahizpa— jarri ditu familiako zaindari nagusiaren lekuaren. Beste emakume batzuek, berriz, harro diote biziota osoa daramatela zaintza-lanean, eurek hala nahi dutelako, eta zaintzaren balioa azpimarratzen dute, euren nortasunari zentzua ematen diola eta. Garbi ikusten da hori Morenaren kasuan, zeinak familiako zaindari-rolaren inguruaren eraiki baitu bere nortasun femeninoa (ama eta emazte).

Emakume horien adierazpenek beste zera bat ere azaldu dute, elkarriketako testuinguru espezifikotik landa ere jarduten direla zaintza-lanetan: aitagarinreba edo amagarinreba zaintzen, eremu informalean; enpleguan (etxearen lanen sektorean, haurren irakaskuntzan, alor soziosanitarioran). Kontuan hartzekoak dira, halaber, gizarte-zaintzaren alorrean dituzten ibilbide akademikoak. Ohartuko zinetenez, sektore feminizatuak dira aipatu ditugun guztiek.

Zaintza-lanak emakumeen eginkizuntzat jotze hori elkarriketetako gizon-kopuruan ere ikusi da (oso gutxi), bai eta gizonen kontakizun batzuetan hautemandako jarreretan ere. Literatura zientifikoaren arabera, hiru faktore hauek eragiten diete atzera gizonei zaintza-lanak direla eta: a) jakiteak, zaintza-lanetan izan duten sozializazio eskasagoari lotua; b) ahal izateak, ordaindutako lana dela medio produkzio-alorrean duten nagusitasunari eta etxearen lanetatik urrunzeari uztartua, eta c) nahi izateak, gizonak sozializatu dituzten eta maskulinitatea eraikitzen den genero-nortasunaren ondorioa (Tobío, 2012).

Elementu horiek agerian geratu dira elkarriketaka batzuetan, gizonezkoak zaindari gisa azaldu direnetan, alegia. Zaintza-lanari ez diote garrantzirik kentzen, baina kasu jakin batzuetan bakarrik ekiten diote gizonek zeregin horri. Alde batetik, beste irtenbiderik ez baldin badago. Hori zen, esate baterako, Ibarretxikiren kasua, zeinak beste hau ere gaineratu baitzuen: hiru semeek ez zutela esku hartzen emaztearen zaintza-lanetan. Bestalde, egin diren elkarriketetatik ondorioztatzen denez, gizonen zaintza-ardura erretiratu ondoren hasten da (emakumeena ez bezala), ez aurretik, hau da, produkzioaren eremuan jarduteari utzi eta etxean denbora gehiago ematen hasten direnean.

Baina are esanguratsuagoak dira lekukotasunetan hautemandako gizonen absentziak. Nabarmenzeko da Miuch eta Estitxu buru dituzten guraso bakarreko familietako aiten gabezia, garbi erakusten duena ez dutela inolako parte-hartzerik seme-alaben hazkuntzan. Deigarria da, halaber, anaia zaharren falta elkarriketatutako bi neska gazteek egiten dituzten zaintza-lanetan.

3.1.2. *Gizarteak zaintza-lana naturaltzat hartzea eta gutxiestea*

Literatura espezializatuak agerian jartzen du gizarteak ez duela berdin baloratzen emakumeek eta gizonek egiten duten zaintza-lana, aipatu dugun zaintza "naturaltzat jotzeko" joera dela eta. Zaintzaileak emakumeak badira, "bistakoa den zerbaiz" da zaintza: jakintzat ematen da emakumeak egin behar duela, eta oharkabeen bezala geratzen da haren lana (Serrano-Pascual, Artiaga-Leiras eta Crespo, 2019: 164). Gizonek egiten duten zaintza-lanak, aldziz, aintzatespen sozial handiagoa du, eta ezaugarri moral positiboei loturik azaldu ohi da. Egin diren elkarriketek gaia argitzen ez badute ere, hortik jotzen du familia gurasobakar bateko ama batek, Estitxuk: atsedenaldi bat hartzearren laguntza eskatzen badu, badirudi ama gisa dagokion erantzukizunari uko egiten ari zaiola. Estitxuk matxismoarekin lotzen du —zuzen-zuzenean— jarrera hori. Kasu horretan, bistakoa da noiz egiten den zaintzari buruzko balorazio morala zaindaria emakumea baldin bada: zaintzareniko izan behar omen luken jarrera urratzen duenean.

3.2. Zaintzaren alderdi materiala

Alderdi moraletik landa, eguneroko jardunean egiten diren hainbat gauza material zehatzent bidez ikusten da eremu informaleko zaintza. Ugarriak eta era askotakoak dira, izan ere, elkarriketatutako lagunek egiten dituzten lanak, eta zaintzailearen egoera espezifikoaren araberakoak: eguneroko bizimodua kudeatzea (erosketak egin, kozinatu, garbitu, egunkaria erosi, fakturak ordaindu); zainduari ibiltzen, janztzen edo garbitzen lagundu; zainduaren laguntzaile jardun, egunerokoan eta ospitaleratzen dutenean; laguntza ekonomikoa eta medikoa eman, besteak beste. Laguntza medikoari dagokionez, zainduari medikuarekiko hitzorduetara laguntzeaz gain beste zenbait jarduera espezializatu ere egiten dituzte zaindariek, zaintza formalaren eta informalaren mugak lausotzen dituztenak: medikamentuak harraraztea, sendaketak egitea, diagnostikoak jasotzea eta espezialistik bilatzea, adibidez. Zainduak mendekotasun-maila handia baldin badute, berriz, badirudi gainezka egiten dutela zaintza-lanek, integrala eta jarraitua izaten baita arreta.

3.2.1. *Nola banatzen diren lanak*

Zaintza emakumeei dagokien lana dela dioen usteak badu eragina honetan ere: nola esleitzten diren arreta-

lanak, betiere genero-rolei eta sexuaren araberako lan-banaketari jarraikiz. Gizonek emakumeek baino zaintza-lan gutxiago egiten dute eta, ikerketa batzuen arabera, emakumeek baino gehiago egiten dituzte errutinazko lan ludikoak edo hain errutinazkoak ez direnak; esate baterako, gurpil-aulkian paseatzera atera zaindua, edo medikuarekiko hitzorduetara lagundu (Legarreta, 2012; Sagastizabal, 2019). Beste hau ere badiote ikerketa horiek: emakumeak baino gutxiago arduratzen direla gizonak zainduaren gorputzak behar duen arretaz (Artiaga, 2021).

Esti eta Jesus Mariaren lekukotasunek garbi erakusten dute lan-banaketa hori: anai-arrebak dira, eta aita zaintzen dute, landa-ingurunean (argitu dezagun Estik intentsitate handiagoko zaintza-lana egiten duela). Zaintzaren alderdirik "etxetiarrenaz" arduratzen da Esti: kozinatu egiten du (beste ahizpa bat ere aritzen da horretan), garbitu edo erosketak egin. Zaintza medikoa ere arduratzen da, eta hitzordu medikoetara laguntzen dio aitari, eta medikazioa ematen. Jesus Mari, aldiz, batez ere jarduera produktiboetan eta etxetik kanpokoetan jarduten da: landa-ingurunea izaki, lurra lantzen du, indar fisikoa edo trebetasun teknikoak zein mekanikoak eskatzen dituzten eginkizunez arduratzen da (automobila, etxeko instalazio elektrikoa).

José Miguelek eta Mercheek, berriz, bien artean zaintzen dute desgaitasuna duen alaba heldua. Egun, gizona arduratzen da gehienbat alaba zaintzeaz; duela urte batzuk, aldiz, emaztea. Aipa dezagun alabaren kirol-ibilbideari ere loturik dagoela aitaren zaintzarekiko ardura, lehen aipatu dugun elementu ludikoa tarteko dela.

3.3. Zaintzaren alderdi emozionala

Eginkizun materialei ez ezik, zaintza emozionalari ere lehentasuna ematen diote elkarriketatuek, eta, diotenez, hori da zailtasunik eta nekerik handiena eragiten diena. Zainduaren ongizate psikologikoari, osasun mentalari eta biziopozari eustea da lehentasuna, eta xede horrek etengabeko ardura eskatzen dio zaintzaileari. Morenaren kontakizunak dioenez, esfortzu mental handia dakar berekin zaintza emozionalak, eta gainkarga eragin dezake. Ez da nabaritu elkarriketetan gizonen eta emakumeen arteko alde esplizituzik gai hori dela eta, baina literaturak dioenez, emakumeen bizkar gainera erortzen da —nabarmenki eta neurriz kanpo— zaintza emozionala eta horrek dakaren karga mentala (Alonso Fernández de Avilés *et al.*, 2021).

Gainera, inolako jarduera material praktikotan gauzatzen ez denez, etengabea baina ikusezina izan daiteke zaintza emozionala, eta —horrexegatik— identifikatzen zaila. Garbi ikusten da hori gaixotasun mentalen bat dutenen arretan, eta hala dio Haizearen lekukotasunak. Txikitistik ari da zaintzen ama, zeinak nahasmendu mental larri bat baitauka. Mendekotasuna ikusgarria ez den egoeretan zaintza-lana ikusteko zailtasunaren adibide dugu Haizearen

kasua. Horrelakoetan, etengabe erne egon behar izaten du zaindariak, eta horrek izugarrizko akidura eragin diezaioke.

3.3.1. Anbibalentziak, afektuak eta afekturik ezak

Zaintzaren alderdi subjektiboa hain esanguratsua izaki, ez da harritzekoak elkarriketatuen kontakizunek karga emozional handia izatea eta emozioen, sentimenduen, afektuen eta afektu-gabeziaren bidez adieraztea (Carrasco *et al.*, 2011). Lekukotasunek erakusten dutenez, sentimendu hauek sortzen dira zainduaren eta zaintzailearen artean: elkarreko maitasuna; tristeza, mendekotasun-egoeragatik; lotsa, nahasmendu mentalagatik, eta erruduntasun-usteak, hartutako edo esleitutako zaintza-ardurak ez betetzeagatik.

Ohikoa izaten da, bestalde, afektu horiek elkarrekin nahastea eta anbibalentzia betetako zaintza-bizipenak sortzea, non harro sentitzen baita zaindaria egiten duen zaintza-lanagatik baina, aldi berean, ohartzen baita zenbateko inpaktua izan duen jarduera horrek bere ibilbide pertsonalean eta bizitzan. Lekukotasun bakan batzuek, berriz, sakrifizioa eta ezina aipatzen dituzte zaintza-lanaren ezaugarri nagusitzat.

3.4. Zaintza-lanaren garrantzia nortasunaren eraikuntzan, eta ikusezintasun-faktoreak

Zaintza-lanaren funtsezko elementuak dira zaintzailearen nortasuna eraikitzea eta erabilgarri dauden baliabideak eskuratzea, talde ikusezinei buruzko literaturak dioenez. Ikerketa honen irismenek kanpo geratzen da gai horren gaineko azterketa integrala egitea baina, hala eta guztiz ere, jarraian jorratuko dira zenbait ikusezintasun- eta zaurgarritasun-faktore, zainduen zein zaintzaileen nortasun jakin batzuen eraikuntzari lotuak.

3.4.1. Zaindua eta haren beharrak lehenestea

Jaso diren kontakizun gehienek badute elementu komun bat: zaintzailearen eta haren beharren aurretik daude zaindua eta haren beharrak. Eragin handia du jarrera horrek zaindariaren zaurgarritasunean eta ongizatean, gainkarga dela eta.

Zaintzaren kontakizuna egitean ere atzematen da elementu hori. Izan ere, elkarriketaren gidoiak zaintzailea lehenetsi duen arren, kasu batzuetan oso neketsua izan da zaintza-lanaren gaineko informazioa eskuratzea, kontakizun horiek zainduaren esperientzia lehenesten baitute, haren zailtasunak aztertzen eta egoera horrek haren osasunean, ongizatean eta erresilientzian duen eraginari erreparatzen; zaintzailea, berriz, bigarren mailan geratu da. Horrelakoetan, "norberak bere burua ikusezin bihurtzen" duela ematen du, baina ez dago argi zergatik, kontakizunean ez baitira agertu elementu horiek.

Bestalde, mendekoaren beharrak zaintzailearen beharren gainetik jartzen direla ageri den kontakizunetan berriro aipatzen dira afektuak (maitasuna, adibidez) zaintzaren eragile gisa, norberaren beharrei erreparatu gabe. Beste batzuen iritziz, berriz, norberaren burua alde batera uztea da lehenespen hori, agian zaintza-beharrak irauten duen eperako soilik.

3.4.2. Zaintza-beharrak edo -kargak gutxitzea

Bestalde, zenbait kasutan zera nabari da, gutxietsi egiten dela zaintzaren beharra edo hark berekin dakinaren karga, beharbada zainduaren nortasuna ezkutuan gordetzearen (literaturaren arabera), haren mendekotasuna edo karga izatearen sentsazioa ukatuz (Knowles *et al.*, 2016; Morgan *et al.*, 2021).

Dena den, gehiago ageri da elementu hori gizonen kontakizunetan emakumeenetan baino, eta bat dator zaintzaile gizonezkoen nortasunen gaineke postulatu teorikoekin. Izan ere, garbi geratu da gizonen arteko zaintza-jarduera identitate maskulinoaren aurkako desafio gisa ikus daitekeela (Ribeiro, Paúl eta Nogueira, 2007), kulturalki emakumeen eginkizuntzat jotzen den lana baita zaintza. Ikuspegi horretatik aztertuta, zaintza-lanean birformulatu edo birnegoziatu egiten da identitate maskulinoaren eraikunta, zenbait estrategiarengan bidez.

Besteak beste, jarrera estoikoak eta beregainak goresten dira eta, kasu askotan, harrotasunez eta maskulinitatez bizi ohi da egoerari bakarka aurre egiteko gaitasuna (Finn eta Boland, 2021); laguntza eskatzea, berriz, ahulda dearen adierazle gisa. Garbi atzematen dira faktore horiek landa-ingurunean zaindari aritzen den Jesus Mariren adierazpenetan: bere aitak autonomia handia duela dio, eta ez duela arreta handirik behar. José Miguelen hitzetan ere nabari da gutxieste hori, zera baitio, ez duela inolako zailtasun izan desgaitasuna duen alaba zaintzeko; bestalde, ez du kezkariak adierazten etorkizuneko zaintzaz. Bestelako iritzia du emazteak, zeinak 114 urte biziko dela baitio, txantxetan.

3.4.3. Zaintzailearen rola nork bere gain hartzea

Zaintza-karga edo -beharrak gutxiesteko joeraz gain (batez ere adineko gizon zaintzaileen artean), nortasun maskulinoa birnegoziatzeko beste estrategia bat ere aipatzen du literaturak: ezkontideen elkarrekiko betekizun gisa onartzea zaintza, eta hari gogotsu ekitea (Ribeiro, Paúl eta Nogueira, 2007; Romeo eta Del Rincón, 2016; Comas d'Argemir eta Chirinos, 2017). Norberaren zaintzaile-rolari tinko atxikitzea eragin dezake joera horrek, eta kanpoko laguntzak eskatzen berandutzea edo laguntza horri esplizituki uko egitea.

Kasu honetan, gizonen zein emakumeen artean ageri da zaintzaile-rolarekiko atxikimendu irmo hori: zaintzaileak dio bera dela pertsonarik egokiena lan

horretarako, beste inork baino hobeto ezagutzen duela zaindua, eta ez dela fidatzen familiatik kanpoko inoren zaintza-lanaz. Lotura familiarrak jotzen dira zaintzaren bermerik hoberentzat, eta zaintza informalari legitimotasuna, benetakotasuna eta kalitatea egozten zaizkio, lan-harremanen bitartez ematen denaren gainetik.

Elkarritzetan, familia barruko zaintza lehenetsi dute beren burua zaintzaile trebetzat daukatenek, eta zenbaiten iritziz, zainduak berak ere nahiago du zaintza-mota hori. Zainduen beharrak zaindariarenaren gainetik jartzeko beste modu bat da hori, eta ikusezintasun-faktore gehigarria; bestalde, familia barruko zaintza-lana sustatzen du.

Deskribatu diren zaintzaileen lehenespenek, uko egiteek, gutxiespenek eta rol-atzitzeek funtsezko eragina dute zaintzaileen osasunean eta ongizatean, egoera jasanezina bihurtzen den arte atzeratu baitezakete laguntza-eskakizuna, edo laguntza formalei zein informalei uko egitera bultzatu. Literaturaren arabera (Campbell *et al.*, in Finn eta Boland, 2021), gainkarga eragin dezake norberak zaindariaren rola bereganatzeak. Esate baterako, Estiri eta Ibarretxikiri eginiko elkarritzetan ikusten da hori: kasu bietan, laguntza formalak zein informala ez eskatzeak edo eskaera atzeratzeak gainkarga eragin diezaike zaintzailee, eta hala aitorzen dute eurek ere. Nabarmenzeko da, bestalde, oso gutxi aipatu dela autozaintza elkarritzetan.

3.5. Laguntza-baliabideak eskuratzea

Deskribatu berri den laguntza-errefusaz gain, hor dira elkarritzetan aipatutako baliabideak ere, erabiltzen direnak eta ez direnak.

3.5.1. Laguntza formalak

Alde batetik, zenbait elkarritzetatuk diote erakunde publikoek ez dietela jaramonik egiten, batez ere gizarte-zerbitzuek. Dena den, elkarritzetatu bakoitzaren egoera zehatzaren araberakoak izan dira horri buruzko adierazpenak. Batzuek gizarte-zerbitzuekiko mesfidantza handia azaldu dute, eta haien jardueren aurrean babesgabe sentitzen direla zioten.

Mendekotasun-maila aitoru bat zegoen kasuetan, berriz, aldakorra zen laguntza formalen erabilera, bai ekonomikoena (familia ingurunean zaintzeko prestazio ekonomikoa), etxeeko arretarena (etxeeko arreta zerbitzua, telelaguntza) eta eguneko arretarena (eguneko zentroak). Elkarritzetatu batzuek ziotenez, jasotzen duten dirulaguntza ez da nahikoa, edo oztopo asko daude haiak eskuratzeko; beste batzuek, berriz, zera zioten, ez zutela laguntzarik eskatu haiak jasotzeko eskubidea eduki arren. Lehenago ere adierazi dugunez, erabaki horietan eragin handia du —kasu askotan— familia barruko zaintza-lana lehenesteak, zainduaren asmoei jarraikiz edo zaintza-bermerik onena lotura familiarrak direlakoan.

Elkarritzketatuetako batzuek, bestalde, emakumeak kontratatzenten dituzte zaintzarako edo etxeko lanetarako; zaintzarako bada, haurrak, helduak eta desgaituak artatzen dituzte kontratatuak. Bistakoa da, beraz, zaintza-lanaren feminizazioa, aurrez aipatu dugun emakumeen zaintzaren naturaltasunaren adierazle.

3.5.2. Laguntza informalak

Familia-sarea da elkarritzketatuek erabiltzen duten laguntza-baliabide nagusia, eta era askotakoa izan daiteke: aitona-amonen dirulaguntza hazkuntzagaustuetarako; umeak zaintzen esku hartzea, kontziliazio-baliabide gisa; anai-arreben artean banatzea lanak, zaintza-karga arintzeko; seme-alaben laguntza senideak zaintzeko, zaindariak atseden har dezan eta, etorkizunari begira jarrita, zaintza familiarra bermatzea, osasun-arazoak direla-eta zaindari nagusiek jada lan hori egin ezin dutenerako.

Honenbestez, sare familiarra da zaindarien euskarri eta babes nagusia, laguntza formalen gabeziei eta arbitrariotasunei kontrajarria. Maiteren adierazpenek garbi erakusten dute zenbateko babesera ematen dien sare familiarrak guraso bakarreko familiei. Guraso bakarreko familia bateko buru da Maite, berak hala erabakita, eta zera nabamentzen du haren adierazpenek, sare horren babesari esker (aita, ama eta ahizpak) erabaki zuela ama izatea.

Honenbestez, zaurgarritasun-faktore erabakigarria da sare familiarrik eza, eta hala adierazten dute Miuchen kasuak (atzerritar jatorriko emakume zaindaria, zeinaren sare familiarra Kolonbian baitago), Haizearenak eta Aisharenak (familiaren babesik ez duten zaintzaile gazteak biak ere). Azpimarratzeko modukoa da bi neska horiek adierazi zutena: eremu formaletik eskainitako baliabideetatik, arreta psikologikoa izan dela esanguratsuena (oso positibotzat jo dute biek), beharbada familiaristik jaso ez duten laguntzaren konpentsazio gisa (eskasa, inondik ere) hartu dutelako.

3.6. Zaintzaren inpaktu eta zaurgarritasuna areagotzen duten faktoreak

Eremu informaleko zaintza-ardurek inpaktu handia eragiten dute zaintzaileen osasunean eta ongizatean, are handiagoa laguntzarik edo babesik jasotzen ez dutenen eta lehendik ere osasun-arazoak zitzuztenen artean. Zenbait lekukotasun jaso dira zaintza-lanak sortzen duen nekeaz eta higaduraz, bai fisikoaz bai emocionalaz. Elkarritzketatu diren pertsonetako batzuen osasun-egoera ahulean eta estres- zein antsietate-aldietan atzematen da neke hori.

Bestalde, zaintza-lanetan jarduteak kalte nabarmena egiten die zaintzaileen ibilbide sozialei, akademikoei eta lanekoei. Zenbaitek adierazi dutenez, aisialdirako aukerak eta harreman sozialak galdu dituzte, etxean geratu behar izaten baitute, zaintza-lanak egiten.

Jasan dituen arazo akademikoen berri eman du zaintzaile gazte batek, Haizeak; besteak beste, utzi egin behar izan zituen goi-mailako ikasketak, ama zaindu behar zuen eta. Haurren zaintzari dagokionez, beriz, zera esan dute elkarritzketatuko emakumeek: lan-aukerak galdu dituztela, lanaldiak murriztu egin dizkietela eta, kasuren batean, lan-merkatutik irten egin direla, seme-alabak zaindu behar zituztelako.

Baina elkarritzetu guztiekin ez dituzte maila berean jasan zaintzaileen ongizateari eta biziibilbideari zaintza-lanak eragiten dizkien kalteak, baizik eta zaindarien zaurgarritasuna eta erantzukizunen inpaktuareagotzen duten egiturazko zenbait faktoreren arabera.

Jarraian daude zaurgarritasuna areagotzen duten faktore nagusiak, elkarritzetatik erauziak: generoa, adina, gurasobakartasuna, baliabide ekonomiko urriak eta, azkenik, jatorri etnikoa eta egoera administratiboak. Kategoria desberdinak dira, baina elkarrekin lotura estua dutenak, zenbait desberdinkeria-ardatzen elkargunea baitira. Guraso bakarreko familien zaurgarritasuna —adibidez— ez dago ulertzetik hura zeharkatzen duten genero-, jatorri-, etnia- eta klase-desberdinkeriak aintzat hartu gabe. Halaber, ijito etniakoa den Morena zaintzailearen diru-sarrera urrien eragileak antigitanismoak eragindako egiturazko diskriminazio-arrazoiak dira.

3.6.1. Generoa

Zalantzak gabe —eta azterketa honetan garbi ikusi denez—, generoa faktore erabakigarria da generoa zaintzaileen zaurgarritasunari dagokionez. Generoharremanek erabakitzenten dute zaintzaren maiztasuna, intentsitatea eta inpaktu, gizonen eta emakumeen artean desberdina den zaintza-arduren banaketaren araberakoak guztiak ere, eta emakumeak dira alor horietan guztietan ondoriorik larrienak pairatzen dituztenak.

Genero-indarkeriarena, berri, ez da aztertu, baina nabarmendu beharrekoa da, ondorio larriak eragiten ditu eta. Izan ere, egiazki da esanguratsua hain lakin laburrean (hamar elkarritzeta) indarkeria matxista esplizituki agertzea haietako bietan, parte-hartzialeak hautatzeko erabilitako —eta atal metodologikoan azaldutako— baheak gorabehera.

Bat dator bi kasu horiek —Miuchena, atzerritar jatorriko zaindaria, eta Haizearena, nahasmendu mentala duen amaren zaintzaile gaztea— zenbait azterketarekin, zeinen arabera elkarrekin lotuta baitaude atzerritar jatorria eta osasun mentaleko arazoak indarkeria matxista jasateko arriskuarekin eta haren ondorioekin. Lehenbizi aipatutako kasuan, administrazioaren irregularitasunak, sare familiarrik eta sozialik ez izateak eta beste zenbait faktorek areagotu dute indarkeria matxistaren inpaktu gure inguruko atzerritar jatorriko emakumeen artean (Arnoso *et al.*, 2013). Bestalde, osasun mentaleko

nahasmenduetan, genero-indarkeria arrisku-faktore gisa identifikatu da (Osasun Mundu Erakunde, 2013). Haizeak zioenez, zaintza-beharak areagotzea eta, honenbestez, zaugarritasuna handitzea eragin dezake horrek, bai zaindariarena, bai zaintzaileena.

3.6.2. Adina

Bi zaintzaile gazte helduren adierazpenek erakusten dutenez (Haizeaz eta Aishaz ari gara), arrisku-faktore erabakigarria da adina zaindarien artean. Zaintza-lanetan aritzen diren neska, mutiko eta nerabeek ez dute horretarako tresna egokirik, ezta zaintza bera identifikatu eta aitortzeko ere; hori dela eta, muturreko zaugarritasun- eta ikusezintasun-egoeran jarduten dira. Zaintza-lanean aritzen diren gazte helduek euren lanean, harreman sozialetan eta ibilbide akademikoan pairatzen dituzte horren ondorioak, bizitzaren une erabakigarietan gainera; hori dela eta, epe luzeko inpaktu eragin dezake jarduera horrek haien bizitzetan.

Gazte zaintzaileen egoera ez ezik, adinekoena ere aipatu behar da; esate baterako, Ibarretxikirena, zeinak 79 urte baititu eta emaztearen zaindari jarduten baita. Adineko jendeak eta mendekoak behar duten zaintza-intentsitate handiak —alde batetik— eta zaindarien osasun-egoera kaskarrak —bestetik— bat egin dezakete eta horien hauskortasuna areagotu.

3.6.3. Gurasobakartasuna

Guraso baten falta ez badu konpentsatzen sare familiarren lagunza integralak (Maiteren kasua, adibidez), ziurgabetasun-egoera oso larrian geratzen dira familia gurasobakarretako buru diren emakumeak. Kontziliaziorako dituzten zailtasunek kalte egin diezaiekete gizarte-harremanetan zein lan-alorrean, eta gainkarga materiala eta emocionala eragin. Hala erakusten digute Estitxuren eta Miuchen

kasuek. Bestalde, hazkuntza-gastuei aurre egiteko diru-iturri bakarra izateak areagotu egiten du emakume horien zaugarritasun ekonomikoa.

3.6.4. Baliabide ekonomiko urriak

Baliabide ekonomiko urriak ez dira berariazko azterketa-elementu izan lan honetan, baina zalantzak ez dago elkarritzetatuak estatus sozioekonomikoak eragina duela haien zaintza-jardueran. Beste zaugarritasun-bektore batzuekin batera (generoa, jatorri etnikoa) agertu ohi da, eta nabarmen eragiten dio zenbait lagunza-baliabide eskuratzeko aukerari (etxe-zerbitzua, adibidez). Bada aipatu ez den baina hemen jaso beharko litzatekeen beste alor bat ere: bizitegi-prekariatatea, eta zaintza-lanean duen eragina. Hala dio Morenak, esate baterako: etxebizitzaz duinago bat eskatzen du, bere senarraren beharrei egokitua, orain daukanak hezetasunak eta oztoko arkitektonikoak baititu.

3.6.5. Jatorri etnikoa eta egoera administratiboa

Miuchen kasuak argi erakusten du elkarrekin lotzen direla desberdinkeria- eta diskriminazio-ardatzak, eta zaugarritasuna areagotzen duten faktore gisa jarduten. Atzerritar jatorrikoak izateak eta egoera administratibo irregularrean egoteak ziurgabetasun ekonomikoa eragiten die emakume horiei, eta areagotu egiten du genero-indarkeria jasateko duten arriskua. Ikasketak homologatzeko oztopoek, arrazagatiko aurreiritziek eta lagunza-sare familiarrik ezak, gainera, laneko sektore prekarizatu eta gutxietsietara (zaintza-lanetara, esate baterako) bultzatzen ditu emakume horiek; Miuch, besteak beste. Familia- eta lan-alorretan jarduten da zaindari Miuch, eta beharbada haren adierazpenek jaso dituzte ondoen zaintza-sistema osoko bidegabekeriak eta desberdinkerak.

Aipatutako bibliografia

ALONSO FERNÁNDEZ DE AVILÉS, B. (koord.) (2021): *Carga mental y emocional de los cuidados: ¿la última frontera? Resumen ejecutivo*, Murtzia, Fundación Cepaim, <<https://www.cepaim.org/sites/default/files/legacy-wordpress-documents/2021/12/Carga-Mental-y-Emocional-de-los-Cuidados-Resumen-ejecutivo.pdf>>.

ARNOSO, M.; ARNOSO, A.; MAZKIARAN, M. eta IRAZU, A. (2013): "Mujer inmigrante y violencia de género: factores de vulnerabilidad y protección social", *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, 32. zb., 169-200, <<https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/912>>.

ARTIAGA, A. (2021). "Cuidados comunitarios y gobierno común de la dependencia: las viviendas colaborativas de personas mayores", *Revista Española de Sociología*, 30. bol., 2. zb., 29, <<https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.29>>.

CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C. eta TORNS, T. (2011): "El trabajo de cuidados, antecedentes históricos y debates actuales", in CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C. eta TORNS, T. (ed.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Catarata, 13.-95. or.

CELI, P. eta EZQUERRA, S. (2020): "El rol de los espacios comunitarios de cuidado de personas mayores en la democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona", *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 6. bol., 485. zb., <<https://doi.org/10.24201/reg.v6i0.485>>.

COMAS D'ARGEMIR, D. eta CHIRINOS, C. (2017): "Cuidados no pagados: experiencias y percepciones de los hombres cuidadores en contextos familiares", *Revista Murciana de Antropología*, 24. zb., 65.-86. or., <<https://revistas.um.es/rmu/article/view/310181>>.

FINN, C. y BOLAND, P. (2021): "Male family carers' experiences of formal support – a meta-ethnography", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35. bol., 4. zb., 1027-1037. or., <<https://doi.org/10.1111/scs.12919>>.

KNOWLES, S.; COMBS, R.; KIRK, S.; GRIFFITHS M.; PATEL, N. eta SANDERS, C. (2016): "Hidden caring, hidden carers? Exploring the experience of carers for people with long-term conditions", *Health & Social Care in the Community*, 24. bol., 2. zb., 203.-213. or., <<https://doi.org/10.1111/hsc.12207>>.

LEGARRETA, M. (2012): "El tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar. Estudio sobre el trabajo doméstico y los cuidados" [doktore-tesia], Euskal Herriko Unibertsitatea.

MORÉ, P. (2021): "Migration, ageing and transnational care arrangements of Ecuadorian care workers in Spain", *Population, Space and Place*, 28. bol., 5. zb., e2547, <<https://doi.org/10.1002/psp.2547>>.

MORGAN, T.; DUSCHINSKY, R.; GOTTF, M. eta BARCLAY, S. (2021): "Problematising carer identification: a narrative study with older partner's providing end-of-life care", *SSM - Qualitative Research in Health*, 1. bol., 100015, <<https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2021.100015>>.

OSASUN MUNDU ERAKUNDEA (2013): *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, Geneva, Osasun Mundu Erakundea, <<https://iris.who.int/handle/10665/85239>>.

PEÑA, S. (2024): "Revisión de la literatura sobre personas cuidadoras ocultas o invisibilizadas", *Zerbitzuan*, 84. zb., 7.-34. or., <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.84.01>>.

RIBEIRO, O.; PAÚL, C. eta NOGUEIRA, C. (2007): "Real men, real husbands: caregiving and masculinities

- in later life", *Journal of Aging Studies*, 21. bol., 4. zb., 302.-313. or., <<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.005>>.
- ROMEA, A.C. eta DEL RINCÓN, M.M. (2016): "De marajá a mayordomo: hombres de edad avanzada asumiendo tareas de cuidado", *Acciones e Investigaciones Sociales*, 36. zb., 91.-112. or., <https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2016361489>.
- SAGASTIZABAL, M. (2019): *La triple presencia. Estudio sobre el trabajo doméstico-familiar, el empleo y la participación sociopolítica*, Bilbo, Ciencias Sociales saila, Euskal Herriko Unibertsitatea.
- SERRANO-PASCUAL, A.; ARTIAGA-LEIRAS, A. eta CRESPO, E. (2019): "El género de los cuidados: repertorios emocionales y bases morales de la microsolidaridad", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 166. zb., 153168, <<https://doi.org/10.5477/cis/reis.166.153>>.
- SIIS GIZARTE INFORMAZIO ETA IKERKETA ZERBITZUA (2024): *Zaintza-lanak zaurgarritasun bereziko egoeran egiten dituzten pertsona, talde eta familieei buruzko azterketa / Estudio sobre la situación y necesidades de personas, colectivos o familias que cuidan en una situación de especial vulnerabilidad*, Donostia, Gipuzkoako Foru Aldundiaren Diputatu Nagusien Alorra, <<https://www.siis.net/eu/investigacion/ver-estudio/641/>>.
- SIIS GIZARTE INFORMAZIO ETA IKERKETA ZERBITZUA (2022): *Estudio sobre la organización social de los cuidados en Gipuzkoa e identificación de las líneas prioritarias de actuación*, l. g., Gipuzkoako Foru Aldundia.
- TOBÍO, C. (2012): "Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan", *Revista Internacional de Sociología*, 70. zb., 399.-422. or., <<https://doi.org/10.3989/ris.2010.08.26>>.

Cuidados domiciliarios más especializados, personalizados y orientados a la comunidad: el caso de Zaintzak Gertu

Garikoitz Agote Alberro

Dirección de Acción Social,
Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián
garikoitz_agote@donostia.eus

Almudena Esteberena Merino

Servicio de Personas Mayores y Discapacidad,
Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián
almudenaEsteberena@donostia.eus

Aintzane Garmendia Goicoechea

Dirección de Acción Social,
Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián
aintzane_garmendia@donostia.eus

Eunate Alonso Yuguero

Aztertzen Servicios Asistenciales
ealonso@aztertzen.eus

Itziar Barragán Rodiño

Aztertzen Servicios Asistenciales
i.barragan@aztertzen.eus

Alejandra Hermoso Humbert

Aztertzen Servicios Asistenciales
zgertu-kodirekzioa@aztertzen.eus

Artikulu honen helburua Zaintzak Gertu ekimena deskribatzea da. Ekimen hori Gipuzkoako Foru Aldundiak, Donostiako Udalak eta Aztertzen Servicios Asistenciales enpresak sustatzen dute, eta etxeko zainketen egungo eredua ikuspegi espezializatuago, pertsonalizatuago eta komunitarioago baterantz eraldatzea du xede. Zehazki, Zaintzak Gertu elkarteararen kasua aztertu nahi du, Donostiako etxez etxeko laguntza-zerbitzuaren eraldaketaren arloan egindako aurrerapenak azterzeko, baita etxean zaintza-estrategia bat eraikitzeari bultzada emateko ere. Horretarako, alde batetik, etxeko zainketen arloko testuinguruaren eta joera nagusien panoramika eskaintzen da, eta, bestetik, Zaintzak Gertu ekimenaren bereizgarri diren elementuak eta zaintza-ereduaren eraldaketaren testuinguruan duten kokapena xehatzen dira.

Gako-hitzak:

Etxez etxeko arreta, berrikuntzak, trebakuntza, arreta pertsonalizatua, arreta komunitarioa.

El objetivo de este artículo es describir la iniciativa Zaintzak Gertu, impulsada por la Diputación Foral de Gipuzkoa, el Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián y la empresa Aztertzen Servicios Asistenciales, y orientada a impulsar la transformación del modelo actual de cuidados domiciliarios hacia un enfoque más especializado, personalizado y comunitario. En concreto, trata de analizar el caso de Zaintzak Gertu para explorar los avances en materia de transformación del servicio de asistencia domiciliaria de Donostia, así como su impulso en la construcción de una estrategia de cuidados en el domicilio. Para ello, por un lado, se ofrece una panorámica del contexto y de las principales tendencias en materia de cuidados domiciliarios y, por el otro, se desgranan los elementos que caracterizan la iniciativa Zaintzak Gertu y su encaje en el contexto de transformación del modelo de cuidados.

Palabras clave:

Atención domiciliaria, innovaciones, capacitación, atención personalizada, atención comunitaria.

1. Introducción

Zaintzak Gertu es una iniciativa de investigación y acción participativa que surge en 2021 en un contexto pospandémico, donde la crisis del coronavirus evidenció la urgente necesidad de replantear los modelos de atención, lo que dio lugar a la creación de fondos específicos para impulsar este cambio. El proyecto, liderado por la Diputación Foral de Gipuzkoa, el Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián y la empresa Aztertzen Servicios Asistenciales, cuenta con dos ediciones: una primera entre 2022 y 2023, y una segunda entre 2024 y 2025.

Los fondos destinados a las dos ediciones de Zaintzak Gertu han sido de 497 982,62 euros, de los cuales la Diputación Foral de Gipuzkoa ha financiado 376 474,26 euros en el marco de la convocatoria de subvenciones a proyectos de innovación social (Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia).

Zaintzak Gertu tiene como propósito contribuir al desarrollo de la estrategia municipal de cuidados de larga duración, con un enfoque especial en el Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio (SAD, en adelante) de Donostia. Su objetivo es impulsar la transformación del modelo actual de cuidados domiciliarios hacia un enfoque más especializado, personalizado y orientado a la comunidad, que posibilite la permanencia de las personas mayores en su hogar y su integración en el entorno comunitario.

El objetivo de este artículo es analizar el caso de Zaintzak Gertu para explorar los avances en materia de transformación del SAD de Donostia, así como su impulso en la construcción de una estrategia de cuidados en el domicilio. Concretamente, se analiza el encaje de Zaintzak Gertu en las propuestas de transformación de las políticas y los servicios públicos de cuidados. Para dar respuesta a esta cuestión, por un lado, se ofrece una panorámica del contexto y de las principales tendencias en materia de cuidados domiciliarios y, por el otro, se desgranan los elementos que caracterizan Zaintzak Gertu y su aportación al cambio en el modelo de cuidados.

El artículo se estructura en cuatro apartados. En primer lugar, se ofrece una breve descripción del contexto en el que se desarrolla Zaintzak Gertu con relación a los nuevos modelos de cuidados de larga duración en general y de atención domiciliaria, en particular. A continuación, se presentan los elementos definitorios del programa, así como los principales resultados de la evaluación realizada del proyecto. El artículo concluye con un apartado de reflexiones que sintetiza lo que este nuevo modelo de atención domiciliaria representa en el contexto en el que se enmarca.

2. Contexto

2.1. El reto de los cuidados de larga duración

Desde una perspectiva amplia, el cuidado se define como "una actividad de la especie que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir en él lo mejor posible" (Fisher y Tronto, 1990: 40). Esta noción parte de la premisa fundamental de que todas las personas somos interdependientes, es decir, dependemos mutuamente unas de otras, así como ecodependientes, puesto que dependemos también del entorno. De una manera más concreta, el trabajo de cuidados comprende las actividades realizadas para garantizar el bienestar cotidiano de las personas desde diversas perspectivas: física, económica y emocional.

Desde una visión menos reduccionista, el Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián considera los cuidados como un valor público que define el ejercicio de ciudadanía en una sociedad democrática y que, como bien común que atraviesa todo el ciclo vital, debe ser reconocido como una responsabilidad compartida. Esta concepción de los cuidados exige superar la fragmentación que a veces caracteriza el diseño y desarrollo de las políticas públicas porque los cuidados interpelan a todas las áreas municipales, implican a todas las personas, independientemente de su situación y también a nuestra relación con el entorno¹.

Tabla 1. Financiación de Zainak Gertu

Edición	Gasto total (€)	Financiación PRTR	
		€	%
I	337 343,47	246 661,58	73,1
II	160 639,15	129 812,68	80,8
Total	497 982,62	376 474,26	75,6

PRTR: Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia

Fuente: elaboración propia.

¹ Esta concepción de los cuidados deriva de un proceso de reflexión colaborativo al respecto, impulsado por la Dirección de Acción Social del Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián durante el primer trimestre de 2023, en el que participaron más de 25 personas en representación de direcciones, servicios y organismos autónomos de la entidad municipal.

Esta visión viene a superar el modelo tradicional de cuidados que coloca a la familia como proveedora principal de cuidados y apoyo. En efecto, todavía hoy una parte muy importante del cuidado de las personas en situación de fragilidad o dependencia es asumida por la red informal, y en un contexto marcado por el rápido envejecimiento de la población, la sostenibilidad del sistema depende, en gran medida, de esta contribución. Asimismo, la pandemia de la covid-19 evidenció que el modelo vigente no responde adecuadamente a la situación de las sociedades actuales. La crisis sanitaria hizo más patente, tanto en el ámbito estatal como internacional, la denominada "crisis de los cuidados", generada por "un evidente desfase entre las necesidades y preferencias de cuidados de la población y la capacidad de la sociedad y los servicios públicos para proveerlos, así como de la escasez de personas trabajadoras cualificadas" (Vicente Echevarría *et al.*, 2024).

Por todo ello, la tendencia internacional viene apuntando a la transición hacia modelos de cuidados y apoyos basados en derechos, centrados en la persona cuidada y desde un enfoque comunitario con el fin de promocionar la autonomía personal de quienes requieren cuidado y, en consecuencia, facilitar la vida independiente. Asimismo, las personas en su mayoría prefieren vivir en su propio hogar el mayor tiempo posible o toda su vida, aun cuando necesiten cuidados y apoyos, por lo que estos modelos deben priorizar aquellos servicios que posibiliten la atención domiciliaria.

2.2. Marco de planificación de los cuidados de larga duración

En línea con lo anterior, la Estrategia Europea de Cuidados (Comisión Europea, 2022: 4, 10-11) menciona que:

Los servicios asistenciales deben ampliarse para responder a las necesidades de cuidados actuales y futuras. El aumento de la disponibilidad de

servicios asistenciales debe ir de la mano de la mejora de su calidad, asequibilidad y accesibilidad. La calidad no solo engloba la infraestructura y los servicios, sino también las interacciones y las relaciones humanas entre los cuidadores y quienes reciben los cuidados. [...] Se necesita un enfoque estratégico e integrado con respecto a los cuidados. A menudo se carece de enfoques que estén centrados en las personas y que favorezcan la vida independiente, una situación que se ve agravada por una integración insuficiente entre los cuidados de larga duración y la asistencia sanitaria, o entre los cuidados no profesionales, la atención domiciliaria, los cuidados basados en la comunidad y la atención residencial. La asistencia especializada específica puede ayudar a los Estados miembros a diseñar y aplicar enfoques de asistencia integrada que beneficien tanto al sistema de cuidados de larga duración como al sistema sanitario.

En un entorno más cercano, el Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa aprobó una agenda de políticas sociales de transición para convertir Gipuzkoa en un territorio de cuidados. De acuerdo con ese documento, "un territorio de cuidados prioriza el domicilio como el espacio privilegiado del cuidado, lo que supone innovar en los servicios sociales de atención en el domicilio [...], atender las necesidades de apoyo a las personas familiares y personas allegadas cuidadoras, facilitar la formación y soporte a las personas cuidadoras (cuidado formal e informal), atender a las inequidades de género en el cuidado, fomentando cambios a nivel normativo/administrativo, tecnológico y social para transformar paulatinamente el cuidado en el domicilio" (Etorkizuna Eraikiz, 2021b: 2). Además, "un territorio de cuidados pone en marcha estrategias de cuidado para las personas cuidadoras, ya sea que estas desarrollen sus actividades de cuidado de manera formal (personas profesionales) o informal (familiares y allegadas). El soporte a las personas cuidadoras forma un componente central de los modelos ecosistémicos de cuidados en el domicilio" (Etorkizuna Eraikiz, 2021b: 2).

Figura 1. Marco normativo y de planificación en el que se encuadra Zaintzak Gertu



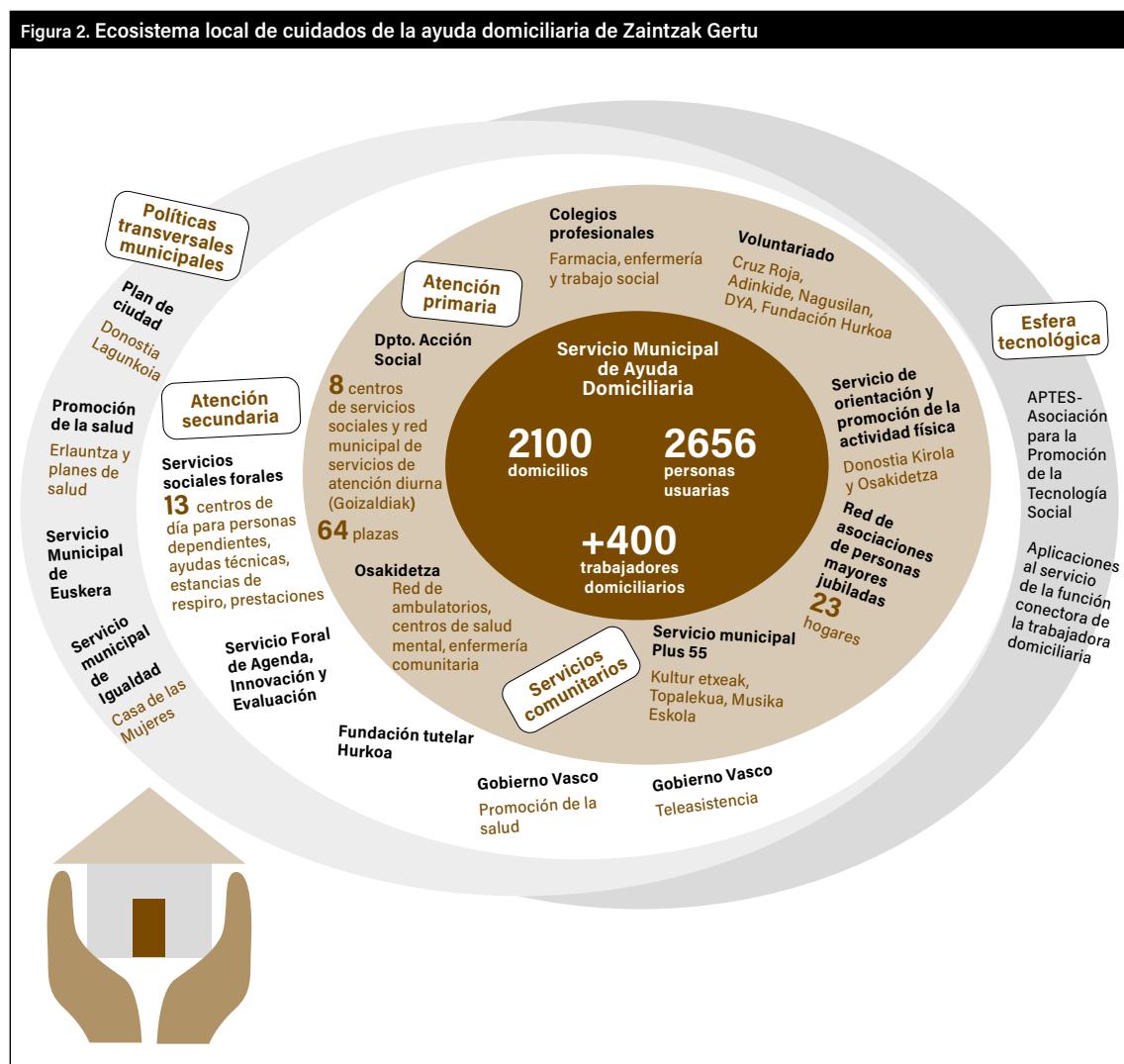
Fuente: elaboración propia

En este marco, la puesta en marcha en el territorio de Gipuzkoa de iniciativas público-comunitarias de cuidados de larga duración denominadas ecosistemas locales de cuidados constituye un esfuerzo deliberado por articular, de forma coordinada y en un municipio concreto, servicios de atención y cuidado, tanto sociales como sanitarios. Su diseño e implementación está liderado, a nivel local, por un grupo motor, en el que pueden llegar a participar, como sucede en Donostia, además de los ayuntamientos, la diputación foral y los departamentos del Gobierno Vasco con competencias en materia de servicios sociales y salud, junto con el resto de los sectores vinculados a los cuidados. Los ecosistemas locales de cuidados trabajan desde una perspectiva de fragilidad y prevención, con la finalidad de disminuir el riesgo de institucionalización y alargar la permanencia en el hogar de la población mayor del municipio, promoviendo una mayor integración social con autonomía y mejor salud. En definitiva, por ecosistema local de cuidados podemos entender una política pública de optimización y coordinación de los recursos públicos, privados y comunitarios

para la mejora de los sistemas de organización social de los cuidados en un entorno local determinado. Estos ecosistemas de cuidados integran y ponen en interacción a nivel local los servicios de salud, los servicios sociales y los servicios comunitarios para promover y facilitar que cada persona reciba los cuidados que necesita en su propio hogar de una manera cercana, integral y personalizada (Arrieta, Zúñiga y Etxeberria, 2024). Desde esta perspectiva, los servicios de atención domiciliaria de competencia municipal han ido adquiriendo un protagonismo creciente y se configuran como uno de los ejes básicos de los ecosistemas locales de cuidados de larga duración (figura 2).

A pesar de la posición central que ocupa el SAD en este cambio de modelo de atención, los sistemas actuales de cuidados y apoyos en el domicilio presentan una serie de debilidades o limitaciones, por lo que se requiere de nuevos modelos que respondan mejor a las necesidades y deseos de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia y que garanticen su permanencia en el entorno comunitario.

Figura 2. Ecosistema local de cuidados de la ayuda domiciliaria de Zaintzak Gertu



Fuente: elaboración propia

2.3. Tendencias en los cuidados y apoyos en el domicilio

En la actualidad, la respuesta profesional que se da al reto de cuidar a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su entorno se centra en el servicio de ayuda a domicilio. El hecho de que este servicio se oriente a la realización de tareas funcionales e instrumentales —aunque se lleven a cabo de forma correcta y técnicamente competente— se percibe, cada vez más, como un modelo inadecuado para su propósito de que las personas en situación de fragilidad o dependencia puedan permanecer en su vivienda el máximo de tiempo posible. La provisión de servicios predefinidos, estandarizados y fragmentados tiene un efecto limitado a causa de su incapacidad para ofrecer una respuesta conjunta a las diferentes necesidades de las personas que requieren de apoyos y cuidados en el domicilio (Davey, 2022).

Ante estas limitaciones, en los últimos años se han desarrollado modelos innovadores orientados a diversificar, enriquecer y, al mismo tiempo, especializar el servicio de asistencia domiciliaria que se caracterizan por²:

- El creciente interés por los cuidados integrados y el impulso a los servicios complementarios. El énfasis en la dimensión territorial está presente en modelos tan consolidados y extendidos como Buurtzorg³. Estos modelos se caracterizan por la articulación de toda la gama de programas y recursos de apoyo a las personas en situación de fragilidad o dependencia que residen en su domicilio, con una perspectiva integral y desde la óptica de la atención centrada en la persona. En ese marco, el SAD adquiere un papel estratégico, como parte esencial de un paquete de atención más amplio que también incluye otros servicios y apoyos de carácter sociosanitario.
- El énfasis en la facilitación del capital social y en el valor de la gestión del cuidado para el fortalecimiento de las capacidades de las personas y de las redes de apoyo natural. Desde esta perspectiva, estos modelos tienden a centrarse en crear vínculos entre la persona y las organizaciones comunitarias relevantes, además de actuar como facilitadores entre todos los agentes involucrados.
- El mantenimiento de un o una profesional o un grupo reducido de profesionales de referencia para la persona usuaria. Recibir la atención y los cuidados de la misma persona cuidadora o de un número reducido de cuidadores/as profesionales es muy importante para la persona

² En el presente trabajo se presentan únicamente las tendencias vinculadas a los principales elementos innovadores del proyecto Zaintzak Gertu e identificadas en una revisión impulsada por la Diputación de Barcelona (Zalakain, 2023), sin aludir a aquellas relativas a cuestiones en las que no incide este proyecto, tales como, por ejemplo, nuevas fórmulas para el acceso al SAD o su financiación.

³ <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>.

destinataria de los cuidados (Bennett, Honeyman y Bottery, 2018). Es fundamental que las y los cuidadores profesionales conozcan las rutinas y las preferencias de las personas usuarias para garantizar la personalización del servicio, la continuidad y la proximidad en la atención. Frente al elevado número de rotaciones del personal del SAD, que dificulta garantizar la continuidad de la atención por una misma persona, los modelos alternativos de atención domiciliaria tienden a que la figura de referencia del servicio sea el equipo, en lugar de un único profesional, reduciendo, así la dependencia del o la profesional y mitigando el efecto de las sustituciones.

- La potenciación de la interactividad y adaptabilidad de la atención en función de cambios situacionales en la vida de las personas usuarias y de sus necesidades y demandas, riesgos y oportunidades en cada momento. Frente a sistemas tradicionales en los que el apoyo en el domicilio se brinda en horarios fijos y con actividades estrictamente prescritas, con poco o ningún margen para la negociación por parte de las personas usuarias y de las y los profesionales del servicio, se están desarrollando modelos alternativos que pivotan en torno a la autogestión de los cuidados y el empoderamiento de las personas cuidadoras.
- El impulso del empoderamiento del personal de cuidados. Para facilitar el bienestar integral mediante el SAD, los servicios se diseñan de manera que las personas cuidadoras profesionales tengan un papel más activo, tanto en la definición de las metas y objetivos centrados en la persona como en el proceso de alcanzarlos. Para ello, se requiere de equipos de profesionales con una gran versatilidad en la capacidad de respuesta y empoderamiento decisional, que cuenten con la formación y capacitación adecuada.
- La irrupción de la digitalización y las nuevas tecnologías (Bennett, Honeyman y Bottery, 2018; Davey, 2022). Aunque parece evidente que las nuevas tecnologías (sensorización, robotización, inteligencia artificial) modificarán sustancialmente la organización y prestación de los servicios de asistencia domiciliaria, puede decirse que la aplicación práctica de estas tecnologías avanzadas en la provisión del SAD es aún incipiente, y que el margen de mejora en ese ámbito es grande.

En línea con estas tendencias, nace el programa Zaintzak Gertu como una experiencia innovadora que persigue ensayar un modelo de SAD ampliado, más centrado en el ser que en el hacer, con la perspectiva de desarrollar un cambio en la provisión de apoyos y cuidados en el SAD municipal de Donostia. Esta iniciativa se enmarca en un proceso de reflexión llevado a cabo en el territorio sobre la definición y alcance del servicio de atención domiciliaria. En concreto, la Diputación Foral de Gipuzkoa puso en marcha, en 2018, un proceso de mejora del SAD en el territorio, del que derivaron una serie de acuerdos para la mejora del servicio, entre los que destacan:

- La superación de las limitaciones normativas con relación al número de horas que se podía prescribir según grado de dependencia, avanzando, de este modo, tanto en el reconocimiento del derecho al servicio como en el tiempo prestado.
- La ampliación de las modalidades de servicio, reconociendo la prestación de acompañamiento social, y entendiendo que el SAD debe ofrecerse los 365 días del año, con procedimiento de urgencia cuando sea necesario.
- El acuerdo de un precio máximo del servicio para el territorio.

Algunas de estas mejoras ya se habían implementado en Donostia, de acuerdo con las acciones preventivas y de atención a la vulnerabilidad recogidas en la estrategia municipal para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y del conjunto de la sociedad donostiarra *Plan de Ciudad San Sebastián Amigable* (Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián, 2014). Además de los marcos y experiencias previas citadas, se toman como guía el proyecto Adinprest y las iniciativas municipales Erlauntza y Donostia Lagunkoia, que ya trabajaban desde la gobernanza y con enfoques de innovación social.

3. Descripción del proyecto

Tal y como se ha señalado, Zaintzak Gertu tiene como objetivo impulsar la transformación del modelo actual de cuidados domiciliarios hacia un enfoque más especializado, personalizado, y orientado a la comunidad, que posibilite la permanencia de las personas mayores en su hogar y su integración en el entorno comunitario. Para ello, el proyecto se plantea cuatro líneas de actuación: el impulso del ecosistema local de cuidados, la capacitación del equipo de auxiliares domiciliarias, la experimentación de un nuevo modelo de atención domiciliaria integral y centrado en la persona, y, por último, la evaluación del nuevo modelo de atención en el SAD.

3.1. El impulso del ecosistema de cuidados en torno a los cuidados domiciliarios

El proyecto ha promovido la consolidación de un ecosistema de cuidados en torno al SAD, conectando a los distintos agentes comunitarios y fortaleciendo los vínculos para ofrecer apoyos integrados. En 2022, se inició el proceso de gobernanza colaborativa en el ámbito de los cuidados domiciliarios, con el propósito de explorar oportunidades de colaboración que permitan ofrecer respuestas más eficaces a las necesidades de las personas mayores que requieren cuidados de larga duración y permanecen en sus domicilios.

En estos encuentros, se invita a participar a actores clave del ámbito social y sanitario, incluyendo distintos niveles institucionales y entidades como

el Gobierno Vasco, la Diputación Foral de Gipuzkoa, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, el Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián y otras organizaciones comunitarias especializadas en apoyos y cuidados para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Con la gobernanza colaborativa orientada a facilitar la creación de sinergias y el diseño de acciones colaborativas entre los distintos agentes implicados, se ha conseguido fortalecer el ecosistema local de cuidados en el ámbito domiciliario, reconociendo además a la auxiliar de ayuda a domicilio especializada como una figura clave en la conexión entre la persona usuaria, el servicio y los diferentes agentes de la comunidad.

Según el grado de implicación y disposición de los agentes, los resultados de los encuentros grupales de gobernanza colaborativa se consolidan a través de reuniones en grupos más reducidos, enfocadas en desarrollar e implementar acciones concretas en torno al SAD municipal.

3.2. El proceso de capacitación del equipo de auxiliares domiciliarias

La capacitación del equipo de auxiliares domiciliarias es un pilar fundamental en la transformación del modelo de atención domiciliaria. Para ello, se ha desarrollado un proceso de tutorización destinado a acompañar y supervisar la implementación del nuevo enfoque en los domicilios, fortaleciendo a su vez las competencias de un grupo de 20 auxiliares. A lo largo de este proceso, que ha supuesto 21 horas de tutorización por auxiliar, se ha trabajado en el desarrollo de planes de cuidados individualizados desde una perspectiva holística y en la integración de una mirada comunitaria en el SAD. La combinación de estos dos elementos ha favorecido la implementación del nuevo modelo de atención, brindando un servicio más especializado, personalizado y con un enfoque integral y comunitario, lo que garantiza una atención más adecuada a las necesidades y particularidades de cada persona usuaria.

En la segunda edición, además de continuar con el proceso de tutorización, se ha realizado un acompañamiento al grupo de auxiliares formadas en la edición anterior, con 10 horas de tutorización por auxiliar. Este acompañamiento asegura la continuidad del modelo de atención domiciliaria, profundizando en la visión integral de los cuidados y el enfoque comunitario del SAD. Asimismo, en esta fase se incorpora una formación específica de 20 horas para las figuras de coordinación del SAD municipal. Esta formación busca proporcionar al equipo de coordinación las competencias necesarias para implementar el nuevo enfoque en la gestión del SAD, garantizando que las prácticas centradas en la persona y el trabajo comunitario se integren de manera efectiva en todo el servicio.

Es importante resaltar que, en la primera edición del proyecto, el proceso de capacitación incluyó tanto un

plan de formación como de tutorización. Como un hito del proyecto, la empresa gestora del SAD municipal, Azterzen Servicios Asistenciales, ha asumido la formación como parte del compromiso adquirido en la última licitación. Aunque esta formación no está financiada por la subvención, sigue siendo un pilar fundamental para el proyecto, ya que proporciona la base necesaria para facilitar la transición hacia un nuevo modelo de atención domiciliaria. El marco contextual ha sido, por tanto, una oportunidad para implementar una formación innovadora y comunitaria, adaptable a las necesidades de colaboración que puedan surgir.

A lo largo de estas dos ediciones, se ha formado a un total de 60 auxiliares domiciliarias y se prevé formar a otras 60 en los próximos tres años. De este modo, para 2027 el 37,5% de la plantilla indefinida estará formada. Tal y como se ha señalado anteriormente, la empresa gestora del SAD municipal de Donostia asume esta formación como un compromiso adquirido, enmarcado en su función de escalado, entendida como la planificación del crecimiento progresivo de la plantilla formada para dar respuesta a las necesidades del servicio.

3.3. La experimentación con el nuevo modelo de atención domiciliaria

La transformación del modelo de cuidados domiciliarios va acompañada de un proceso de experimentación, en el que se aplica este nuevo enfoque integral y centrado en la persona en distintos casos. Durante esta fase, el equipo técnico asigna a cada auxiliar capacitada una persona usuaria del SAD mayor de 65 años y con necesidades de cuidados de larga duración. Para ello, se trabaja con una muestra heterogénea, considerando criterios como el estado de salud, incluyendo la presencia de enfermedades crónicas físicas, mentales o cognitivas; las limitaciones funcionales en actividades de la vida diaria, la fragilidad o un grado de dependencia reconocido; y el bienestar social, atendiendo a situaciones de aislamiento o sentimiento de soledad no deseada. Dado que el enfoque de atención centrada en la persona tiene en cuenta tanto a la persona como a su entorno, también se incluyen en la selección aquellas personas usuarias del SAD que reciben apoyos y cuidados no profesionales de su entorno cercano.

Durante la fase de experimentación, se revisan los planes de cuidados para personalizarlos y adaptarlos a las necesidades detectadas desde una perspectiva integral. Asimismo, se incorporan los acuerdos y acciones de colaboración surgidos en las sesiones de gobernanza colaborativa con los distintos agentes del ecosistema local de cuidados. Para garantizar el adecuado desarrollo de esta fase, el equipo técnico del SAD municipal acompaña a las auxiliares a través del proceso de tutorización, en el que se supervisa la práctica profesional con el nuevo modelo de atención.

3.4. La evaluación del nuevo modelo de atención en el SAD

Se lleva a cabo una evaluación del proyecto que combina metodologías cuantitativas y cualitativas, con el objetivo de extraer resultados y aprendizajes que impulsen la mejora continua del SAD. En este proceso, se aplica una encuesta diseñada específicamente para analizar la implementación del modelo centrado en la persona en el SAD municipal y su efecto en el bienestar de las personas usuarias. Tras revisar diversas herramientas de medición, se opta por el Client-Centred Care Questionnaire (CCCQ) de la Universidad de Ciencias Aplicadas de Zuyd, debido a su validez para evaluar servicios gerontológicos, cuyos ítems se adaptan al contexto de atención domiciliaria (De Witte, Schoot y Proot, 2006). Además, se incorporan elementos de la escala FUMAT (Verdugo *et al.*, 2009) para medir distintas dimensiones del bienestar.

La evaluación se complementa con la percepción del equipo de auxiliares domiciliarias. Para ello, se diseña una encuesta basada en el cuestionario The Person-Centred Care Assessment Tool (P-CAT) de La Trobe University, ajustada al ámbito de la atención domiciliaria.

El estudio incluye un grupo control de personas usuarias del SAD municipal para garantizar la fiabilidad de los resultados, y dos mediciones, antes y después de la experimentación con el nuevo modelo (*ex ante* y *ex post*), lo que permite analizar su efecto y la evolución en la aplicación del enfoque centrado en la persona. Para complementar el análisis cuantitativo, se recogen testimonios de informantes clave mediante entrevistas semiestructuradas a cinco personas usuarias, dos familiares y tres agentes del ecosistema local de cuidados que han participado en las sesiones de gobernanza colaborativa. Además, se organiza un grupo de discusión con seis auxiliares domiciliarias de ambas ediciones del proyecto, con el objetivo de profundizar en sus experiencias y percepciones sobre la implementación del nuevo modelo de atención⁴.

4. Resultados de la evaluación

A partir del proceso de evaluación, se obtienen resultados que evidencian la importancia de establecer acciones colaborativas y fortalecer las redes entre los agentes del ecosistema local de cuidados para posibilitar un modelo de atención en los entornos domiciliarios y comunitarios. Asimismo, se señalan efectos positivos del nuevo modelo, reflejados en un servicio más especializado, personalizado y con una orientación comunitaria, lo

⁴ El presente artículo recoge los testimonios de las seis auxiliares domiciliarias que participaron en el grupo de discusión y de una persona usuaria. Para preservar su anonimato, en el primer caso únicamente se las identifica mediante un código (GD#) y la edición del proyecto en que ofrecieron su testimonio (ZG1 o ZG2); y en el segundo, mediante un código (E#).

que a su vez contribuye al bienestar físico, emocional y social de las personas usuarias del SAD, así como a la satisfacción y bienestar del equipo de auxiliares domiciliarias.

A continuación, se presentan los principales resultados del proyecto en tres áreas clave. La primera analiza la capacidad del ecosistema de cuidados de Donostia para impulsar y consolidar iniciativas que fortalezcan los cuidados de larga duración desde la atención domiciliaria. Las siguientes se centran en el servicio de atención domiciliaria bajo el modelo de atención centrada en la persona, abordando los cambios más significativos en la prestación del SAD, los efectos del nuevo modelo en la calidad de vida de las personas usuarias, así como su incidencia en la satisfacción y bienestar del equipo de auxiliares domiciliarias.

4.1. La gobernanza colaborativa en torno a los cuidados de las personas mayores usuarias del servicio municipal de ayuda a domicilio

La filosofía del proyecto se basa en la gobernanza colaborativa y la transversalidad en los cuidados a domicilio. Por ello, los encuentros de gobernanza colaborativa han tenido como objetivo explorar formas de colaboración que permitan responder de manera más efectiva a las necesidades y circunstancias de las personas mayores que requieren cuidados de larga duración. En este proceso, el SAD municipal se ha situado como eje central, con la visión de avanzar hacia un modelo de atención domiciliaria más comunitario, fundamentado en la colaboración con otros servicios para optimizar las intervenciones y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

La gobernanza colaborativa ha facilitado, en primer lugar, un espacio donde los agentes implicados han podido conocerse y reconocerse mutuamente como actores clave y recursos valiosos dentro de la comunidad, favoreciendo una colaboración más efectiva entre todos los agentes participantes. Además, esta experiencia ha servido para visibilizar el papel central del SAD municipal en los cuidados en el entorno y poner en valor la labor profesional del equipo de auxiliares. Como resultado, se ha elaborado un mapa de recursos que identifica los agentes vinculados a los cuidados domiciliarios y comunitarios en torno al SAD (figura 2), junto con un directorio de contactos diseñado para facilitar la colaboración entre servicios y recursos.

La co-construcción de acciones colaborativas se basa en un proceso de reflexión sobre las necesidades e inquietudes de las personas usuarias del SAD municipal y su entorno cercano. A partir de estas reflexiones, se crea un espacio de diálogo para identificar, organizar y vincular estas necesidades con las posibles contribuciones de las entidades del ecosistema de cuidados de larga duración presentes en la reunión.

a) La promoción de la salud en el marco del SAD municipal

Zaintzak Gertu ha impulsado diversas acciones orientadas a responder a necesidades identificadas como clave:

- Se ha establecido una coordinación sociosanitaria entre el SAD municipal y Donostia Kirola-Patronato Municipal de Deportes para fomentar la actividad física en personas con enfermedades crónicas domiciliarias que no realizan ejercicio. Esta iniciativa tiene su origen en un proyecto piloto de formación en actividad física, desarrollado en colaboración con Osakidetza, los servicios sociales, Donostia Kirola y Biogune. Como parte de su continuidad, se ha facilitado al SAD municipal material audiovisual con ejercicios específicos, animando a que las auxiliares los utilicen con las personas usuarias que lo requieran. Además, se ha diseñado un test de cribado para detectar la necesidad de prescripción de actividad física y facilitar la derivación al orientador de actividad física, integrando a las personas usuarias en circuitos establecidos, como el Programa Piztu! de Donostia Kirola⁵. A pesar de lo anterior, el objetivo del programa es seguir trabajando para que la auxiliar domiciliaria pueda detectar necesidades de actividad física y proponer e implementar ejercicios.
- En paralelo, se está trabajando en una atención sociosanitaria más integrada a través de un proyecto colaborativo con la organización sanitaria integrada (OSI) de Donostialdea, dirigido al abordaje coordinado de los cuidados de personas usuarias del SAD identificadas como pacientes crónicas. Esta coordinación busca conectar los cuidados de enfermería con los cuidados personales, adaptando la intervención de las auxiliares domiciliarias para contribuir al plan de cuidados establecido. Se pretende, con ello, prevenir riesgos como úlceras por presión, caídas y déficits de autocuidado relacionados con la alimentación y la higiene corporal.
- Por último, fruto de la participación en el proceso de gobernanza del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, la prevención de caídas en el hogar se ha identificado como una prioridad, dado el papel clave que puede tener el SAD municipal a la hora de detectar y mitigar dicho riesgo. Gracias a su presencia cotidiana en los domicilios, las auxiliares domiciliarias pueden evaluar las condiciones del entorno y detectar factores de riesgo. Para ello, se elabora una lista de comprobación que permite analizar las condiciones del domicilio y determinar el grado de riesgo de caídas de la persona usuaria. Además, se prevé ofrecer formación específica a las auxiliares domiciliarias para introducir mejoras en los hogares que contribuyan a reducir estos incidentes.

⁵ Servicio de orientación y asesoramiento para la práctica de actividad física dirigido a personas inactivas.

b) La mejora de la atención de la salud mental de las personas usuarias del SAD municipal

Aunque el SAD municipal está dirigido principalmente a la atención de personas mayores en situación de dependencia, también atiende a personas con diversidad funcional, algunas de las cuales presentan necesidades específicas en salud mental. Asimismo, existen numerosos casos de personas mayores o familiares sin diagnóstico formal, pero con rasgos psicológicos proclives a generar trastornos de comportamiento, lo que plantea desafíos adicionales para las auxiliares domiciliarias. Ante estas circunstancias, se ha detectado la necesidad de fortalecer la coordinación operativa, desarrollar estrategias de abordaje, mejorar la comunicación entre profesionales, ofrecer formación específica y establecer indicadores para una mejor atención en estos casos:

- Se propone el diseño y desarrollo de una formación específica para auxiliares domiciliarias, en colaboración con la Red de Salud Mental de Gipuzkoa (Osakidetza). Esta formación partiría de las necesidades detectadas en el SAD municipal y se diseñaría de manera conjunta entre el SAD municipal y la Red de Salud Mental, con la posibilidad de extender la formación a otros agentes implicados, como las farmacias. La Red de Salud Mental cuenta con experiencias previas similares que pueden servir de referencia.
- Además, se propone la tipificación de una categoría específica de caso, para detectar a personas solas, en situación de alta fragilidad, sin referentes familiares y sin medidas de apoyo formal. Esta tipificación permitiría activar una coordinación más estructurada en torno a cada caso, asegurando la relación directa y el seguimiento entre la persona responsable del caso en los servicios sociales, la auxiliar domiciliaria designada y la trabajadora social del SAD municipal. En aquellos casos en los que la persona usuaria sea también atendida por la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, la coordinación se ampliaría para incluir a la trabajadora social referente de la Red. Para personas con medidas de apoyo formal, se propone la designación de una auxiliar domiciliaria referente por caso, facilitando una coordinación directa entre el equipo de la Fundación Hurkoa y el SAD municipal.
- Por último, se ha validado la puesta en marcha de un proyecto piloto sobre el botiquín de emergencias ("botiquín marrón"), liderado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa y el SAD municipal, con la participación de farmacias de barrio y un grupo de auxiliares domiciliarias. Esta iniciativa trata de complementar el sistema de blíster de medicamentos ya activo en Donostia, que busca llegar, con el apoyo de la auxiliar domiciliaria, a personas usuarias sin blíster y con baja adherencia a la medicación, quienes además requieren supervisión. Este proceso implica la colaboración entre el SAD

municipal y las farmacias de barrio para gestionar la medicación en el domicilio en ausencia de blíster o cuando se necesite intervención con el material sanitario y farmacológico, proporcionando además orientación y formación a la trabajadora domiciliaria.

c) El impulso al uso de la tecnología en el marco del SAD municipal

En cuanto al ámbito tecnológico en el marco del SAD, la necesidad que ha dado origen al trabajo colaborativo radica en la importancia de establecer un flujo constante de información entre los recursos disponibles en la comunidad y el SAD municipal. Las acciones colaborativas en este ámbito incluyen tanto el intercambio de información personal entre agentes como la creación de un repositorio que ofrezca a las auxiliares datos relevantes sobre otros recursos comunitarios, facilitando así una visión comunitaria de los cuidados desde la actuación del SAD municipal:

- En este contexto, se destaca Zaintza Datu Gunea, la plataforma federada de datos de la Diputación Foral de Gipuzkoa, que facilita el intercambio de información sociosanitaria entre agentes e instituciones. Esta herramienta, que actúa como una pasarela de datos consensuada entre quienes participan en ella, se plantea su ampliación a Donostia, entre otros municipios.
- Otra herramienta tecnológica para el intercambio de información entre agentes es análisis de la herramienta Naiha Family, que podría ser útil para integrar información del SAD municipal y el servicio de atención diurna Goizaldiak.
- Por otro lado, APTES propone el uso de WhatsApp Business como herramienta para conectar los recursos comunitarios con el SAD municipal y servir como repositorio de información. En la primera edición de Zaintzak Gertu, se implementó esta aplicación para difundir información general y se ha utilizado para compartir el catálogo de actividades de servicios comunitarios que pueden ser de interés para las personas usuarias, a través de las auxiliares domiciliarias. Sin embargo, los aprendizajes obtenidos señalan que tiene limitaciones, por lo que se plantea realizar un análisis para identificar una herramienta con funciones más avanzadas. Entre estas herramientas, podría idearse algún desarrollo que, más allá de la gestión de la información, pudiese incorporar un algoritmo que, tras la identificación de algunos rasgos del perfil de las personas destinatarias de la atención, pudiera ofrecer un catálogo de posibles servicios, recursos o iniciativas del entorno a las trabajadoras domiciliarias.

d) La promoción de la participación y conexión comunitaria desde el SAD

Zaintzak Gertu se propone fortalecer la socialización de las personas usuarias en su entorno cercano, ya

sea en su vecindario, en su barrio o en la ciudad, aprovechando el papel de las auxiliares domiciliarias como conectadoras comunitarias. Para ello, resulta clave establecer vínculos entre los recursos existentes, tanto sociosanitarios como culturales, y generar sinergias con iniciativas ya en marcha, como los hogares de personas jubiladas o los programas Plus 55 o Erlauntza, entre otros. Se busca reforzar la conexión entre el SAD municipal y la red comunitaria, además de facilitar a las auxiliares domiciliarias el acceso a información sobre la oferta de la ciudad, permitiéndoles incorporarla en su labor diaria con las personas usuarias. Con esos fines, se proponen las siguientes acciones:

- El fomento de la participación de las personas mayores en el programa Plus 55⁶ a través del SAD municipal, aprovechando su oferta de servicios en distintos barrios. Para ello, se centraliza y comparte con el equipo de auxiliares la agenda y los detalles de acceso a estos servicios mediante la plataforma WhatsApp Business. Además, se organizan encuentros entre el SAD municipal y el programa Plus 55 para comunicar novedades y difundir el canal de suscripción a WhatsApp del programa. Asimismo, se busca fortalecer la conexión entre el SAD municipal y los hogares de personas jubiladas, promoviendo un conocimiento más profundo de su funcionamiento en cada barrio para diseñar itinerarios o propuestas de trabajo específicas. Una acción concreta en esta línea es pilotar en estos espacios la iniciativa Bakardadeak, vinculada al estudio de la soledad en personas mayores.
- Asimismo, se plantea trabajar en una línea complementaria: la prescripción social por parte de las y los profesionales de la salud (receta sociosanitaria). Se explorará la posibilidad de que el SAD municipal ofrezca acompañamiento puntual en esa prescripción para facilitar la creación de hábitos. Además, se analizará la reorientación de las actividades extraordinarias del SAD municipal para generar espacios de encuentro donde las personas usuarias puedan conversar y explorar sus intereses de manera colectiva.
- Por último, se propone diseñar y desarrollar una iniciativa de cuidados barriales en red, involucrando a otros agentes comunitarios en barrios como Bidebieta o Amara Berri, donde ya existen proyectos como Erlauntza y otros actores interesados. En este contexto, se plantea la incorporación de profesionales del SAD municipal en los grupos de Erlauntza, previa definición del perfil adecuado y de las expectativas de participación de cada figura.

⁶ Un servicio municipal de acompañamiento a la persona mayor en la búsqueda, el diseño o la ejecución de proyectos que den sentido vital a su envejecimiento.

e) La euskaldunización y la incorporación de la perspectiva de género

Como eje transversal, se considera también repensar las estrategias de euskaldunización dentro del SAD municipal, explorando formas que se centren en generar diálogos básicos y conversaciones sencillas con el apoyo del Servicio de Euskera del Ayuntamiento. Asimismo, en todas las acciones e intervenciones se cuenta con la participación del Departamento de Igualdad del Ayuntamiento, garantizando la incorporación de la perspectiva de género. Esto resulta especialmente relevante dado que nos encontramos ante dos colectivos altamente feminizados: la población mayor y el personal dedicado a los cuidados profesionales.

4.2. El servicio de atención domiciliaria prestado bajo el modelo de atención integrada y centrada en la persona

a) Avances hacia un SAD más personalizado

A partir de la capacitación, las auxiliares domiciliarias adquieren una mirada holística de la persona y una perspectiva comunitaria. Como resultado de las acciones de la gobernanza colaborativa, incorporan nuevas competencias y ofrecen un servicio conectado con otros apoyos y recursos de la comunidad.

Se ha avanzado hacia un SAD cada vez más personalizado, capaz de responder a las necesidades, expectativas y proyectos vitales de cada persona. Durante la experimentación, se ha trabajado en planes de cuidados más personalizados, ajustados y adaptados a las necesidades y expectativas de cada persona usuaria. Para ello, se ha recopilado y registrado información relevante sobre la historia de vida y plan de cuidados, incluyendo características personales, necesidades, expectativas y preferencias. De esta manera, se impulsa la comunicación entre la auxiliar domiciliaria y la persona usuaria, se clarifican expectativas sobre el servicio y se establece una base sólida para una atención individualizada, flexible y respetuosa con los proyectos vitales de cada persona:

En realidad, nuestro principal objetivo tiene que ser atender a la persona. O sea, aunque yo tengo una lista de tareas domésticas donde... Pero [si] se ha caído, se ha roto un brazo, pues me tendrá que estar con ella, [decirle] "¿qué tal estás?, ¿cuándo empezamos la rehabilitación?", aunque [el objetivo] sea [realizar] unas tareas domésticas, porque lo importante es la persona. (GD2, auxiliar domiciliaria ZG2)

b) Promoción de la autonomía personal

Este enfoque metodológico permite además promover la autonomía personal de las personas usuarias, buscando el equilibrio entre la autonomía y la protección ante riesgos. De esta manera, se

ha trabajado en su involucramiento en la toma de decisiones y en el diseño de sus propios cuidados, siempre que ha sido posible. La participación en pequeñas actividades de la vida cotidiana ha demostrado tener un efecto positivo, reforzando su sensación de control y empoderamiento:

Además, es curioso, porque se pone a hacerlo o a pelar la verdura cinco minutos antes de que llegue yo. O sea, por lo cual [se ve que] ella controla. Esto es, llego yo, ella ya va haciendo esto, ya lo pone. (GD3, auxiliar domiciliaria ZG1)

Y ella lo bien que se siente que cuando tú entras y ella ya ha adelantado parte del trabajo. Y que siente que todavía es autónoma. Igual le tienes que picar el pimiento, porque le cuesta, se lo picas; pero "háztelo a tu gusto, ¿no?". ¡Es que, al final, qué importante es! (GD2, auxiliar domiciliaria ZG2)

c) Atención centrada en la persona

A través de las líneas de actuación del proyecto, se ha logrado ofrecer un modelo de atención centrada en la persona. El equipo de auxiliares ha mostrado un aumento significativo en la aplicación de este enfoque en su práctica diaria, pasando del 59,6% al 79,6% tras la capacitación y experimentación, con mejoras en la evaluación periódica de necesidades, la disponibilidad de espacios de tutorización, la oportunidad de discutir en equipo cómo implementar el enfoque y la flexibilidad en la organización de las rutinas según las preferencias de cada persona. Por su parte, las personas usuarias ya percibían el modelo como centrado en la persona, con una valoración inicial del 84%. Sin embargo, tras la implementación, han observado mejoras en la planificación conjunta, el fomento de la autonomía y el fortalecimiento del vínculo con la auxiliar, lo que ha elevado su valoración al 87,3% (en comparación con el grupo control, cuya valoración fue de 83,8% antes de la intervención y de 80,9% después).

Este modelo representa un cambio en la metodología de intervención, pues se enfatiza el enfoque en la persona por encima de la mera ejecución de tareas. Ello implica trascender la atención doméstica y personal clásica, integrando otras dimensiones clave como los hábitos saludables, la adhesión a tratamientos, el bienestar físico, cognitivo y afectivo, la integración comunitaria y el apoyo a los entornos familiares cuidadores.

d) Cambios positivos en la dimensión física de las personas usuarias

El equipo de auxiliares ha logrado avances significativos en la dimensión física, aplicando los conocimientos adquiridos y apoyándose en los materiales audiovisuales disponibles. Han mejorado la movilidad de las personas usuarias, fomentando su confianza y reducido determinados miedos, además

de promover el mantenimiento de la fuerza y la autonomía. Estos logros subrayan el papel clave de las auxiliares domiciliarias en la prevención y detección temprana de posibles riesgos, contribuyendo a evitar el agravamiento de situaciones de mal pronóstico:

He conseguido que bajemos las escaleras del portal. Está muy contento, no se atrevía, pero hemos empezado y baja las escaleras, con lo cual ya podemos ir con la silla al centro de los jubilados. (GD1, auxiliar domiciliaria ZG2)

e) Las auxiliares como conectores entre el SAD y los apoyos y servicios comunitarios

Mediante el conocimiento de los recursos disponibles trabajados durante el proceso de capacitación, las auxiliares domiciliarias juegan un papel clave, ya que actúan como conectores entre el SAD y otros apoyos y servicios existentes en la comunidad, al informar, animar y motivar a las personas a participar en otros servicios comunitarios de atención. También se destacan la importancia de actividades fuera del hogar y en conexión con el exterior, como las salidas y los paseos por el barrio, que son percibidas como experiencias cotidianas significativas y agradables, capaces de generar emociones positivas en las personas usuarias:

He notado cambio, seguro, he acertado totalmente en ir a un grupo de los jubilados, de personas agradables, encantadoras [...]. Intentamos ahí recuperar un poco, o mantener, la agilidad o el movimiento. (E4, persona usuaria)

f) La provisión de apoyo emocional y afectivo

El apoyo emocional y afectivo es uno de los aspectos más trabajados por el equipo de auxiliares y constituye un pilar esencial en el nuevo modelo de atención domiciliaria. Este aspecto cobra especial importancia en un colectivo donde las redes de iguales disminuyen significativamente y, en algunos casos, no existe apoyo familiar. De hecho, en muchos hogares, el SAD representa el único contacto diario, proporcionando no solo asistencia física, sino también apoyo moral, compañía y un espacio de descarga emocional para las personas usuarias. En este sentido, el equipo de auxiliares considera que el apoyo emocional y afectivo es una parte fundamental del proceso de cuidado, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de quienes reciben el servicio:

Hay gente que necesita ese tiempo, por lo que hemos comentado, que solo vas tú y no va a ir nadie más en las siguientes 24 horas o en los próximos dos días, porque solo vas tres días a la semana, y necesitan ver a alguien, hablar, relacionarse y, ¡ostras!, su vida social está limitada solamente a ti (GD2, auxiliar domiciliaria ZG2).

g) Servicio de respiro para los y las cuidadoras familiares

El SAD también actúa como un servicio estratégico de respiro para las y los cuidadores familiares, quienes pueden experimentar una carga significativa. Para evitar la claudicación de cuidadoras y cuidadores, es fundamental acompañarlos con formación, asesoramiento y apoyo emocional. La figura de la auxiliar desempeña un papel clave en este sentido, ofreciendo asesoramiento práctico sobre el uso de herramientas y técnicas de asistencia, y conectando a las familias con otros servicios de apoyo:

Muchas veces no saben cómo afrontar la situación, no saben por dónde tirar. Entonces muchas veces te preguntan, "¿cómo has conseguido? Es que contigo hace y conmigo no hay manera". "Pues mira, hazle así o así". (GD2, auxiliar domiciliaria ZG2)

h) Mejora de la efectividad de la atención

En el plano organizacional, el equipo de auxiliares indica que planifican las semanas de manera que no dejan tareas pendientes, pero se reorganizan para priorizar las necesidades que requieren mayor atención en un momento dado. De hecho, el equipo de auxiliares señala que este enfoque mejora significativamente la efectividad de la atención, al centrarse en las necesidades reales y actuales de cada día. Además, destacan su capacidad para identificar de manera estratégica, desde la experiencia cotidiana en los domicilios, las necesidades concretas y su evolución, lo que permite optimizar tanto las intervenciones como los resultados obtenidos:

Hay que hacerlo así, hay que mirar por ellos, y si no se hace una cosa, pues ya se hará. Porque muchas veces no es lo que necesitan. Hay gente que, hasta que no llegas tú, no ven en todo el día a nadie. Y [lo] necesitan, y tienes que darle su tiempo, lo necesitan. No limpiar, limpiar y limpiar. (GD1, auxiliar domiciliaria ZG2)

i) Garantizar la continuidad asistencial

Además, se ha implementado una nueva práctica para mitigar el efecto de las sustituciones en las personas usuarias: la "hoja de ruta". Aunque el SAD procura mantener a una auxiliar referente y titular del caso, las sustituciones temporales son inevitables, debido a motivos como vacaciones, formaciones, bajas o permisos. Si bien las sustituciones no se pueden evitar, sí es posible minimizar su efecto en las personas usuarias. Este documento tiene como objetivo recopilar la información relevante para facilitar el trabajo de las auxiliares que cubren estas ausencias, detallando las prácticas habituales con el fin de ofrecer una atención lo más similar posible a la que se proporciona normalmente. El equipo de auxiliares valora muy positivamente este documento como una herramienta clave para garantizar la continuidad

asistencial, mantener la calidad del servicio y asegurar la satisfacción de las personas usuarias:

Hay personas que no quieren hablar de su pasado. O hay veces que tú entras en una casa, y preguntas "¿cuántos hijos tienes?" y se le acaban de morir los tres. Necesitas una información, que no digo que debas tenerla toda. Pero ahí vamos en la idea de la hoja de ruta que sería una herramienta que... "no hablar de su vida pasada, etc." Yo creo que eso es muy importante, porque tú [te quedas] mal, pero a la persona la dejas... [...]. Ella está acostumbrada a que lo hagas así y así, entonces llegan vacaciones, y digo "lo voy a dejar todo escrito" para que lo haga la compañera. (GD5, auxiliar domiciliaria ZG1)

j) Un cuidado más integral y humanizado

Bajo este nuevo modelo de atención, el SAD trasciende su enfoque tradicional y amplía su alcance hacia un cuidado más integral y humanizado, con prácticas que incluyen la estimulación, el acompañamiento, la orientación, la motivación y la promoción de vínculos con la comunidad. Aunque el equipo de auxiliares ya realizaba muchas de estas acciones de manera discrecional, reconociéndolas como parte esencial del cuidado, una de las principales conclusiones es que este modelo visibiliza y legitima el valor social de su labor profesional, otorgando tiempo y espacio.

4.3. Efecto del nuevo modelo de atención domiciliaria en el bienestar y satisfacción de las personas usuarias y equipo asistencial del SAD

a) Zaintzak Gertu provoca cambios positivos en las personas usuarias

Este modelo de atención domiciliaria tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas usuarias del servicio de atención domiciliaria (SAD). Si bien es esencial considerar la limitación temporal del estudio, que abarca solo cuatro meses de intervención, lo cual podría influir en la percepción de los cambios, también es importante destacar que, especialmente en personas mayores, pueden surgir circunstancias imprevistas que aceleren el deterioro y afecten su bienestar general.

Sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento reflejan un aumento significativo en la satisfacción de las personas participantes en relación con diversas dimensiones del bienestar. Los datos cuantitativos evidencian un efecto positivo en el estado anímico y emocional de las personas usuarias, con una variación notable en el grupo experimental (+1,1) frente al grupo control (-3,1). Además, se ha observado una mejora en la integración y participación comunitaria, con una diferencia destacada entre los grupos (grupo experimental: +5,3, grupo control: -6,9). También se han registrado avances en la percepción del estado de salud

general, aunque la diferencia entre ambos grupos es relativamente pequeña. En cuanto a la satisfacción general con la vida, el grupo experimental muestra una variación considerable (+4), frente a una variación más moderada en el grupo control (+1,5).

Los resultados obtenidos reflejan cómo la intervención de las auxiliares ha tenido un efecto positivo en diversas áreas, especialmente en la salud y el bienestar emocional. En particular, las personas que se beneficiaron de la intervención dirigida a la estimulación física y la movilidad, muchas de las cuales padecen enfermedades crónicas (87,5%) o presentan limitaciones funcionales (87,5%) o dificultades de movilidad (62,5%), experimentaron mejoras notables. La satisfacción con su estado de salud aumentó 3,8 puntos, pasando del 61,3% al 65%. Además, la satisfacción general con la vida aumentó 3,4 puntos, pasando del 63,8% al 67,1%.

El apoyo en la integración comunitaria y la socialización se ha abordado en cinco casos. El 60% de esas personas experimentaban sentimientos de soledad no deseada y atravesaban situaciones de aislamiento social. Tras implementar el modelo, se observa una mejora significativa en la satisfacción respecto a su integración en la comunidad, con un aumento de 5,5 puntos, pasando del 52,5% al 58%. Además, se incrementa la satisfacción relacionada con el nivel de contacto y apoyo recibido de amistades y familiares en 4 puntos, pasando del 60% al 64%. Este avance también ha influido en la satisfacción general con la vida, que ha aumentado del 60% al 62%.

En cuanto al apoyo emocional y afectivo, se ha trabajado específicamente con seis casos. El 33,3% de estas personas manifestaban sentir soledad no deseada. Tras la intervención, las personas usuarias reportan una mejora en el apoyo emocional recibido de las auxiliares, con una variación notable de +3,3 puntos, pasando del 91,7% al 95%. Aunque no se observa una variación significativa en el estado anímico y emocional pre y post intervención, sí se destaca un incremento importante en la satisfacción con la vida en general, con una variación de +6,7 puntos, pasando de 61,7% a 68,3% en la escala de satisfacción.

b) Zaintzak Gertu tiene un efecto significativo en el equipo asistencial del SAD

El proceso de tutorización y experimentación llevado a cabo en este contexto también ha tenido un efecto significativo en el equipo asistencial del SAD. Además de servir como un espacio de formación continua y supervisión, la tutorización se ha convertido en un punto de encuentro y apoyo emocional para el equipo. Las auxiliares destacan que el trabajo en los domicilios otorga al servicio características únicas, como la cercanía e intimidad con las personas usuarias y sus entornos, las dinámicas particulares de cada hogar, y una labor más variada y menos estructurada en comparación con otros servicios. Ante este contexto, los espacios de tutoría fomentan

un clima organizacional positivo, donde las auxiliares se sienten respaldadas, tienen la oportunidad de compartir experiencias y fortalecer su sentido de pertenencia al equipo.

A través de este proceso, las auxiliares desarrollan nuevas competencias profesionales. En particular, subrayan su empoderamiento y capacidad para tomar decisiones basadas en la detección de necesidades, así como un aumento en la confianza en sus habilidades y una participación más activa en la organización del servicio. Este enfoque, menos estructurado y más propositivo, permite ajustar la atención a las preferencias y necesidades individuales de cada persona usuaria, guiándose por el criterio de la auxiliar (en consenso con la persona usuaria), quien tiene un conocimiento más cercano y detallado de su estado y requerimientos de la persona atendida. Esto facilita una organización más efectiva de la atención cotidiana:

Vemos las cosas de distinta manera. Y yo creo que también tenemos un poco más confianza de poder hacer cosas que antes veíamos que eran necesarias y nos cortábamos un poco a la hora de "¿esto podré hacerlo o no podré hacerlo?" o "si llamo y, digo, necesita un paseo o que yo necesito diez minutos más, ¿qué me van a decir?". Pues después de esta capacitación, tú te sientes más segura a la hora de decir "venga, me voy a coger diez minutos, para hacer con esta persona lo que necesita". (GD6, auxiliar domiciliaria ZG1)

El resultado de este proceso ha sido positivo para el equipo de auxiliares, quienes reportan un mayor reconocimiento profesional y una satisfacción superior con su labor. Se sienten más valoradas tanto por las instituciones como por su papel esencial en el sostenimiento de los cuidados domiciliarios. Este reconocimiento también es compartido por las personas usuarias.

La satisfacción de los profesionales ha aumentado considerablemente tras el proceso de capacitación y la implementación del nuevo modelo de atención. Inicialmente, calificaban su satisfacción con un 85% en su trabajo en el SAD, cifra que ha subido a 92%, lo que refleja un incremento de 7 puntos porcentuales. Según los testimonios recopilados, esta alta satisfacción está relacionada con el valor social que las auxiliares otorgan a su labor diaria y con la posibilidad de desempeñar su trabajo de la manera que consideran más adecuada.

5. Reflexiones finales

El proyecto Zaintzak Gertu ha permitido impulsar y testar fórmulas de organización del servicio de atención domiciliaria basadas en enfoques innovadores que contribuyen a su reorientación. En este último apartado se recogen los principales elementos de este proyecto experimental, para sintetizar lo que este nuevo modelo de atención domiciliaria representa en el contexto en el que se enmarca.

5.1. Principales avances en la transformación del servicio

La iniciativa ha representado una oportunidad para avanzar en la sistematización de la transformación del servicio en distintos planos, a saber, en el plano estratégico, en el plano de procesos y en el plano operativo⁷.

a) En el plano estratégico

Zaintzak Gertu proporciona cuidados y apoyos a las personas en su entorno habitual, basados en sus necesidades y deseos, es decir, aplica un modelo de atención centrado en la persona, que implica reconocer a las personas como individuos con fortalezas y preferencias, y ponerlas en el centro de la atención que reciben (SIIIS-Servicio de Información e Investigación Social, 2021). De esta manera, la atención no se basa exclusivamente en unos servicios estandarizados o prediseñados, sino que considera los deseos de las personas usuarias. Siguiendo la normativa que regula el SAD municipal, el servicio sigue prescribiendo planes y tareas, pero permite que el personal auxiliar tenga flexibilidad en su desempeño. Esto supone una gran diferencia frente a los sistemas tradicionales que se basan fundamentalmente en categorizaciones estandarizadas, sin adecuarse a las necesidades y deseos de las personas destinatarias de la atención. En este sentido, se va a proponer una redefinición normativa del servicio en la que se recoja que el SAD:

- Ofrece cuidados integrales, personalizados y comunitarios que, en colaboración con otros agentes del ecosistema local de cuidados, se prestan en el domicilio y en el entorno comunitario de la persona o personas usuarias.
- Ofrece cuidados que se prestan en el entorno de la persona destinataria y se caracterizan por atender necesidades domésticas, personales y relaciones desde diferentes enfoques (preventivos y asistenciales).

Fruto del proceso de formación y tutorización, Zaintzak Gertu avanza hacia un modelo de atención domiciliaria más personalizado, en el que se trasciende la atención doméstica y personal clásica, integrando otras dimensiones clave como los hábitos saludables; la adhesión a tratamientos; el bienestar físico, cognitivo y afectivo; la integración comunitaria, y el apoyo a los entornos familiares cuidadores. En definitiva, Zaintzak Gertu ha impulsado la adaptación de las competencias y el enfoque de los y las profesionales de ayuda a domicilio, alineando la metodología de intervención con los roles profesionales que Martínez *et al.* (2014) señalan como propios de los modelos orientados a las personas:

- El o la profesional conoce la biografía, los gustos y estilos de vida de la persona. Con esta base, orienta, apoya, asesora, consensúa y ofrece apoyos, teniendo muy en cuenta lo que la persona quiere y asume.
- Las personas, si lo desean, pueden participar en el proceso de diseño y evaluación del plan de atención.
- La seguridad y el bienestar físico se equilibran con el bienestar emocional y las preferencias de las personas.
- Las y los profesionales ejecuta sus tareas "para y con" las personas.
- Las y los profesionales señalan la importancia del diálogo, del consenso y de que cada quien —profesional y persona usuaria— asuma su responsabilidad.

Si bien el equipo de auxiliares del SAD ya realizaba muchas de estas acciones de manera discrecional, este modelo ha permitido visibilizar y legitimar el valor social de su labor profesional, otorgándoles tiempo y espacio. En definitiva, más que redefinir el rol profesional de las auxiliares, este modelo pone en valor su capacidad para ofrecer cuidados centrados en la persona, adaptados a sus necesidades individuales y en conexión con su entorno social.

Por otro lado, más allá de la personalización, Zaintzak Gertu ha avanzado hacia el impulso de un enfoque comunitario del servicio de atención domiciliaria. A pesar de que la colaboración con otros agentes no está del todo asentada, se han llevado a cabo algunas iniciativas para trabajar de manera conjunta con los agentes que conforman el ecosistema local de cuidados (figura 2). Este nuevo modelo de gobernanza colaborativa, que descansa en el liderazgo del Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián, contribuye a la construcción en el municipio de una mirada compartida, social y sanitaria, con respecto a cuestiones clave como la fragilidad, la dependencia, la soledad o la salud mental.

En este sentido, y en línea con lo que establece la Ley vasca de Servicios Sociales⁸, Zaintzak Gertu otorga una gran relevancia a la influencia del entorno. La perspectiva de la intervención parte, por tanto, del propio territorio y engloba a todos los actores que tienen presencia en el día a día y representan un recurso para la persona usuaria (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2022). Desde este punto de vista, Zaintzak Gertu contempla a la persona no de manera individual, sino teniendo en cuenta su situación, tanto en su propia vivienda como en el entorno y la comunidad en la que vive, así como los apoyos familiares con los que cuenta. Esta visión supone implicar a diversos agentes del sistema de cuidados. Para ello, Zaintzak Gertu establece un proceso

⁷ A la hora de realizar la valoración de los hallazgos obtenidos, es esencial considerar que el reducido tiempo de la intervención puede limitar o influir en la percepción de los cambios.

⁸ El artículo 8 de la Ley 12/2008 establece que el sistema vasco de servicios sociales tendrá como referencia en su funcionamiento el enfoque comunitario, de proximidad de la atención.

de gobernanza colaborativa con las entidades y organizaciones que conforman el ecosistema local de cuidados de Donostia, a fin de explorar oportunidades de colaboración, facilitar nuevas sinergias y fortalecer la capacidad del ecosistema en diferentes ámbitos como la atención sociosanitaria, la conexión comunitaria o la integración de tecnologías al servicio del sistema de cuidados.

b) En el plano de procesos

La iniciativa ha reafirmado el compromiso de incorporar en el modelo de gestión la planificación, financiación e implementación de la formación, así como el trabajo con el ecosistema. En efecto, la transición hacia servicios centrados en las personas usuarias y sus entornos de apoyo conlleva un fuerte cambio en el estilo de atención y cuidado. No solo se trata de modelos de gestión y herramientas, sino fundamentalmente de formación y capacitación de las personas profesionales y gestoras de la atención y el cuidado. Con carácter general, la personalización requiere de una interiorización por parte de las personas profesionales de las implicaciones de la personalización, exigiendo un proceso de formación y cualificación en nuevas competencias, y en la forma de atención, con servicios flexibilizados y con un enfoque multidisciplinar (Etorkizuna Eraikiz, 2021a).

Acorde con este planteamiento, la mejora en las competencias de las auxiliares domiciliarias, a través de procesos de formación y reciclaje continuo, constituye el pilar fundamental en la transformación del actual modelo de atención domiciliaria. La formación, basada en la metodología de la intervención centrada en la persona, permite a las auxiliares del programa Zaintzak Gertu intervenir en casos que presentan características y necesidades que precisan de una mayor especialización. Además, la formación proporcionada a los y las profesionales del servicio ha sido revisada y transformada, buscando que sea más práctica, contextualizada y significativa.

Pero, más allá de la cualificación y recualificación de los y las profesionales del servicio, la capacitación ha incidido en un cambio en la cultura de trabajo. En este contexto, las y los profesionales se reconfiguran como acompañantes de la persona en situación de fragilidad o dependencia, desde una posición de mayor cercanía, más allá de su autoridad profesional. Más allá de proporcionar cuidados, la función de las auxiliares es la de ofrecer apoyos activos para promover y fomentar la autonomía personal y participación social de la persona usuaria.

Por otro lado, el modelo de gobernanza colaborativa en el municipio ha pasado a formar parte de los procesos de trabajo del servicio de atención domiciliaria. Para su cristalización, se ha asumido el compromiso de planificar, financiar e implementar las acciones colaborativas dentro del servicio, consolidando así el trabajo en red entre el SAD municipal y el ecosistema local de cuidados.

c) En el plano operativo

La implementación de este modelo ha tenido un efecto positivo en los distintos planos del servicio, beneficiando tanto a las personas usuarias y sus familias como a los y las profesionales que gestionan el servicio, ya sea de manera directa o indirecta (enfoque *bottom-up*).

Si bien el tiempo de desarrollo del proyecto no ha sido suficiente para detectar efectos significativos en la calidad de vida de las personas usuarias, sí se han detectado mejoras en la sensación de bienestar, autonomía y soledad. En este sentido, el efecto positivo tanto en la salud física como en la salud psicológica de las personas participantes en el proyecto podría tener, a la larga, un efecto preventivo sobre el posible deterioro físico y cognitivo. En efecto, integrar el apoyo emocional y la perspectiva comunitaria en el SAD, así como orientar el servicio no solo a la persona destinataria de la atención, sino a su familia y entorno, contribuyen a que el servicio de atención domiciliaria tenga un enfoque más preventivo y proactivo (Rosetti *et al.*, 2022). No obstante, este posible efecto preventivo de la intervención no se ha podido evaluar en el marco del presente proyecto, por lo que se apunta como una posibilidad, y no como un hallazgo de la investigación.

Por otro lado, el proceso de tutorización y experimentación llevado a cabo en el marco del proyecto también ha tenido un efecto significativo en la satisfacción del equipo asistencial del SAD. Las personas profesionales ya formadas han incorporado una nueva mirada y manera de hacer, que no solo transforma la práctica individual, sino que también fortalece el sentido de pertenencia a un proyecto colectivo. De manera más significativa, las auxiliares del servicio destacan, como consecuencia del proceso, su empoderamiento y capacidad para tomar decisiones basadas en la detección de necesidades, así como un aumento en la confianza en sus habilidades y una participación más activa en la organización del servicio. Todo ello contribuye a un mayor reconocimiento profesional y una satisfacción superior con su labor, lo que, a su vez, podría considerarse un mecanismo que favorece el reconocimiento social y el atractivo profesional de los empleos vinculados a los cuidados y apoyos en el domicilio.

5.2. Zaintzak Gertu en la construcción de una estrategia de cuidados en el domicilio

Tal y como se ha indicado, Zaintzak Gertu nace con la pretensión de realizar una investigación en el marco de un proyecto piloto para crear una estrategia de cuidados de larga duración en el ámbito domiciliario, específicamente enmarcado en el Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal orientado a posibilitar la permanencia de las personas en situación de fragilidad o dependencia en su entorno comunitario —en su contexto próximo y con su propia red— el mayor tiempo posible.

La construcción de esta estrategia de cuidados se enmarca en la visión común que deriva del ya mencionado proceso de reflexión colaborativo en torno a los cuidados impulsado por la Dirección de Acción Social del Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián, y que se plantea de la siguiente forma:

Una ciudad que cuida será aquella que incentive el cuidado y, por lo tanto, una ciudad cuidada. Estas tres facetas se retroalimentarían entre sí permitiendo que el cuidado permee y cale en todas las capas sociales e institucionales y actúe como reto colectivo y catalizador de transformación social, desde la sostenibilidad, la autonomía, la autodeterminación y la reciprocidad.

Desde esta perspectiva, Zaintzak Gertu contribuye a avanzar en los siguientes objetivos estratégicos de una futura estrategia de cuidados en el domicilio⁹:

- Construir entornos de cuidado: Zaintzak Gertu promueve la consolidación de un ecosistema de cuidados en torno al SAD, conectando a los distintos agentes comunitarios y fortaleciendo los vínculos para ofrecer apoyos integrados.
- Impulsar la promoción de la autonomía personal: el equipo de profesionales de Zaintzak Gertu trabaja la promoción de la autonomía de las personas beneficiarias del servicio, favoreciendo que realicen por sí mismas determinadas tareas (como ayudar en la cocina) y que tomen decisiones sobre cómo quieren que sean sus cuidados diarios (evidentemente, dentro de unos límites). Además, el modelo trabaja desde la idea de recuperar la autonomía, es decir, sin dar por sentado que no hay opciones de mejora.
- Por otro lado, el personal del SAD, dentro de sus funciones de conector entre las personas usuarias y los servicios existentes, puede orientar sobre dónde informarse sobre las ayudas técnicas y los productos de apoyo para prevenir la dependencia.
- Favorecer la integración de las personas usuarias en su entorno comunitario: Zaintzak Gertu planifica la atención de acuerdo con los deseos de las personas de vivir en sus hogares y de seguir manteniendo las relaciones con su comunidad, facilitando el desarrollo del proyecto de vida de las personas en el entorno en el que viven y desean vivir.
- Detectar y prestar apoyo a las personas cuidadoras: el personal de Zaintzak Gertu está bien posicionado y cuenta con la capacitación adecuada para contribuir a detectar personas que prestan cuidados y ofrecer información sobre los

recursos de apoyo disponibles, como Sendian¹⁰ o Zaindo¹¹.

- Impulsar la personalización de la atención, a través de:
 - Promover el cambio organizativo, posibilitando la participación de las personas usuarias —y de sus familiares— en la planificación de la intervención individual y, dentro de ella, la elección de las actividades y tareas que se realizan en el marco del SAD. Esta participación de las personas usuarias constituye un elemento esencial —quizá el elemento prioritario— de la personalización.
 - Desarrollar nuevas herramientas y soportes de trabajo que contribuyan a la personalización del servicio. El modelo trabaja con herramientas como las "hojas de ruta" personalizadas o las historias de vida orientadas a impulsar la personalización de los cuidados y los apoyos.
- Mejorar la atención a la complejidad: si bien en el desarrollo del proyecto no se ha explorado del todo esta vía, la filosofía de gobernanza colaborativa en la que se basa Zaintzak Gertu permite explorar formas de colaboración destinadas a responder de manera más efectiva a las necesidades y circunstancias de las personas mayores en situación de dependencia. Se trata, en ese sentido, de plantear una especialización del SAD en unos perfiles y necesidades más específicos.
- Garantizar servicios de cuidado seguros y de calidad: la capacitación del equipo de auxiliares les permite adquirir nuevas competencias y adoptar una perspectiva más integral del cuidado, mejorando la calidad de la atención y fortaleciendo su papel estratégico dentro del sistema de cuidados.
- Avanzar en la profesionalización del sector de cuidados: una de las principales líneas de trabajo del modelo es la mejora de las competencias avanzadas de las y los profesionales que trabajan en el domicilio. Las acciones formativas del programa inciden de forma positiva en la satisfacción del personal, así como en su capacitación y empoderamiento. También se ha capacitado a los puestos intermedios (quienes coordinan el servicio), de manera que el enfoque ha ido de abajo hacia arriba (*bottom-up*).
- Mejorar la gobernanza y la articulación del sistema: en el marco de la iniciativa Zaintzak Gertu, se refuerzan las dinámicas de colaboración y coordinación con diferentes sistemas y agentes vinculados a los cuidados.

⁹ Se toma como referencia para la futura estrategia municipal de cuidados de larga duración en el domicilio el documento de trabajo *Estrategia de apoyos y cuidados en el domicilio de Gipuzkoa*, impulsado por la Diputación Foral de Gipuzkoa en 2023.

¹⁰ <https://www.donostia.eus/info/udalinfo/tramites.nsf/vTramites/FAF3AF5472A4FCDBC125814500390C89?OpenDocument&idoma=cas&id=D580485>.

¹¹ <https://www.euskadi.eus/zaindo/es/>.

El cuadro 1 recoge los objetivos estratégicos que consigue Zaintzak Gertu, agrupados en ejes.

Cuadro 1. Objetivos estratégicos alcanzados por Zaintzak Gertu	
Ejes	Objetivos estratégicos
1. Promoción de la autonomía personal y prevención de las situaciones de dependencia	1. Construir entornos de cuidado 2. Impulsar la promoción de la autonomía personal 3. Favorecer la integración de las personas usuarias en su entorno comunitario
2. Apoyo a las personas que prestan cuidados informales	4. Detectar y prestar apoyo a las personas cuidadoras
3. Personalización de la atención	5. Impulsar la personalización de la atención 6. Mejorar la atención a la complejidad
4. Garantía de calidad en la atención	7. Garantizar servicios de cuidados seguros, de calidad, basados en la evidencia y éticamente responsables 8. Avanzar en la profesionalización del sector y garantizar unas condiciones de trabajo adecuadas
5. Articulación institucional y gobernanza	9. Mejorar la gobernanza y la articulación institucional del sistema

Fuente: elaboración propia

5.3. Líneas de avance

Al margen de los logros alcanzados por Zaintzak Gertu durante su andadura, persisten algunos retos a los que el programa deberá hacer frente a medio y largo plazo:

En primer lugar, fortalecer una gobernanza colaborativa entre los diferentes agentes del sistema que permita una atención integrada e intensiva a las personas con necesidades complejas resulta crucial. A pesar del impulso de Zaintzak Gertu por introducir la coordinación con otros agentes comunitarios, este objetivo aún está en una etapa incipiente, lo

que representa un obstáculo en el desarrollo de una verdadera atención integrada en el domicilio.

Sin duda, otro aspecto crucial en la consolidación de Zaintzak Gertu es su escalabilidad para llegar a la totalidad de personas usuarias del servicio municipal de ayuda a domicilio. El personal auxiliar capacitado en el marco del proyecto asciende a 60 personas, de manera y el objetivo para garantizar su continuidad sería llegar al total de auxiliares del servicio, de manera escalonada. Por otra parte, los equipos profesionales que impulsan y participan en estos ecosistemas locales pueden requerir formación específica en herramientas y metodologías para facilitar la colaboración, por lo que habría que asegurar que todas las personas implicadas cuentan con los conocimientos necesarios para el correcto diseño, la adecuada implementación y la viabilidad de las iniciativas.

En esta misma línea, de cara a su escalabilidad, cabría realizar una evaluación económica que permitiera comprobar su coste-eficacia, es decir, si los costes de Zaintzak Gertu son compensados por los mejores resultados con relación al servicio tradicional de atención domiciliaria.

Por último, es importante señalar el desafío que supone la limitación temporal de estos proyectos de experimentación. En efecto, esta restricción temporal supone una limitación para desarrollar y profundizar en las acciones enmarcadas en la iniciativa Zaintzak Gertu.

Con todo, Zaintzak Gertu puede contribuir a la futura estrategia de cuidados y apoyos en el domicilio de Donostia, a través del servicio de ayuda domiciliaria y el ecosistema de cuidados. El programa ha avanzado en acciones clave, como formar al personal auxiliar de cuidados en la provisión de atención y apoyos más personalizados, así como en la activación de agentes comunitarios. Los resultados del programa reflejan una tendencia en la mejora tanto física como emocional de las personas beneficiarias. También incide en una mayor satisfacción laboral entre las personas profesionales, atribuida a mejoras en la coordinación, la formación y el soporte laboral.

Bibliografía referenciada

- (s. f.): *Client-centred Care Questionnaire (CCCQ). Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg*, s. l., Hogeschool Zuyd, <https://scales.arabpsychology.com/wp-content/uploads/instrumenten/250_3.pdf>.
- ARRIETA, F.; ZÚÑIGA, M. y ETXEBERRIA, B. (2024): "Reorganizando los cuidados: liderazgo(s) en la construcción de ecosistemas locales en el Territorio Histórico de Gipuzkoa", *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, n.º 61, pp. 123-136, <<https://investigacionesregionales.org/es/article/reorganizando-los-cuidados-liderazgos-en-la-construcion-de-ecosistemas-locales-en-el-territorio-historico-de-gipuzkoa/>>.
- AYUNTAMIENTO DE DONOSTIA / SAN SEBASTIÁN (2014): *Plan de Ciudad San Sebastián Amigable. Documento base para la elaboración del plan de acción / Donostia Lagunkoa Hiri Plana. Ekintza plana egiteko oinarrizko dokumentua*, San Sebastián, Ayuntamiento de Donostia / San Sebastián, <[https://www.donostia.eus/info/ciudadano/mayores_presentacion.nsf/voWebContenidosId/EB5AB8EF695953B3C1257DE10048F469/\\$file/DSS%20lagunkoa%20documento%20base_cas.pdf](https://www.donostia.eus/info/ciudadano/mayores_presentacion.nsf/voWebContenidosId/EB5AB8EF695953B3C1257DE10048F469/$file/DSS%20lagunkoa%20documento%20base_cas.pdf)>.
- BENNETT, L.; HONEYMAN, M. y BOTTERY, S. (2018): *New models of home care*, York, The King's Fund, <https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/cb1237e617/new_models_home_care_2018.pdf>.
- COMISIÓN EUROPEA (2022): *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*, COM(2022) 440 final, Bruselas, 07-09-2022, <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>>.
- DAVEY, V. (2022): *Estudis de cas d'innovacions al servei d'ajuda a domicili*, Barcelona, Diputació de Barcelona, <https://libreria.diba.cat/cat/cat/libre/estudis-de-cas-d-innovacions-al-servei-d-ajuda-a-domicili_68600>.
- DE WITTE, L.; SCHOOT, T. y PROOT, I. (2006): "Development of the client-centred care questionnaire", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 56, n.º 1, pp. 62-68, <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03980.x>>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2022): *Acción comunitaria. Marco conceptual, estratégico y operativo enfocado a la acción pública de la Diputación Foral de Gipuzkoa y ayuntamientos del territorio*, s. l., Diputación Foral de Gipuzkoa, <https://www.gipuzkoa.eus/documents/917770/27303951/Acción_Comunitaria_MARCO_es.pdf>.
- ETORKIZUNA ERAIKIZ (2021a): *Liburu zuria. Gipuzkoa 2030: arretaren eta zaintzen etorkizuna gizarte politiketan / Libro blanco. Gipuzkoa 2030: el futuro de la atención y los cuidados en las políticas sociales*, s. l., Diputación Foral de Gipuzkoa, <<https://www.siis.net/documentos/Path/576709.pdf>>.
- (2021b): *Políticas sociales de transición. Plan de acción 2021-2023*, s. l., Diputación Foral de Gipuzkoa, <https://www.gipuzkoa.eus/documents/1932270/1932598/20+30+Gipuzkoa+Agenda_es/56c16f3a-3dc7-11d4-2c32-76c338048be2>.
- EUSKADI (2008): "Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales", *Boletín Oficial del País Vasco*, n.º 246, 24-12-08, pp. 31840-31924, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/l/2008/12/05/12/dof/spa/html/>>.
- FISHER, B. y TRONTO, J. C. (1990): "Toward a feminist theory of caring", en ABEL, E. K. y NELSON, M. (eds.), *Circles of care*, Albany, Suny Press, pp. 35-62.

- LA TROBE UNIVERSITY (s. f.): *The Person-Centred Care Assessment Tool (P-CAT)*, s. l., La Trobe University, <https://www.latrobe.edu.au/aipca/australian-centre-for-evidence-based-aged-care/resources/ACEBAC-Assessment-Tool_P-CAT-Questions.pdf>.
- MARTÍNEZ, T.; DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P. (2014): *Profesionales: nuevos roles y equipos de atención*, serie Modelo de Atención Centrada en la Persona: Cuadernos Prácticos, n.º 4, s. l., Gobierno Vasco, <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%204.pdf>.
- ROSETTI, N. (coord.) (2022): *Avaluació de la implementació del servei d'ajuda a domicili (SAD). Informe final*, Barcelona, Ivàlvia-Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques, <https://ivalua.cat/sites/default/files/2022-12/Informe_SAD_Julio2022-1_0.pdf>.
- SIIS-SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (2021): *Guía para la personalización de los servicios sociales en Gipuzkoa. Elementos y recomendaciones para transitar hacia servicios más personalizados*, San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa, <https://www.behagi.eus/files/informes/guiapersonalizacion_2021_cas.pdf>.
- VERDUGO, M. A. (dir.) (2009): *Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida*, Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, <<https://sid-inico.usal.es/documentacion/escala-gencat-manual-de-aplicacion-de-la-escala-gencat-de-calidad-de-vida/>>.
- VICENTE ECHEVARRÍA, I. (coord.) (2024): *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios. Personas mayores*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, <<https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/01/3.-Estudio-EDI-Personas-Mayores.pdf>>.
- ZALAKAIN, J. (2023): *Revisió d'experiències internacionals i estatals d'innovació a l'atenció domiciliària*, serie Projectes Transformadors, n.º 14, Barcelona, Diputació de Barcelona, <https://llibreria.diba.cat/cat/libre/revisio-d-experiencies-internacionals-i-estatals-d-innovacio-a-l-atencio-domiciliaria_68886>.

Ecos del silencio. Un estudio de casos sobre la soledad en las personas mayores

Luis Miguel Rondón García

Universidad de Málaga

luismiguel.rondon@uma.es

Rosa Raquel Ruiz Trascastro

Universidad de Málaga

rosaraquelruiz@uma.es

Bibiana Navarro Matillas

Escuela Andaluza de Salud Pública

bibiana.navarro.easp@juntadeandalucia.es

Doris Otis Mohand

Investigadora

Artikulu honek adinekoen bakardadean eragiten duten faktoreak aztertzen ditu ebidentzian oinarritutako praktikaren ikuspegitik. Kasu-azterketa kualitatibo bat egin zen bakardadea jasaten duten 22 adinekoekin egindako elkarritzeta erdi-egituratuen bidez, zortzi parte-hartzaileko foku talde batekin osatuta. Atlas-ti softwarea erabiliz egindako analisiak agerian uzten du bakardadea dimentsio desberdinak dituen meta-aldagai bat dela, testuinguru sozial zehatz batean kokatua. Dimentsio hauek bizi-zikloko egoera desberdinekin lotuta daude: erreserva kognitiboa, gizarte-laguntza, harreman sozialak, loturen galera eta bizitzarekiko gogobetetasunaren pertzepzioak, eta bakardadeari aurre egiteko azalpenak ematen dituzte. Azkenik, gizarte-zerbitzuen eginkizuna faktore erabakigarria da aipatutako gabeziak konpontzeko, eskaintzen dituzten baliabide sozialen bidez.

Gako-hitzak:

Bakardadea, adineko helduak, erreserva kognitiboa, gizarte-zerbitzuak.

Este artículo analiza los factores que influyen en la soledad de las personas mayores desde la perspectiva de la práctica de la evidencia. Para ello, se realiza un estudio de casos desde el paradigma cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas a 22 personas mayores en situación de soledad, que se complementa con un grupo focal de 8 participantes. En el análisis realizado con el software Atlas-ti, se infiere que la soledad es una metavariable con diferentes dimensiones, que se enmarca en un contexto social determinado. Estas dimensiones están relacionadas con distintas variables a lo largo del ciclo vital —reserva cognitiva, apoyo social, relaciones sociales, pérdida de vínculos, percepción de la satisfacción con la vida— y explican cómo se afronta de la soledad. Por último, el papel de los servicios sociales es un factor determinante para complementar las carencias indicadas, a través de los recursos sociales que se ofrecen.

Palabras clave:

Soledad, personas mayores, reserva cognitiva, servicios sociales.

1. Introducción

El objeto de estudio de este artículo son las personas mayores en situación de soledad no deseada. Se analizan las trayectorias individuales que conducen hacia los mecanismos de la dicotomía soledad/ acompañamiento. Los objetivos son: a) analizar los factores determinantes de la soledad en las personas mayores; b) examinar su incidencia en la calidad de vida y c) conocer el papel de los servicios sociales como vector de apoyo a estas situaciones sociales.

Para comenzar, cabe señalar que el constructo de soledad está en continua revisión, debido a que, para referirse a esta experiencia de aislamiento social, se usan indistintamente conceptos diferentes, aunque relacionados (Dickens *et al.*, 2011; Peplau, 1998). Por su parte, Hirigoyen (2013) habla de la experiencia de la soledad positiva cuando es elegida y resulta gratificante. Tomando en consideración que la soledad se debe a la carencia de o a problemas en las relaciones sociales (Weiss, 1983), podemos distinguir entre:

- Soledad existencial: se caracteriza por ser abierta, ni impuesta ni sentida, y por no esperar nada a cambio (Roig, 2004). Algunos autores la consideran como autoextrañamiento (Karnick, 2005), en tanto que estas personas tienden a sentir que su vida carece de sentido. Según Rubio *et al.* (2002: 17), "las personas que experimentan este tipo de soledad es porque carecen de habilidades adecuadas de relación social en los ámbitos de la vida".
- Soledad social: se trata de un tipo de soledad ocasionada por la ausencia de una red social de forma perdurable con personas que generen sensación de confianza y seguridad.
- Soledad emocional: se refiere a la ausencia total de apego emocional que se ofrece en las relaciones íntimas. Tiene muchas consecuencias negativas y puede llegar a ser patológica e incluso asociarse con la morbilidad o la mortalidad (Peplau, 1988).

Según la tipología anterior, en términos generales, los sentimientos de soledad están asociados con una serie de factores psicológicos, sociales y personales, como la forma en la que la persona entiende sus relaciones sociales y las expectativas sobre aquellas, la pérdida de ilusión y de sentido de la vida o la dificultad para pedir o aceptar ayuda (Castro, 2010); el propósito, el valor, la autoestima o la autoeficacia (Baumeister, 2005); factores sociales, como ser mujer (Dahlberg *et al.*, 2015; Pinquart y Sörensen, 2001; Rico-Uribe *et al.*, 2016), tener edad avanzada (Dykstra, 2009; Dykstra, Van Tilburg y De Jong Gierveld, 2005; Scambler, *et al.*, 2005) o un nivel de estudios bajo (Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko *et al.*, 2005; Sundström *et al.*, 2009), o la cantidad y calidad del apoyo social percibido; también, con el aumento de problemas de salud, incluido el estado de salud mental (Losada *et al.*, 2012). Los trastornos del estado del ánimo y, en concreto, la depresión, es

frecuente en la población de personas de 65 o más años, donde alcanza una prevalencia de entre el 7% y el 36% (Koenig y Blazer, 1992) y llega hasta el 40% en personas hospitalizadas (Butler y Lewis, 1995). Por ello, se ha vinculado la soledad con un aumento de la mortalidad, la mala salud y un uso excesivo de servicios sociales. La relación entre la soledad y el uso de servicios sociales es compleja y multifacética, pero en general, se puede afirmar que la soledad puede ser un factor que impulse a las personas en situación de soledad no deseada a buscar más apoyo de los servicios sociales, ya sea por necesidad de contacto social, apoyo emocional o acceso a los recursos. Al mismo tiempo, un uso excesivo de estos servicios, sin una adecuada evaluación o intervención, podría no abordar las causas subyacentes de la soledad y, en algunos casos, incluso contribuir a un mayor aislamiento (Smith y Victor, 2022).

2. Percepción de la soledad, soledad objetiva y subjetiva

A tenor del conocimiento adquirido, podemos distinguir dos dimensiones esenciales para comprender la génesis de la soledad: la soledad elegida y la soledad sobrevenida. Todas las personas, en algún momento de la vida, necesitan pasar tiempo a solas para alcanzar determinados objetivos. En este caso, la soledad no tiene connotaciones negativas, al tratarse de una situación elegida. Resulta evidente, pues, que la soledad, cuando se desea y se consigue, no constituye un problema para las personas, inclusive para las personas mayores.

Por otro lado, sentirse solo es algo mucho más complejo. Algunas personas, aun cuando viven en compañía de sus seres queridos, pueden sentirse solas por diversas circunstancias. En este sentido, la soledad es subjetiva, es una experiencia que se produce cuando las relaciones de afecto no son satisfactorias o no cubren las expectativas de la persona (Bermejo, 2005). Para prevenirla, nos interesa conocer cómo funciona la autoeficacia en el envejecimiento positivo, los procesos de socialización del mayor y, sobre todo, la reserva cognitiva que se van acumulando a lo largo del ciclo vital para afrontar el final de la vida. En este caso, la reserva cognitiva se refiere a la habilidad del cerebro para optimizar el rendimiento mediante el uso de redes neuronales o estrategias cognitivas alternativas (Stern, 2009). Muchos gerontólogos afirman que las personas mayores que envejecen con éxito son aquellas que se sienten felices, satisfechas con su pasado y cuentan con vínculos sociales, emocionales.

Según la inferencia anterior, las relaciones sociales, la interacción social, junto con las actuaciones que lleven a cabo las políticas del bienestar, pueden influir en una mejor calidad de vida de los adultos mayores, al proporcionar bienestar y percepción de calidad de vida para desarrollar un envejecimiento eficaz. De hecho, con la edad, los adultos buscan activamente las relaciones que son más gratificantes y disuelven

los lazos que lo son menos, al tener más libertad de elección una vez finalizados los compromisos de la vida laboral y adulta (Rondón, 2022).

A partir de estos argumentos, nos interesa indagar en la incidencia de la soledad en la calidad de vida de las personas adultas mayores, dado que la soledad se produce con más énfasis en aquellas personas que cuentan con poca reserva cognitiva adquirida para preparar esta etapa del ciclo vital, y con escaso apoyo familiar y participación social o comunitaria.

En otro orden de cosas, las prácticas discursivas ponen de manifiesto que atribuciones causales y el control percibido son variables explicativas de la soledad (Newall, 2015). Las personas solitarias suelen presentar sesgos cognitivos que generan expectativas sociales más pesimistas y modos de interacción social negativos que aumentan la soledad (Cacioppo y Hawkley, 2009). De este modo, conocer la experiencia de soledad de las personas mayores y averiguar en qué medida tiene relación con su comportamiento se considera relevante para comprender mejor la soledad.

Junto con estos factores, es imprescindible señalar el factor de género: unas 850.000 personas mayores de 80 años viven solas en España, y de estas, algo más de 662.000 son mujeres (INE, 2024). De aquí, deducimos el plus de género y su especificidad en la atención a las mujeres mayores que solicitan ayuda.

Las circunstancias descritas plantean la necesidad de realizar un estudio de casos, para identificar los factores individuales y sociales que propician la soledad entre las personas mayores.

3. Material y métodos

El paradigma cualitativo y, en concreto, el estudio de casos es la metodología más idónea para este estudio, al favorecer las sinergias entre quienes investigan y las personas destinatarias, atendiendo a la particularidad y complejidad de un objeto de análisis específico como el que aquí se aborda. Para identificar la soledad no deseada en personas mayores, se escogió como criterio la situación objetiva de vivir solo/a, entendida como una modalidad de convivencia (Víctor *et al.*, 2005). También se tomó como criterio la expresión de sentimientos de soledad, la cual es subjetiva y está compuesta por la manera en que la persona percibe y evalúa esta situación de vivir solo/a (De Jong-Gierveld y Raadschelders, 1982).

3.1. Participantes. Población y muestra

La muestra del estudio se seleccionó con el apoyo de personas expertas en el ámbito de los servicios sociales de la provincia de Málaga y de la Fundación Harena, de Málaga. El número de participantes a quienes se entrevistó fue 22 ($N = 22$), de los cuales 12 eran mujeres y 10, hombres, con edades comprendidas de 74 a 91 años ($\bar{x} = 81,3$ años). En

cuanto al grupo focal, en él participaron 8 personas distribuidas con equidad de género, de edades comprendidas entre los 30 y 91 años¹.

El grupo muestral es considerado representativo; sus integrantes tenían edades de entre los 74 y los 91 años y vivían en un hábitat urbano o rural, ya sea en domicilios particulares unifamiliares o en residencias, con una razón de género de un 71% de mujeres frente a un 29% de hombres, siendo el 40% personas solteras; el 30%, personas viudas y el 30% restante, personas que vivían en pareja. Los criterios de elegibilidad fueron: tener 65 o más años y no tener patologías neurodegenerativas. A las personas residentes, se añadió el requisito de no llevar más de 6 meses en el centro.

En cuanto al universo de la investigación, según datos del INE (2024), el número de hogares andaluces formados por una única persona de 65 años o más es de 358.496, estando el 70,2% de estos hogares formado por mujeres, y el 29,8%, por hombres.

3.2. Procedimiento

Los instrumentos utilizados fueron, por una parte, una entrevista semiestructurada, individual y en profundidad, con un formato de historia de vida. Se realizó durante los meses de mayo y junio de 2024, de forma presencial e informado a las personas participantes en el estudio. Los lugares donde se llevaron a cabo entrevistas presenciales fueron dos: el domicilio particular de la persona entrevistada y las residencias.

También se utilizó el grupo focal, técnica que crea un espacio en el que reflexionar grupalmente y rescatar significados para una mejor comprensión de las categorías discursivas. Se organizó un solo grupo focal, en la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo de la Universidad de Málaga, el 5 de septiembre de 2024, de forma presencial y con dos horas de duración.

Posteriormente, se procedió al análisis de los datos con el software Atlas.ti versión 9, codificando, seleccionando los fragmentos discursivos, así como las interacciones de estos en torno al constructo de soledad. A partir de este análisis, se crearon las categorías conceptuales dentro de cada uno de los bloques de preguntas:

1. Satisfacción con la vida y autoeficacia.
2. Sentimientos de soledad y afectación a la calidad de vida.
3. Apoyo y relaciones sociales.
4. Ocio, tiempo libre y participación comunitaria.
5. Uso y satisfacción de los recursos de servicios sociales.

¹ Fragmentos extraídos de las entrevistas y del grupo focal se presentan más adelante como material empírico de análisis. La autoría de cada cita se atribuye a cada participante mediante la letra "P" seguida de un número, para preservar el anonimato.

4. Resultados

A continuación, analizamos los resultados de las categorías indicadas anteriormente, en función de los objetivos de la investigación.

4.1. Satisfacción con la vida y autoeficacia

En esta categoría, se indaga en la autoeficacia y la satisfacción con la vida, relacionadas con los antecedentes familiares e historia de vida de la persona, la percepción de los propósitos que la persona ha logrado; expresadas también en la existencia, o no, del deseo de cambiar algo de su pasado, así como su capacidad de solucionar los problemas, en este caso, relativos a la soledad. Con respecto a la categoría satisfacción con la vida, la mitad de las personas participantes responden que se sienten satisfechas, siendo las razones que más repiten el haber tenido un matrimonio feliz, una buena relación familiar, con hijas e hijos y el apoyo que les brindan. A esto, cabe añadir la capacidad para tomar las decisiones propias y conseguir la realización personal en el momento actual. Se destacan algunas respuestas:

Satisficha con mi vida, sí, porque yo soy de las que siempre he sacado partido de todo lo que he hecho y donde he estado. (P1)

Sí, sobre todo por mi marido que he tenido y por los hijos que tengo, que son buenísimos. (P2)

Sí, con mi marido, ha sido un matrimonio muy bonito. Cuando íbamos a andar, la gente me decía "¡vaya, allí va el matrimonio!". (P7)

Por otra parte, la otra mitad de las personas consideran que no están satisfechas con su vida, ya sea con su familia o con la pareja, y que incluso han tenido una vida llena de dificultades a largo del ciclo vital:

Cuando eres joven, piensas que vas a hacer esto y lo otro, y luego llega un momento en el que hay problemas y las cosas no son como tú lo habías pensado. (P6)

¿Satisficho? No. [...] Yo, probablemente, no encontré la persona adecuada a mí. (P10)

Con respecto a la categoría autoeficacia, las personas, en general, consideran que ya no son capaces de hacer todas las tareas cotidianas y atender a sus necesidades de autonomía personal como antes. Las razones por las que ya no se ven capaces suelen ser el deterioro de la salud física o mental, o problemas de movilidad. La baja autoeficacia se relaciona con sentimientos de ansiedad y preocupación en algunas de las personas entrevistadas, que pueden conducir hacia una soledad patológica o negativa. Destacamos los principales fragmentos discursivos al respecto:

La gestión de la casa me cuesta mucho hacerla, tengo este problema de bronquios que no me deja moverme mucho, hago lo que puedo. (P1)

Me muevo, pero no puedo estar limpiando y eso, los brazos me duelen, me quedo paralizada. (P9)

Para paliar esta falta de desenvolvimiento, la mayoría de las personas tienen una persona de referencia, ya sea familia de primer o segundo grado, vecindario o personas cuidadoras profesionales. Se destaca con especial énfasis la buena valoración de la relación con sus cuidadoras o cuidadores, lo cual mejora la experiencia de acompañamiento y reduce la soledad, aumentando la sensación de tranquilidad. Aquellas personas que viven en una residencia sienten que tienen todas las necesidades cubiertas, pero echan de menos los vínculos afectivos en la unidad familiar:

Yo metí a una chica, a una muchacha, vecina mía, y la quería como una hija y ella a mí. Y ella me ha cuidado como una madre. (P3)

Cuando verdaderamente no puedo, porque hay algunas mañanas que se levanta uno fatal, tengo mis vecinos, que son muy buena gente. (P10)

4.2. Sentimientos de soledad y afectación de la calidad de vida

En el segundo bloque de análisis, se indaga en la categoría sentimientos de soledad y se vinculan a diferentes aspectos tanto personales como sociales. Los resultados muestran que la mayoría de las personas entrevistadas atravesaron un duelo complicado derivado del fallecimiento de sus parejas y de personas cercanas en esta etapa. Este cambio vital implica el inicio de la vida en solitario. Se asocia también la salida de sus hijas e hijos de la casa familiar con el aumento de la soledad, vinculándose este "nido vacío" con episodios depresivos en sus vidas. Estos factores coinciden con algunos de los que se comentan en el apartado de marco teórico como factores causales de la soledad: el ya mencionado "nido vacío" y el fallecimiento del cónyuge o viudedad. Se destacan estos testimonios a este respecto:

Cuando mis hijas se fueron de la casa, que se fueron muy jovencitas, sí que fue un momento duro. (P19)

Al morir mi marido, estuve un tiempo muy mal... porque claro, te falta algo en la vida, pero bueno... Y cuando mi hijo se fue, también fue un momento triste. (P14)

Por otra parte, también existen algunas personas que no experimentan soledad no deseada. Estos casos se circunscriben, sobre todo, a mujeres solteras y sin hijos, a una historia de vida en soledad y al disfrute de la soledad deseada como una condición que les ha permitido tomar sus propias decisiones. Las siguientes declaraciones son de aquellas mujeres que contestaron que no se han sentido solas

habitualmente en su vida y que tampoco sienten soledad en el presente son:

No, no, yo no soy..., no sé cómo decirle, no me siento sola. De un momento que me acostumbre a estar sola, pues estoy conmigo. (P1)

Estoy acostumbrada a vivir sola, incluso cuando veo un sitio donde hay mucha gente, me molesta. (P6)

Con respecto a la dimensión del tiempo, la mayoría de las personas entrevistadas se sienten solas en la actualidad, especialmente aquellas cuyas parejas han fallecido muy recientemente o las que acaban de ingresar en una residencia —en este último caso, a pesar de estar acompañadas, se sienten solas—. No obstante, algunas de ellas intentan racionalizarlo:

Desde que mi marido falleció, [me siento] mucho más [sola], porque, al menos, estaba con él, pero, ahora, es completamente sola, lo veo por todos lados. (P18)

Yo me distraigo con lo que puedo, salgo a comprar, me doy una vuelta, limpio la casa... (P10)

Con respecto a los recursos y actividades que les pueden ayudar a combatir la soledad no deseada, la mayor parte coincide en que algunas de esas cosas son ver la televisión, los juegos de mesa, pasar tiempo con su familia y amistades, recibir visitas y estar físicamente con otras personas, ya sean profesionales familiares y personas cercanas, o mantener el contacto social a través del teléfono. Aquellas personas que conservan la movilidad señalan actividades como salir a dar un paseo o a realizar tareas sencillas, pasear a su mascota, ir a la iglesia o hacer la compra, entre otras. En cambio, los participantes en residencias valoran el contacto frecuente con el personal sociosanitario, conocer a nuevas personas y recibir visitas de familiares como recursos que les han ayudado a sentirse menos solos. Veamos los fragmentos discursivos seleccionados:

Me ayuda... estar distraída..., tener aquí compañía, porque yo no me puedo mover mucho y, al vivir en un piso, pues... es más complicado... el salir a la calle, ver a mis hijos y todo... (P8)

Me ayuda ver la televisión, que me distrae mucho, y salir a pasear, sacar a mi perrillo... (P22)

He hecho amigas de aquí (en la residencia), he conocido a gente nueva y estoy contenta con ellas. Dibujamos, escribimos. (P2)

En la subcategoría que indaga en las necesidades percibidas para disminuir la soledad, los resultados se resumen, esencialmente, en más compañía. Algunas personas manifiestan que les gustaría ver más a sus familiares y pasar más tiempo con su compañía:

No sé..., no sé..., que vengan más mis hermanos a verme y nos juntemos como antes aquí..., que

echábamos unos días muy buenos aquí todos. (P13)

A mí me gustaría, sobre todo, tener a alguien aquí por las noches, porque yo lo paso muy mal, a mí me da mucho susto la noche. (P3)

Lo que más me fastidia de la edad es no poder salir. Me gusta mucho la música y, si hay un concierto, antes, me iba y cogía un autobús, y ahora me tienen que llevar. (P6)

En esta misma subcategoría de necesidades, varias personas expresan un deseo activo de tener una pareja sentimental, relación que ven como fuente de compañía, disfrute y motivación de vivir, aunque son escépticas con lograr este objetivo con la edad actual, al considerar que ya es tarde para encontrarla:

Aunque sea vieja [...], yo lo que quiero es encontrar una persona de mi edad, que me de la mano al salir a dar un paseo, andar, hablar, reírme [...] (P 3)

Sí, eso lo he valorado en un momento dado [buscar pareja], pero yo llevo ya quince años viviendo solo y eso es difícil, la convivencia es difícil. (P10)

Con respecto a la segunda categoría de este bloque, soledad y afectación de la calidad de vida, la mayoría de las personas entrevistadas se sienten infelices cuando hacen cosas en soledad, pero, después de cierto tiempo, son sentimientos normalizados a los cuales se acostumbran. Así, se puede ver que la soledad afecta al bienestar mental y sentimientos de disfrute relacionados con la interacción social:

Antes sentía soledad, pero ahora me he acostumbrado y estoy bien. (P11)

La verdad es que yo creo que me he acostumbrado ya..., antes sí era peor. (P12)

En términos generales, en el ámbito del bienestar mental, las personas consideran que la soledad afecta a su calidad de vida, algo que expresan mediante sentimientos de aburrimiento, monotonía y percepción lenta del tiempo. También cabe señalar que varias personas indican que la compañía solventaría dichos problemas y les ayudaría a sentirse mejor:

Sí..., es verdad que ahora me aburro más que antes, que, como no estaba sola en casa, tenía más movimiento y más cosillas que hacer... (P2)

Aunque me distraiga con cosillas, estoy aquí todo el día solo y eso, al final, va haciendo que me aburra y que todos los días sean iguales... (P4)

También hemos encontramos algunas personas que contestan que disfrutan estando solas, que encuentran bienestar y felicidad en la soledad. El perfil de estas personas es el de una mujer soltera y sin hijos ("nido vacío"), que ha tenido una historia

de vida de soledad por decisión propia, algunas con estudios universitarios o con trabajo fuera del hogar. En soledad, realizan actividades introspectivas, como leer o escribir, coser o viajar. Estas respuestas se han agrupado en la categoría de soledad deseada, que se relaciona con sentimientos de tranquilidad y bienestar:

Yo soy feliz, feliz, estando, como me ha visto la señorita cuando ha ido a buscarme, haciendo ganchillo, sentada en un sillón y con cuatro macetitas que me han regalado. (P1)

Yo estoy muy tranquila sola, hago lo que quiero, voy adonde quiero. (P5)

4.3. Apoyo y relaciones sociales

El cuarto bloque de preguntas se centra en la categoría de apoyo y relaciones sociales en las personas mayores que viven solas. La mayoría de las personas entrevistadas sienten la cercanía de su familia, de la que aseguran recibir funciones de apoyo y cuidados, así como la cercanía de sus amistades, sus vecinas y vecinos, y de las personas cuidadoras. Haber tenido cerca a la familia durante la vida adulta es un factor que se correlaciona con la calidad de la relación actual, especialmente en lo que se refiere a hijas e hijos, nietas y nietos, primas y primos y sobrinas y sobrinos. Esto muestra hasta qué punto la gestión de los vínculos y relaciones sociales, familiares a lo largo de las diferentes etapas determina el estado de la situación actual o final. Entre las actividades que comparten con la familia, se encuentran principalmente hablar por teléfono o internet, salir a dar un paseo y acudir consultas médicas. La frecuencia de los contactos varía mucho: hay personas que contactan con su familia prácticamente a diario y otras que solo lo hacen una o dos veces por semana, siendo el modo de contacto más habitual la llamada telefónica. La calidad de estos contactos, junto con su frecuencia y duración, son aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de medir el apoyo social.

Por otra parte, los participantes que no perciben cercanía con su familia argumentan como causas el fallecimiento de miembros con los que mantenían la relación más estrecha, la distancia a la que vive la familia o la poca unión familiar en el pasado que condiciona el presente la relación actual:

De familia no, yo tenía una hermana que se ha muerto. (P1)

No tengo hermanas, aquí no tengo familia. Me llaman por teléfono, es el único contacto que tengo con la familia; eso, durante un montón de años. (P6)

Con respecto a los grupos secundarios, alguna vez se señala como las personas de mayor confianza, junto con vecinas, vecinos y persona cuidadora, tanto a personal de los servicios sociales como

a las empleadas privadas, además de a personas voluntarias. Se mencionan cambios vitales, como el fallecimiento o el cambio de lugar de residencia, como la razón que lleva a la pérdida del contacto con amistades de apoyo y confianza, como ocurre en el caso de las relaciones familiares:

Yo tenía muchísimos amigos. Con la edad, unos se van muriendo, otros se van y no sé dónde están, ya no queda nadie. (P10)

En cuanto a las personas que son percibidas como especialmente cercanas, con las que se tienen sentimientos de máxima comodidad y confianza, se mencionan con mayor frecuencia a la cuidadora o a la hija, pero también a amigas y vecinas. Estas personas son una fuente de distracción, compañía y confesión, y alivian las situaciones de soledad, aunque en menor medida que la familia:

Siento cercanía y me han ayudado mucho..., sobre todo, una de mis hijas, porque, la otra no vive aquí y es más difícil, pero mi hija A. sí... Me hace la compra y me ayuda mucho en mis cosillas, me lleva al médico... (P15)

Sí, claro... Mi hija me llama una o dos veces por semana y estamos hablando un buen rato, y a mis vecinas las veo a diario, vaya, siempre están ahí para distraerme un ratillo y nos ayudamos en lo que podemos..., desde siempre... (P17)

Mis hijos vienen, unos u otros, todos los días, aunque sea cinco minutos, pero vienen a verme cómo estoy, a ver lo que he hecho y lo que no he hecho, me traen cosas. (P9)

Mi niña es más especial: alguna cosa que no le puedo contar a nadie, con ella, sí. (P2)

4.4. Ocio, tiempo libre y participación comunitaria

Este bloque pretende poner de manifiesto la incidencia en el bienestar de las personas mayores de actividades de ocio activo y participación comunitaria como medida de apoyo ante estas necesidades sentidas. Las actividades de ocio y tiempo libre que pueden reducir los sentimientos de soledad y se relacionan con el disfrute son muy amplias, como ver la televisión, salir a dar un paseo, leer y, especialmente para las mujeres, mantener actividades de costura o relacionadas con lo doméstico. Entre ellas, se encuentran actividades que, además, funcionan como recursos de entrenamiento cognitivo y envejecimiento saludable, como leer, escribir, jugar al ajedrez, dibujar, jugar a juegos de memoria y hacer ejercicio; al igual que actividades manuales. En general, la razón principal que limita la práctica de estas actividades es el deterioro de la salud, especialmente el dolor o pérdida de movilidad, en general, y en las manos, en particular. Esto implica que estos estímulos deben ser reforzados por las personas cuidadoras para

potenciar la estimulación y psicomotricidad, que va reduciéndose con el paso del tiempo. Los próximos testimonios construyen estos argumentos:

Salgo a pasear y poco más..., veo la tele... (P18)

Veo la tele y salgo a sacar al perro... Me doy mi paseito por aquí y me distraigo... (P18)

Me gusta mucho leer filosofía, los filósofos hermanos, contemporáneos. (P10)

Leer, bien [en] español o bien en inglés. Leo prensa, siempre tengo libros. (P6)

Le he hecho una colcha a mi nieta, de *crochet*, pero ahora tengo pocas ganas, porque el brazo este, desde que me vacunaron, me duele. (P2)

Las personas mayores entrevistadas responden, en general, que no tienen ningún proyecto futuro o actividad que les haga especial ilusión. En sintonía con el apartado anterior, otras personas se refieren a las mismas actividades de ocio mencionadas como fuente de ilusión, destacando actividades intelectuales, como la lectura y la escritura, las cuales generan desahogo y evasión, y también las manualidades:

Yo estoy escribiendo unos pasajes, de la vida actual, no de la mía, sino en general. (P10)

Voy a coger una libreta y un diccionario y a sacarme cosas del diccionario y a evolucionarlas [...]. Eso me ilusiona. (P1)

Con respecto a la categoría de participación comunitaria, los resultados indican que las personas mantienen pocas relaciones de participación en su contexto cercano, con escasa afiliación a asociaciones o grupos sociales. Se percibe, en general, escasas opciones de ocio y participación para personas mayores en los barrios y comunidades, las cuales se reducen a la oferta de los servicios sociales exclusivamente:

Aquí, es que no hay nada, a mí me encantaría; y yo, que hago tantos jabones y que alguien los vendiera. (P9)

Iba a trabajos manuales e iba a gimnasia que, por cierto, lo han quitado todo para los mayores. (P9)

Aquí no hay un centro donde uno pueda ir, aunque sea para echar una partida de cartas [...]. Los viejos estamos olvidados. (P10)

4.5. Uso y satisfacción de los recursos de servicios sociales

Por último, en conformidad con el tercer objetivo de esta investigación se indaga sobre el conocimiento, uso y acceso de los recursos que ofrecen los servicios

sociales dirigidos a la población mayor, como estrategia de lucha contra la soledad. Los resultados indican que las personas son críticas con los recursos que ofrecen los servicios sociales, e incluso se apunta a un desconocimiento de la utilidad de los servicios que se prestan. La mayoría optan por los recursos personales y sociales cercanos del medio connatural, y optan por los recursos sociales en las situaciones donde la soledad comienza a ser un problema. Y por supuesto, no se acude a ellos como recursos de prevención, sino cuando se producen los cambios, es decir, son más bien reactivos que preventivos. Por el contrario, también hay personas que los conocen y que son usuarias habituales, sobre todo, cuando sienten la soledad, o conocen a personas cercanas que los utilizan:

Sí, sí, lo[s] conozco de oídas, me han hablado de ellos, pero nunca me ha planteado ir... No me gustan a mí esas cosas... (P 20)

Sí..., me suenan, pero, vaya, que a mí esas cosas no me gustan. Mi hija me ha dicho muchas veces, cuando estaba peorilla, que si quería ir a una residencia, pero yo ahí no voy... Yo estoy bien, no estoy para eso... (P22)

Por otra parte, un recurso ampliamente conocido, bien valorado y por el que no se ha preguntado de forma directa es el servicio de teleasistencia. Se reconoce como un servicio útil y eficaz cuando lo han requerido; aunque principalmente se relaciona con atención en emergencias de salud. También se asocia este recurso con la compañía y la seguridad. Así mismo, se nombran actividades y salidas de ocio promovidas por los servicios sociales en algunos relatos, vinculándolos con un mejor ánimo y disfrute:

He llamado [al botón del servicio de teleasistencia], vinieron, me pusieron un calmante y me atendieron muy bien, y a mí me atienden muy bien y me miran muy bien. (P7)

Cuando no llamo yo, me llaman ellos y me dicen "¿Loli, cómo estás? ¿Cómo te encuentras?". Para la Navidad, para mi santo, me felicitan. (P5)

Yo he participado, porque aquí mismo han hecho talleres y hemos estado haciendo manualidades. Estas flores las hice yo. [...] Nos animaba mucho, pero como ya no se puede hacer, pues no se hace. Todo, todo [se ha parado]. (P5)

Otro de los recursos disfrutados y valorados muy positivamente son las visitas de personas cuidadoras profesionales y voluntariado a domicilio. De nuevo, aunque estos servicios son de atención de necesidades básicas, la buena relación con las profesionales con quienes interactúan genera sentimientos de confort y confianza. En esta misma línea, se nombran otras visitas que forman parte de los recursos brindados por asociaciones, como personas voluntarias, las cuales hacen una labor más ligada al ocio y el acompañamiento:

Ella viene de la ley de dependencia, viene todos los días dos horas. [...] El sábado, no. La relación es estupendamente, ella me mira muy bien. (P7)

Y cuando viene Mari, pues también salimos por la mañana, a la hora que ella llega, salimos y estamos una hora por ahí. (P5)

Esta persona viene de los servicios sociales. Ella viene al mediodía y otra viene por la tarde, a las ocho y media, y me pone la cena [...] Ellas hacen lo que pueden, ellas tienen buena voluntad. (P8)

Según los resultados obtenidos, el uso de este tipo de recursos sirve de ayuda para las personas, además de disminuir los sentimientos de soledad.

6. Discusión

A continuación, se examinará a la luz de los objetivos del estudio el material empírico recogido. En primer lugar, cabe señalar que la soledad, en el caso de las personas mayores, es una metavariable con diferentes dimensiones que, además, se enmarca en un contexto social particular. Por esta razón, es muy importante atender a la diversidad de situaciones e historias de vida de las personas mayores que experimentan soledad no deseada con un valor único en cada caso particular y entenderla como un problema de salud pública en general.

El perfil de las personas mayores entrevistadas que experimentan soledad tiene rostro de mujer, principalmente viuda y con hijas e hijos fuera del hogar, en sintonía con lo que apuntan investigaciones recientes (Aartsen y Jylha, 2011; Castro Blanco, 2015; Dahlberg *et al.*, 2015; De Jong Gierveld, 2003; Ferreira-Alves *et al.*, 2014; Luanaigh y Lawlor, 2008; Savikko *et al.*, 2005).

Es necesario tener en cuenta, además, que la mayoría de las personas entrevistadas están atravesando o han atravesado recientemente cambios vitales significativos propios de la edad, como el fallecimiento de su pareja, de amistades o de familiares, o bien el ingreso en una residencia, con los consecuentes sentimientos de pérdida y aumento en la soledad percibida y el efecto emocional, especialmente cuando esto se relaciona con el inicio de la vida en solitario. Hemos encontrado personas que no aceptan la soledad y para las cuales, por tanto, esta no es sentida, ni deseada, y representa un incumplimiento de las expectativas sociales:

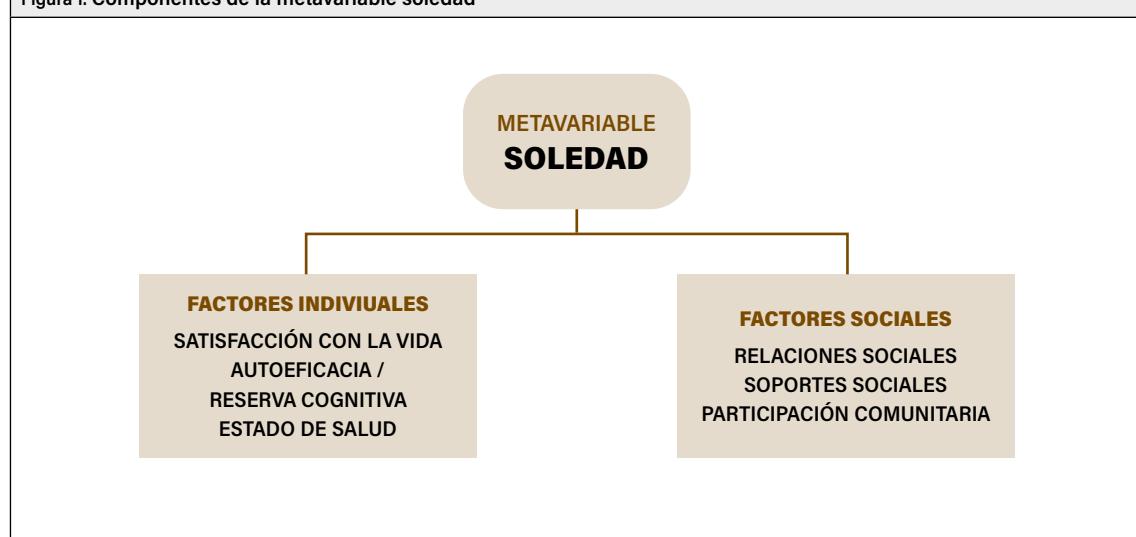
Te jubilas; si tienes hijos, los hijos se van; enviudas; empiezan a fallecer amigos tuyos y empiezas a encontrarte cada vez más solo. (P2)

En esta línea discursiva, es necesario que estas experiencias sean tenidas en cuenta en el manejo de la soledad, ya que pueden generar emociones desagradables —como tristeza, desesperanza y desánimo—, que podrían derivar en sintomatología depresiva o ansiosa. Un abordaje integral de la salud que considere el desarrollo del ciclo vital es clave para estudiar la soledad sentida.

De esta manera, las variables que están correlacionadas con la soledad experimentada por personas mayores abarcan tanto la dimensión individual como la social. Pero a su vez, se relacionan entre sí para definir el constructo complejo de la soledad y pueden tener un efecto positivo o negativo en la soledad sentida por las personas mayores cuando se suma un número de factores suficiente, como refleja la figura 1.

A continuación, se explican los componentes de la metavariable soledad y sus interrelaciones con los factores individuales y sociales descritos en la mencionada figura.

Figura 1. Componentes de la metavariable soledad



Fuente: elaboración propia

6.1. Variables individuales

Durante la vejez, es habitual reflexionar sobre la propia trayectoria vital y el nivel de satisfacción que se siente con ella. Aquellas personas que se sienten insatisfechas con su vida, que creen que les han faltado metas por cumplir o que han tenido una vida llena de problemas expresan sentimientos de desesperanza, que pueden derivar en deterioro de la salud o procesos patológicos. En consecuencia, la satisfacción con la vida es fundamental para gestionar la soledad en esta etapa y debe ser tenido en cuenta por los actores y profesionales que trabajan en el sector.

En otro orden de ideas, la autoeficacia sentida también es un elemento crucial, en el sentido de que a menor autoeficacia, mayor es la sensación de dependencia, especialmente en aquellas personas con movilidad reducida o deterioro de la salud. Así, la falta de autoeficacia puede incrementar los sentimientos de soledad en personas que viven sin compañía.

Finalmente, la salud mental y física influye en la soledad, ya que, si los sentimientos de incapacidad y tristeza pueden derivar en situaciones de soledad patológica. Sentirse solo y estar aislado socialmente constituye, en este sentido, un factor de riesgo de mortalidad.

6.2. Variables sociales

En lo que respecta a las variables sociales, la compañía y las relaciones sociales de las personas mayores son el recurso más poderoso para disminuir la soledad, en conformidad con las propuestas argumentadas en el marco teórico. Las personas mayores desean pasar más tiempo principalmente con su familia, pero también con amistades y cuidadoras y cuidadores profesionales. Cuando más bienestar proporcionan estas personas es cuando las interacciones con ellas son de calidad. Así mismo, las relaciones sociales aumentan las oportunidades de ocio y disfrute, sirviendo de compañía para salir a la calle y facilitando la interacción con el entorno.

En este orden de ideas, hemos evidenciado que los grupos de referencia identificados se relacionan con diferentes funciones y sentimientos. Como se ha indicado, la familia es el vector principal, al ser reconocida como la red principal de afecto, cariño y compañía, que genera felicidad y distracción, y apoya también en las necesidades materiales y de salud. Las personas demandan ver más a sus familiares y pasar tiempo de calidad con ellos. Las amistades también son identificadas como un grupo que cubre las necesidades de compañía y afecto y además genera sentimientos de comodidad y confianza diferentes a la familia. Pero en todo caso, cuando los lazos sociales necesarios no existen o están deteriorados, deben crearse en los programas sociales.

6.3. Participación ciudadana y atención de los servicios

Las personas mayores entrevistadas desean participar más en su entorno cercano, acudiendo a talleres o actividades de ocio en centros de participación activa². Este tipo de espacios son clave para disminuir los sentimientos de soledad poner en valor los aportes de las personas mayores y dotar de significado a su experiencia acumulada. También representan un escenario ideal para construir relaciones sociales.

El ocio útil y saludable es uno de los recursos que protegen de la soledad, proporcionando bienestar, desahogo, evasión y entretenimiento; además, puede ser dirigido por las propias personas usuarias. En las entrevistas, se señalan actividades como la lectura, la escritura, la cocina o las manualidades, las cuales pueden considerarse una fuente de estimulación cognitiva y prevención del deterioro mental. No realizar actividades de ocio saludable y significativo se relaciona con sentimientos de aislamiento, soledad y pérdida de autonomía.

En cuanto a los recursos o servicios públicos, principalmente hay una necesidad de ampliar el conocimiento, acceso y uso de todos los recursos disponibles a las personas mayores, para que ellas puedan disfrutar de ellos. Algunas limitaciones al acceso a los recursos sociales son el incumplimiento de los requisitos o la demora excesiva en los tiempos de espera. A esto cabe añadir la necesidad de llegar a las personas en situación de aislamiento que no los solicitan por iniciativa propia, pero sí los demandan de forma implícita.

Por todo ello, es fundamental que los servicios de atención refuercen la detección de las situaciones de soledad entre las personas mayores que viven solas, así como de las repercusiones múltiples de la soledad en la salud y el bienestar social. Se plantea la necesidad de remarcar el abordaje interdisciplinar de la soledad de las personas mayores, un abordaje capaz de atender las distintas dimensiones del constructo soledad que se han presentado en este trabajo. Finalmente, es imprescindible que el sistema público de servicios sociales implemente más programas y recursos específicos para atender este problema.

7. Conclusiones

A continuación, se resumen las principales conclusiones del presente estudio:

- La soledad no deseada es un fenómeno social en crecimiento que necesita de una mayor atención de los servicios sociales y de la sociedad en su conjunto, ante los cambios sociales y familiares que acontecen.

² <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusionesocial-y-juventud/familia-e-igualdad/areas/mayores/envejecimiento-activo/paginas/centros-dia.html>

- La calidad de vida y, sobre todo, la satisfacción con el estado de la vida actual es una variable explicativa de la percepción de la soledad y de cómo se gestiona. Es un resultado de la evolución a lo largo todo el ciclo vital. Variables individuales, como el estado de salud física y psíquica, influyen también en la situación de cada sujeto durante el proceso de envejecimiento.
- Por otro lado, el apoyo social y las relaciones sociales con los grupos primarios y secundarios, por la calidad que ofrece el apoyo social que brindan, sirven de estímulos positivos para el afrontamiento de la soledad.
- Por último, el papel de los servicios sociales resulta esencial para paliar las situaciones de soledad a través de los recursos sociales que ofrecen —planes de actuación con personas mayores, de prevención de la soledad, servicio de ayuda a domicilio, servicio de teleasistencia, personas cuidadoras—, especialmente cuando existen carencias en los vínculos familiares, sociales y comunitarios. Los participantes demandan más recursos públicos y, sobre todo, menos tiempo de espera en su adjudicación.

Bibliografía referenciada

- AARTSEN, M. y JYLHA, M. (2011): "Onset of loneliness in older adults: results of a 28-year prospective study", *European Journal of Ageing*, vol. 8, pp. 31-38.
- BAUMEISTER, R. F. (2005): *The cultural animal: human nature, meaning, and social life*, Oxford, Oxford University Press.
- BERMEJO, J. C. (2005): *La soledad en los mayores*, Madrid, Humanizar; Imserso.
- BUTLER, R. N. y LEWIS, M. I. (1995): "Late-life depression: when and how to intervene", *Geriatrics*, vol. 50, pp. 44-46.
- CACIOPPO, J. y HAWKLEY, L. (2009): "Perceived social isolation and cognition", *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 13, n.º 10, pp. 447-454, <<https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>>.
- CASTRO BLANCO, M. P. (2010): "Soledad y envejecimiento: cómo evitar que este binomio se cumpla", en HARTU-EMANAK (ed.), *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento (X Jornadas)*, Bilbao, pp. 33-45.
- DAHLBERG, L.; ANDERSSON, L.; MCKEE, K. J. y LENNARTSSON, C. (2015): "Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study", *Aging & Mental Health*, vol. 19, n.º 5, pp. 409-417, <<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>>.
- DE JONG GIERVERLD, J. (2003): "Social networks and social well-being of older men and women living alone", en ARBER, S.; DAVIDSON, K. y GINN, J. (eds.), *Gender and ageing: changing roles and relationships*, Maidenhead, Open University Press, pp. 95-110.
- DE JONG GIERVERLD, J. y RAADSCHELDERS, J. (1982): "Types of loneliness", en PEPLAU, L. A. y PERLMAN, D. (eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, Nueva York, John Wiley and Sons, pp. 105-119.
- DICKENS, A. P.; RICHARDS, S. H.; GREAVES, C. J. y CAMPBELL, J. L. (2011): "Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review", *BMC Public Health*, vol. 11, n.º 647, <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>>.
- DYKSTRA, P. A. (2009): "Older adult loneliness: myths and realities", *European Journal of Ageing*, vol. 6, pp. 91-100, <<https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>>.
- DYKSTRA, P. A.; VAN TILBURG, T. G. y DE JONG GIERVERLD, J. (2005): "Changes in older adult loneliness results from a seven-year longitudinal study", *Research on Aging*, vol. 27, n.º 6, pp. 725-747, <<https://doi.org/10.1177/0164027505279712>>.
- FERREIRA-ALVES, J.; MAGALHÃES, P.; VIOLA, L. y SIMÕES, R. (2014): "Loneliness in middle and old age: demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 59, pp. 613-623, <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.06.010>>.
- HIRIGOYEN, M. F. (2013): *Las nuevas soledades: el reto de las relaciones personales en el mundo de hoy*, Barcelona, Paidós.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2024): *Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y estado civil*, <<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=t20/p274/serie/prov/p02/l0/&file=02014.px>>.
- KARNICK, P. (2005): "Feeling lonely: theoretical perspective", *Nursing Science Quarterly*, vol. 18, n.º 1, pp. 7-12, <<https://doi.org/10.1177/0894318404272483>>.
- KOENIG, H. G. y BLAZER, D. G. (1992): "Epidemiology of geriatric affective disorders", *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 8, pp. 235-251.

- LOSADA, A.; MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M.; GARCÍA-ORTIZ, L.; GÓMEZ-MARCOS, M. A.; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, V. y RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. (2012): "Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults", *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, vol. 146, n.º 3, pp. 277-292, <<https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>>.
- LUANAIGH, C. O. y LAWLOR, B. A. (2008): "Loneliness and the health of older people", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 23, pp. 1213-1221, <<https://doi.org/10.1002/gps.2054>>.
- NEWALL, N. E. (2015): *Predictors and consequences of loneliness in older adults and the power of positive emotions* [tesis doctoral], University of Manitoba.
- PEPLAU, H. (1988): "Soledad", en PEPLAU, H.; WERNER, A. y ROUSTIN, S. (eds.), *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados*, Barcelona, Masson, pp. 95-110.
- PINQUART, M. y SÖRENSEN, S. (2001): "Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis", *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 23, n.º 4, pp. 245-266.
- RICO-URIBE, L. A. et al. (2016): "Loneliness, social networks, and health: a cross-sectional study in three countries", *PLoS ONE*, vol. 11, n.º 1, e0145264, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>>.
- ROIG, J. (2004): "La soledad en la sociedad contemporánea", *Revista Crítica*, n.º 914, pp. 20-25.
- RONDÓN, L. M. (2022): *Loneliness in older adults: effects, prevention, and treatment*, San Diego, Academic Press.
- RUBIO, R.; ALEXANDRE, M.; LARA, R.; ELIPE, M. y SÁNCHEZ, H. (2002): "Satisfacción con las relaciones de pareja y soledad", en FERNÁNDEZ, J. (coord.), *Temas de Gerontología Social IV*, Granada, Universidad de Granada, pp. 445-456.
- SAVIKKO, N.; ROUTASALO, P.; TILVIS, R. S.; STRANDBERG, T. E. y PITKÄLÄ, K. H. (2005): "Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 41, pp. 223-233, <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>>.
- SMITH, K. J. y VICTOR, C. (2022): "The association of loneliness with health and social care utilization in older adults in the general population: a systematic review", *The Gerontologist*, vol. 62, n.º 10, pp. e578-e596, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnab177>>.
- STERN, Y. (2009): "Cognitive reserve", *Neuropsychologia*, vol. 47, n.º 10, pp. 2015-2028, <<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>>.
- SUNDSTRÖM, G.; FRANSSON, E.; MALMBERG, B. y DAVEY, A. (2009): "Loneliness among older Europeans", *European Journal of Ageing*, vol. 6, pp. 267-275, <<https://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8>>.
- VICTOR, C. R.; SCAMBLER, S. J.; BOWLING, A. y BOND, J. (2005): "The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain", *Ageing & Society*, vol. 25, pp. 357-375, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>>.
- WEISS, R. S. (1983): *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*, Cambridge, MIT Press.



Esperimentziak
Experiencias

Gipuzkoako udalerri txikietako gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzearen definizioa prozesu tekniko partekatutako esperientzia baten bidez¹

Ainhoa Martín Blázquez

Hurbildu Programa, Haurren eta Nerabeen Babeseko Zerbitzua,
Gipuzkoako Foru Aldundia
ainhoa.hurbildu@gmail.com

Iraide Etxabe Albarez

Hurbildu Programa, Haurren eta Nerabeen Babeseko Zerbitzua,
Gipuzkoako Foru Aldundia
iraide.hurbildu@gmail.com

Jesús Otaño Maiza

Hurbildu Programa, Haurren eta Nerabeen Babeseko Zerbitzua,
Gipuzkoako Foru Aldundia
jesus.hurbildu@gmail.com

Gipuzkoako udalerri txikietan gizarte-zerbitzuak, 90eko hamarkadan ezarri zirenetik, berezitasun jakin batzuk izan ditu garapenean, baliabide-mugen eta zerbitzu-eskauntza urritasunaren ondorioz, nahiz, gizarte-langileen bakardade-sentsazioa, beren lana burutzerakoan. 185/2015 Dekretuak, Zerbitzu eta Prestazioen Zorroari buruzkoak, arautzen du, EAeko udalerri guztiak hainbat zerbitzu garatu behar dituztela, horien artean, gizarte- eta hezkuntza-arretako zein psikosozialeko esku-hartze zerbitzua. Testuinguru horretan, ia bi urtez garatutako prozesua aurkezten dugu hemen, Hurbildu Programaren baitan. Bertan, udalerri txikietako gizarte-langileak eta programako aholkulari teknikoek elkarlanean aritu ziren, tokian tokiko behar sozial eta psikosozialetara egokitutako zerbitzu bat definitzeko. Idazki honek prozesu partekatua, beharren azterketa eta oinarri teorikoak azaltzen ditu, baita azken emaitza ere. Modu ordenatuan, ibilbide osoa eta parte hartu duten profesionalen ekarpenak islatzea du xede.

Gako-hitzak:

Herri txikiak, eraikuntza parte-hartzalea, gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartza, lehen mailako arreta, zerbitzu-eredua, prebentzioa.

El desarrollo de los servicios sociales en los municipios pequeños de Gipuzkoa presenta, desde su implementación en la década de los noventa, ciertas singularidades que llevan a limitaciones de recursos y cobertura, acompañadas de cierta soledad entre las trabajadoras sociales al realizar su tarea. El Decreto 185/2015, de Cartera de Servicios y Prestaciones, insta a todos los municipios de Euskadi al desarrollo, entre otros, del servicio de intervención socioeducativa y psicosocial. Aquí presentamos el proceso que, a lo largo de casi dos años, se construyó en el marco del Programa Hurbildu, en el que las trabajadoras sociales de muchos de esos municipios, junto con las asesoras técnicas del programa, definieron un servicio adaptado a las necesidades socioeducativas y psicosociales locales. El presente texto expone el proceso compartido, su fundamentación, el diagnóstico de necesidades y su resultado; de una manera ordenada, intenta reflejar todo el proceso y las aportaciones de las profesionales implicadas.

Palabras clave:

Pueblos pequeños, construcción participativa, intervención socioeducativa, atención primaria, modelo de servicio, prevención.

¹ Prozesuan parte hartu duten eta zerbitzua definitzerakoan esperientzia eta irizpidea eman duten udalerri txikietako gizarte-langintzako profesionalak dira jarraian aipatzen direnak. Horregatik, uste dugu bat datozen artikulu honen egilearekin eta egile nagusiekin: Larraitz Agirre Artola (Amezketako, Abaltzisketa, Orendain, Balmaseda, Berlanga, Bermeo), Martina Agirre Barandiaran (Uli Mankomunitatea), Nagore Amundarain Zubillaga (Añorga), Mertxe Arregi Berasategi (Aizarnazabal, Getaria), Esmeralda Caballero Cea (Lizartza), Miren Genua Martínez (Irura, Hernialde), Paloma Iribar Zulaica (Mendaro), Agurtzane Lopetegi Etxeberria (Alegia, Altzo, Izaztegieta), Anabela Odriozola Ugarte (Zestoa), Elena Rikondo Sáenz (Saiatz Mankomunitatea) eta Edurne Zubillaga Azpiroz (Berastegi, Berrobi, Elduain). Demelsa Gómez Sánchez, Hurbildu programakoak, parte hartu zuen prozesuan eta horregatik bera ere aipatu behar dugu.

1. Sarrera

Dokumentu honen helburu nagusia da Hurbildu Programak (Gipuzkoako Foru Aldundiaren Haurren eta Nerabeen Babeseko Zerbitzua) sustatutako aholkularitza teknikoko prozesu batean parte hartzen duten pertsona guztiak kontakizun kolektiboa modu antolatuan azaltzea, Gipuzkoako hogeiak sei udalerritako gizarte-zerbitzuetako 11 gizarte-langilek programa honetan parte hartzen dutelarik (1. koadroa). Prozesu honen garapenaren helburua gizarte- eta hezkuntza-arloan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzuaren berezko esku-hartzeak ezartzea izan zen Gipuzkoako udalerri txikietan, hauek demografiaren aldetik askotarikoak, bostehun biztanle baino gutxiago dituzten herri oso txikiak nahiz beste udalerri handiago batzuetan (ia 4000 biztanlekoetan) izanik. Prozesua 2020ko urrian hasi eta 2022ko ekainean amaitu zen, pandemia betean, hau, ordea, ez zen oztopo izan saio guztiak aurrez aurre egiteko. Albiztur udalerrian egin ziren, Udalak eskuzabaltasun handiz eskainitako instalazioetan.

Zerbitzuaren definizioa osatzeko prozesua partekatua izan zen (idazkiaren egileen artean), eta horregatik, idazkian zehar, parte-hartzaleen ekarpen batzuk gehitu dira. Ekarpen horiek hitzez adierazitakoak izan ziren prozesuan zehar, garatu ziren zereginetan, nahiz arduradun politikoei aurkezpena egiteko amaieran egin zen topaketan jasotakoak. Prozesua abian jartzeak bat egin du Hurbildu Programaren ibilbidearen hasierarekin, honen ardura izan da udalerri bakoitzaren ezaugarri, behar eta baliabideetara egokitutako zerbitzua definitzea eta hau ahalbidetuko duten saioak eta jarduketak bideratzen. Definizioa egin ahal izateko, aintzat hartu dira parte hartu duten gizarte-langileen ekarpenak eta programako aholkulari teknikoen dinamizazioa.

EAeko Gizarte Zerbitzuei buruzko 12/2008 Legeak ezartzen du zerbitzuak lurralte osoa hartu behar duela (hori 5/1996 Legeak markatzen zuen) eta, horrekin batera, katalogoko zerbitzu eta prestazioetan gizarte-arreta eman behar zaiela udalerri guztieie, udal-mailan (lege horretan hedatzen direnak eta 185/2015 Zorroaren Dekretuan definitzen direnak):

Gizarte-zerbitzuen sistemaren eskumen-banaketari eragiten dion estatu-mailako oinarrizko araudi gisa, 1985ean onartutako Toki Araubidearen Oinarrien Legea aipatu behar da. Lege horrek udalerriek eta probintzia-diputazioek, EAeko foru-aldundiek izan ezik, Estatu osoan esleituta dituzten eskurantzei egiten die erreferentzia. [...] Udalerriei esleitzen die gizarte-, sustapen- eta gizarteratze-zerbitzuak emateko eskumena (Arrieta eta Sobremonte, 2016: 6-7).

Lege horrek argi eta garbi bermatuko luke, legearen printzipioen esparruan, zerbitzu guztiak modu unibertsalean, hurbilean eta lurralteko herritar guztieie sarbidea erratzuz hedatu behar direla:

Jarduera-printzipioen artean, Gizarte Zerbitzuen urriaren 18ko 5/1996 Legean ezarritako printzipioei eusten zaie, eta garatu ere egiten dira; bestalde, printzipio horiek eratzen duten arreta mota komunitateari zuzendutako arreta da, eta honako hauak finkatuz lortzen dute hori: zerbitzuen erantzukizun publikoa, unibertsaltasuna, herritarreko hurbiltasuna eta desentralizazioa; prestazioez eta zerbitzuez baliatzeko orduan berdintasuna eta ekitatea; prebentzioa, integrazioa eta normalizazioa; pertsona bakoitzari egokitutako arreta integral eta jarraitua; esku-hartzeen diziplina-artekotasuna eta arretaren kalitatea; gizarte-

1. koadroa. Prozesuan parte hartzen duten udalerriak				
Udalerrria	Biztanleria	Udalerrria	Biztanleria	
Abaltzisketa	319	Ikaztegieta		502
Aizarnazabal	780	Irura		1895
Alegi	1812	Lizartza		667
Altzo	445	Elduain		250
Armeketa	941	Getaria		2906
Anoeta	2087	Hernialde		318
Baliarrain	154	Mendaro		2004
Belauntza	288	Orendain		245
Berastegi	1111	Zestoa		3838
Berrobi	553	Saiaz Mankomunitatea		1566
Uli Mankomunitatea	666		Bidania-Goiatz	532
	Gaztelu	169	Beizama	130
	Leaburu	389	Albiztur	324
	Orexa	108	Errezil	580

Iturria: egileek egina, 2024ko Erroldan oinarritutik

zerbitzuen arloan, eta bereziki Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren barruan, parte hartzen duten era bateko eta besteko agenteen arteko lankidetza (12/2008 Legea: zioen azalpena).

Herri txikien kasuan, beren ezaugarri espezifikoengatik eta beren errealtitatearen berezko dinamikengatik, zerbitzuen garapena mugatu egiten da gehiegitan; izan ere, biztanleriaren tamainak askotan ez du aukerarik ematen zaitasunak, eta, kasu gehienetan, baliabide falta agerian uzteko:

1.3 programa udal konpetentzia da, eta ez zuten ikusten nola kudeatu programak. Tekniko bakarrak direnez, bakarrik sentitzen ginen eta ez genuen nahiko jakintza ez gaitasun, ez baliabiderik programa hau martxan jartzeko ezta gaitasunik. [...] 1.3 zerbitzuak martxan hasi ziren jartzten herri handiagoetan baina herri txikietako gizarte-langileek zerbitzu horiek eta dimentsio horiek ez zuten kointziditzen gure errealtitatekin. [2020ko urrian hasi ginen]. Guk gizarte-langile bezala nahi dugu programa hau atera, oso garrantzitsua iruditzen zaigu baina, gure lana ulertzea ez da erraza herri txiki batean, eta Hurbilduk jakin zuen gurekin harremantzen. (Rikondo)

Horrek esan nahi du, kasu askotan, udalerri horietako biztanleek herri handiagoetara jo behar izaten dutela beren beharretako batzuk asetzeko. Ondorioz, egoera horrek, askotan, herriak "hutsik" eta komunitate-bizitzarik ez dagoenaren efektua eragiten du, batez ere nerabeei eta gazteei dagokienez:

Gure haur, nerabe eta seme-alabek ez daukate herri txiki izateagatik herri handi baten dagoen aukera berbera, beste herri batera joaten direnean beren lagun taldeek jaso izan dezaketen. Herri txikietakoak diren haur edo nerabeek ez dituzte aukera eta eskubide horiek bermatuak. (Odriozola)

Gipuzkoako Foru Aldundiako Babes Zerbitzuak udalerriko gizarte-langile askorekin eta Hurbildu Programaren aurkezpenarekin batera egindako lan-jardunaldi baten esparruan, udalerri txikietako profesional batzuek prebentziaren arloko eta gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzeak abian jartzeko laguntza teknikoa eskatu zuten. Laguntza behar dela adierazten duten arrazoia begi bistakoak dira, eta oso lotuta daude biztanleriari buruz esan dugunarekin; izan ere, badirudi horrek ez duela justifikatzen programen garapena. Beste arrazoietako bat profesionalen bakardadea da; izan ere, askotan ezin izaten diente erantzun udal txikiek izaten dituzten baliabide mugatuekin eskaera guztiei.

Argitalpen honetan bertan aurkeztutako 1998ko artikulu bat nabarmendu nahi dugu modu sinbolikoan; izan ere, gizarte-zerbitzuak garatzeko zaitasunak eta proposamenak adierazten zituen, herri txikietan lan egiten zuten gizarte-langileetako batzuen gogoetan oinarrituta (batzuek gaur egun lanean jarraitzen dute eta prozesu honetan parte hartu dute). Bigarren koadroan aipatu ditugu artikulu horretatik hartutako

zaitasun horiek, aspalditxokoak izan arren, funtsean, gaur egun ere plantea baitaitezke.

2. koadroa. Landa-eremuko gizarte-zerbitzuak: zaitasunak eta proposamenak

1. Baliabideen urritasun eta/edo mugen aurrean: zerbitzu eta programen mankomunatza, eskualdea bultzatzu eta sustatzu.
2. Proiektuen finantzazioa lortzeko zaitasuna
3. Dispersio, isolamendu eta garraio sareen eskasiak eragindako zaitasunak.
4. Gizarte-zerbitzuetatik biztanlegoarentzat diseinatzen diren prebentzio programak ez datoz bat landa-eremuko beharrekin.
5. Desabantailak hiri-ingurunearekin alderatuta, banakako laguntzak lortzeko diru-sarreren araberako baremoak aplikatzean; izan ere, bizikidetza-familiaosoaren diru-sarrerak kontabilizizen dira, eta landa-eremuan oraindik familia zabalak dirau.
6. Biztanleria ez da nahiko populazio-kategoriaka planifikatutako zerbitzu espezifikoak sortu eta eskaintzeko, hiri-eremuetan aurreikusi bezala.
7. Gizarte-langilearen eginkizunen ezagutza eza eta ez dagozkion funtzioak esleitzeko joera.

Iturria: Agirretxe *et al.* (1998)², moldaturik.

2. Hurbildu Programari buruzko ohar batzuk

Gipuzkoako Foru Aldundiko Zainketa eta Gizarte Politiketako Departamentuaren Haurren eta Nerabeen Babeseko Zerbitzuaren barruan dagoen Hurbildu Programaren³ xedea, gizarte-zerbitzuen sistema bakar bat sortzeko helburuaren barruan, tokiko eremuan gizarte- eta hezkuntza-arlano eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzua, prebentzioa eta tokiko eta komunitateko garapena hobetzen laguntza da (1. irudia). Programa Gipuzkoako udalerri guztientzat da, eta lehen mailako arretako zerbitzuetako profesionalei laguntzea du xede: gizarte-langileak, gizarte-hezitzaileak, psikologoak, beste teknikari batzuk (prebentzioko, gizarteratzeko, immigrazioko teknikariak) eta horien arduradun tekniko eta politikariak.

Hurbildu Programak garatzen duen aholkularitza teknikoko ereduak hainbat prozesu proposatzen ditu, hala nola laguntza (egotea) eta harremana izatea (interakzioa), edo profesional talde bat sortzea, kontraste teknikotik abiatuta, ezagutza transferitzeko eta langileen kezkei eta beren sailaren eta udalerriaren beharrei erantzun egokia emateko asmoz:

² "1997ko abenduaren hamaika eta hamabian Donostian, 'Gizarte zerbitzuak landa ingurunean' lan jardunaldiaren egindako lanaren eta erreflexioen bilduma da artikulu hau. Jardunaldi hauek Lan Sozialeko Unibertsitate Eskolan ospatu ziren Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarteratzeko sailaren babespean" (Agirretxe *et al.*, 1998: 46).

³ <https://www.berritzuz.eus/eu/experiencias/programa-hurbildu/ex-36/>.

Profesional guztiak tartean sartzen dituen partaidetzazko aholkularitza-eredu bat. [...] Profesionalen gaitasunen eta ahalmenen aintzatespina eta programen ibilbidea ditu abiapuntu. [...] Eedu eraikitzale bat, prozesuaren fase desberdinetan ideiak pixkanaka sartzeak aberasten duena (Martín Álvarez et al., 2018: 122).

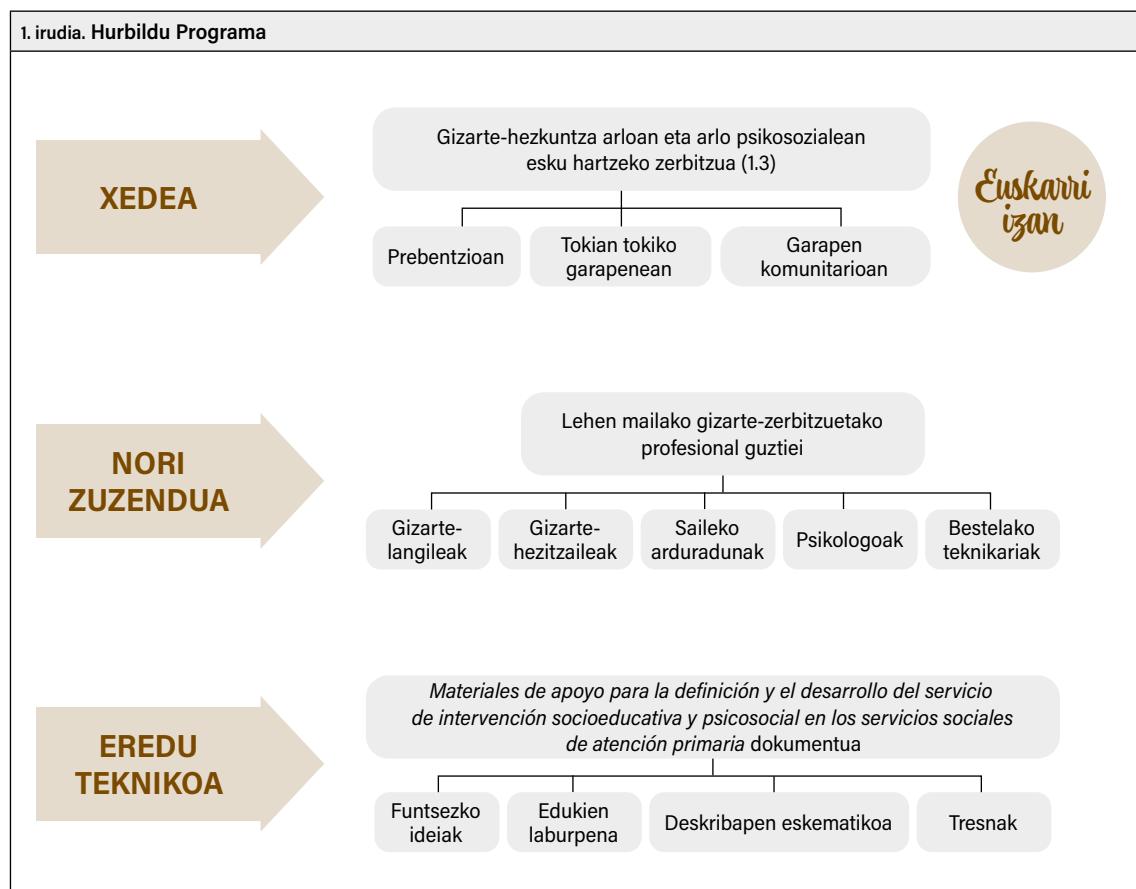
Hezkuntza-arloko laguntza-prozesuez ari gara, horiek garatzeko denbora nahikoarekin, eta aholkulari tekniko batek bideratuta eta lagunduta, zeinak profesionalekin harremanetan jarduten duen, eta, eragile proaktibo gisa, esparruak eta proposamenak sortzen dituen prozesuen helburu zehatz lortzeko, zerbitzuak hobetzeko eta herritarren beharrei erantzuteko. Aholkularitza-ereduaren alderdi azpimarragarria da profesionalak eta lantaluek funtsezko elementutzat hartzen dituela; izan ere, horien ibilbide eta esperientziatik abiatuta, parte hartzeko moduan, ideia, bisio eta ikuspegi desberdinak emango dizkiete prozesuei.

Zerbitzu-eredu hau zabalduta dago dokumentazio teknikoan, erreferentziazko eta erabilera praktikoko tresnetan. Horrela, bada, erreferentzia gisa prestatutako zerbitzu ereduak kontrastatutako hasierako eduki bati (modu eskematikoan azalduko dugu idazki honen amaieran) aholkulariek aktibatutako eta prozesuan zehar profesionalek sortutako beste ideia eta eduki batzuk gehitu zaizkio.

3. Zorroen 1.3 zerbitzua garatzeko prozesuan landutako edukiak, herri txikien errealitatera egokituta

Zerbitzuen garapenean hobekuntzak ezartzeko, prozesuaren hasieran galdera batzuk egin behar izan ziren, aktibatu beharreko edozein proposamen sozial tekniko oinarritzeko beharrezkoak direnak, alegia, "zergatik da beharrezkoa?", "zein beharri erantzun behar die etorkizuneko zerbitzuak?", "nola identifikatuko ditugu beharrak?", "nola erantzungo diegu identifikatutako beharrei?". Hausnarketa horrek, prozesuaren parte diren gizarte-langileen ibilbidearekin batera, prozesuan landutako lehen edukia ekarri zuen, saio batzuetan landutako edukia, hots, lurraldea sakonki ezagutzea eta lurraldearen beharrak identifikatzea (1. modulua). Horretarako, lehenik eta behin, eremuak, baliabideak eta zerbitzuak identifikatu eta "lurraldearen mapa" egin zen. Halaber, udalerrien dinamika eta bizia aipatu zen. Ondoren, eguneroko zereginean barne-mailan hausnartu, eta lurraldeko beste eragile nagusi batzuen ekarpenak (udal-teknikariak, ikastetxea, komunitateko pertsona garrantzitsuak edo erantzukizun politikoa duten pertsonak) bildu ziren; hala, aurrerago azalduko diren gizarte-beharretako batzuk definitu ziren:

Lehen atal moduan, gure herrietako mapa egitea izan da, hau da, gure herriaren ezagutza egin da,



Iturria: egileek egina

non daude kokaturik gure herriak, ze gunetan egiten dute bizitza herritarrek, ze dinamika ditu, ze baliabide eta zerbitzua daude bertain, guztia hau aztertu eta errepasatu da eta aldi berean guk ikusten ditugun beharrak ere atera dira. (Zubillaga)

Erantzunak behar bezala doitzena egindako banakako esku-hartzeen esparruan, beharrezkotzat jo zen diagnostikorako tresnak eta prozedurak berrikustea, beharren diagnostiko-eredu (2. modulua) ahalik eta zorrotzen diseinatzeko eta erantzun horiek abian jartzeko. Abiapuntuko ekarpenak beharrak diagnostikatzeko eredu bat planteatu zuen, pertsonak ardatz dituena. Eredu horretan, pertsonak sakonki ezagutu behar dira, eta aintzat hartu behar dira fase guztiak, hau da, sintomen eta zailtasunen identifikazioa, pertsonek beren garapen-testuinguruan duten egokitzapen-mailaren balorazioa, eta, azkenik, haien beharrak definitzea. Zeregin hori behar bezala gauzatzeko, tresna ulergarri eta praktikoak eman ziren, pertsona erdigunean jartzearekin eta ingurunearekin duen loturarekin koherenteak. Eredu horrek aukera ematen du haurren, nerabeen eta haien familien edo arreta behar duten helduen beharrak bereizteko, eta era berean, lurraldean diharduten beste eragile batzuekin partekatutako prozesua izango da; hortaz, funtsezko da koordinazio-lana:

Diagnosi hau egiteko prozesuan, beharrezkoa da gure inguruko beste profesionalekin ere elkarlanean egotea eta guztiok dugun informazioa partekatzea. Hemen garrantzitsua da guzion artean erabiliko ditugun tresnak [jakinerazpenak] guztiola lana erraztea. Lan-tresna hauek errazak eta ulergarriak izan behar dute. (Zubillaga)

Prozesuaren eduki nagusia gizarte-zerbitzuen oinarrizko zeregina berrantolatzea eta optimizatzea izan da, hau da, esku-hartze soziala bera, eta, aztergi dugun zerbitzuaren kasuan, identifikatu diren beharrei erantzun irmoa ematea, hala maila sozial orokorrean, nola maila individual, familiar edo kolektiboan.

Horiek horrela, esku-hartzearen oinarriei buruzko edukiak hausnartu eta definitu ondoren, esku-hartze planen garapenari eta pertsonei erantzun zehatz gisa esleitzen zaizkien modalitateen (programen) diseinuari (3. modulua) buruzko edukiak gehitu behar izan ziren. Udalerrri bakoitzak bere behar, ezaugarri eta baliabideak zituen, eta erantzun egokia bat bermatzeko beharrezkoa zuen, alde batetik, zorroztasun handiagoa ematea esku hartzeko planen garapenari, eta, bestetik, abian jarri beharreko hainbat programak gauzatzeari. Programa horiek aurrerago azalduko ditugu idazki honetan, baina oinarrizkoak dira familiako gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzea, haur eta nerabeen taldeko esku-hartzea, pertsona migratuentzat arreta eta, zenbaitetan, beste programa osagarri batzuk.

Lanen edukietan dagoeneko aipatu da zein garrantzitsua den beste pertsona batzuekin koordinazio-harremannak izatea gizarte-ekintzarekin zerikusia duten era guztieta jarduketetan. Era

berean, prozesuaren ondoz ondoko etapa batean, modu esanguratsuan gehitu ziren beste eragile, baliabide eta zerbitzu batzuekiko koordinazioari buruzko edukiak (4. modulua), bai esku-hartze planak garatzeko, bai garapen komunitarioako. Horretarako, udalerri bakoitzaren errealitya aintzat hartuta, lehentasuna eman behar izan zitzaien toki-zein mankomunitate-mailan lehendik zeuden eta indarrean zeuden baliabideei eta zerbitzuei; izan ere, beren izaeraren arabera, bidelagun izan behar dute esku-hartzea garatzean. Horretarako, etengabeko harreman koordinatua ezarri behar da, eduki, pertsona, denbora eta espazioen inguruan sistema egonkor baten bidez:

Zeharkako arretan koordinazioa oso garrantzitsua da, bereziki eskolak, eta aisiaaldi zerbitzuekin, haurtxokoak, gaztelekuak eta herri txikietan bereziki dauzkeun beste baliabide eta zerbitzuk. (Amundarain)

Garapen komunitarioa (5. modulua) eduki nagusia da, eta bere lehenengo zeharkako dimentsioa tokiko gizarte-zerbitzuen oinarrizko zereginari ekitea da; baina, era berean, zenbait kolektiboren eta zenbait egoera pertsonalen behar jakin batzuei erantzuteko tresna ere bada; izan ere, behar horiek komunitateak berak ase ditzake esparru osasunarrrien bidez.

Hori guztia zerbitzuaren ezinbesteko elementu gisa landu da prozesuan; horretarako, lehenik eta behin, dauden ekimen eta jarduera komunitarioak identifikatu dira, bai eta, zerbitzua ezarri ondoren, gizarte-zerbitzuen dimentsio komunitarioan optimizatze aldera. Eduki komunitario horri dagokionez, aitoritu behar da herri txikietako gizarte-langile askoren zeregin oso garrantzitsua izan dela bai komunitatea dinamizatzen, bai denboran zehar sortu diren ekimen komunitarioak babesten. Horiek horrela, gizarte- eta kultura-izaerako "udal-mahai komunitario" bat sortzeaz hitz egin zen, errealitye gisa baino etorkizuneko eginkizun gisa, sor daitezkeen sare komunitarioak bildu ahal izateko. Ideia hori adierazten dugu gure nahia baita dinamika komunitario esanguratsua bermatzea:

Ikuspegi komunitarioa bermatzea, zerbitzu eta jarduera bakoitzaren gizarte-zerbitzuen dimentsio komunitarioa berreskuratuz, sareak sortuz eta herritarasun aktiboa sustatz, komunitatea garatzen eta lurraldearen eraldaketan lagunduz (Huegun et al., 2019: 53).

Arlo komunitarioan, zerbitzu honek garrantzia du, mahai komunitarioak sortzearekin zerikusia du, eragile ezberdinez sortutako mahaiak sortu behar dira, ekintzak nahiz profesionalen arteko harremanak sustatz. (Zubillaga)

Abian jarri beharreko etorkizuneko zerbitzua garatzean, funtsezko da arreta berezia jartzea gizarte-langileen eta zerbitzuko profesionalen —batez ere, gizarte-hezitzaleen— arteko lotura estuari. Lotura hori koordinazio-sistema batean eta barne-antolaketa batean antolatuko da, eta lagundi egingo du zerbitzua

behar bezala kokatzen udalerriko gizarte-zerbitzuetan (6. modulua) zein lurralte- eta autonomia-mailako gizarte-zerbitzuen sistemana.

Arlo horretan, funtsezko da harreman arina izatea haurren, nerabeen eta gizarte-bazterkeriaren arloko gainerako zerbitzuekin. Kasu honetan, foru-eskumeneko zerbitzuez ari gara; horretarako, prozesuan denbora dezente eman genuen zerbitzu horiek ezagutzen, eta bi eskumen-mailen (zerbitzuak eta profesionalak) arteko koordinazioa eta lankidetza hobetzeko egin beharreko gogoetei buruzko hausnarketa egiten.

Era berean, arestian esan dugun bezala, zerbitzua behar bezala kokatzeko, ezinbestekoa da zerbitzuaren barne-antolaketa zehatza izatea (7. modulua); izan ere, esku-hartzearen xede den pertsona ardatz izanik, zereginak garatzeko espazioak eta denborak ezartzen ditu. Horrez gain, funtsezko da gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzearen berezko funtzoak mugatzea, eta gizarte-hezitzialeak eta, hala badagokio, psikologiko profesionalak izatea, halakorik izanez gero, bai eta, koordinatzaile bat izatea (edo koordinazio-zereginak betetzeko kontratatutako erakundeko erreferente bat).

Eduki horren barruan, halaber, zerbitzua garatzeko beharrezkoak diren baliabide materialak jasotzen ditugu, bai eta, gutxi gorabehera, giza baliabideak, baliabide materialak eta ekonomikoak. Kasu askotan, esku hartzeko taldeak osatzeko bideragarri ikusi ziren udal-taldekatzeak ere jaso ditugu. Ildo horretan, funtsezkotzat jo zen kontratazioak definitzea profesionalen egonkortasuna ahalbidetzeko eta baliabide ekonomikoien eskasiari irtenbidea emateko, hau da, udalerri batean baino gehiagotan partekatutako taldeak osatzea, eta talde horiek gizarte-langile baten baino gehiagoren arduraapean egotea.

Prozesuaren zati hau, landutako edukiei buruzkoa, ixteko zerbitzuaren plangintza bat garatzen hasi ginen.

Plangintza horrek beharrezko du, behin zerbitzua ezarrita, berezko elementuak (oinarriak, helburuak, jarduketak eta ebaluazioa) eta hura lantzko gakoak eta tresnak zaintzea. Hortaz, denbora-tarte txiki bat behar izan genuen hausnartu eta ekarpen teknikoak egiteko.

4. Zorroaren 1.3 zerbitzuaren definizioa, udalerri txikien errealtitara egokituta

4.1. Prozesuan parte hartzen duten udalerri txikien gizarte-beharrak definitzea

Aurreko atalean adierazi dugun bezala, prozesuaren hasieran jorratzen zailak diren eta, kasu askotan, defizitarioak diren elementuak bilatzen dira; izan ere, udalerri txikiek baliabide mugatuak eta profesional gutxi dituzte gizarte-ekintza garatzeko. Eguneroko ekintzari buruzko barne-hausnarketatik abiatuta, eta hausnarketa hori lurraldean herritarrei arreta emateko (osasuna, hezkuntza, politika) zeregina duten beste pertsona esanguratsu batzuen ekarpenekin osatuta, parte-hartaile bakoitzak udalerri bakoitzaren beharrak identifikatu zituen:

Diagnostiko egoki batek zehazten du esku-hartze on bat, garrantzian eta ikuspegি zorrotz batean zentratuta [...]. Badirudi beharrezko dela paradigmak gainditzea, zeinak, nolabaiteko zurruntasun administratiboarekin, zerbitzuaren xede diren pertsonen beharrei baino zerbitzuaren beraren beharrei erantzuten dieten (Otaño, 2019: 8).

Oro har, udalerri bakoitzeko errealtitateen azterketaren analisiaren ondorio gisa, hemen proposamen komun batean aurkeztuta, adierazten dira behar hauek multzokatuta: bizikidetza; beste batzuekiko harremanak eta loturak; lurraldeko kultura desberdinaren aitortza; genero-rolak eta -estereotipoak gainditzea; eta gizarte-desabantailako egoeren sensibilizazioa eta prebentzioa. Prozesua orokorrean

3. koadroa. Zorroaren 1.3 zerbitzuak herri txikietan: aholkularitza prozesua eta lorpenak

Egindako lana gizarteratzeko asmoz, topaketa bat antolatu zen prozesuaren berri emateko bertan parte hartu zuten Gipuzkoako hogeい udalerrietako gizarte-langileen arduradun politikoei. Topaketa horretan, honako hauek hartztu zuten parte: taldeko gizarte-langile gehienek, tartean zeuden 11 gizarte-langileen⁴ ordezkarri gisa; horien arduradun politiko gehienek; Haurrak Babesteko eta Gizarteratzeko zuzendari nagusiak, Belen Larrión Kortabarria; Gipuzkoako Foru Aldundiko Haurren eta Nerabeen Babeseko Zerbitzuko buruak; Patxi Agiriano Barrenetxea; eta prozesuko aholkulari teknikoek.

Topaketaren helburu nagusia izan zen bi urteko aholkularitza teknikoko prozesuan egindako lana azaltzea, gizarte- eta hezkuntza-arloan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzua lurraldeko udalerri txiki gehienetara egokitzea eta lortutako emaitzak aurkezteko. Topaketa funtsezkoia izan zen zerbitzuak ezartzeko. Gainera, topaketari esker, bertaratutako alkateek eta zinegotziek hobeto ulertu ahal izan zuten gizarte-langileek duten protagonismoa, zeregin garrantzitsua baitute herri txikietako biztanleei erantzuten.

Iturria: egileek egina

⁴ Saiaz eta Uli mankomunitateak, eta honako udalerri hauek: Berrobi, Berastegi, Elduain, Aizarnazabal, Getaria, Abaltzisketa, Amezketa, Balmaseda, Belauntza, Orendain, Zestoa, Irura, Hernialde, Altzo, Alegia, Iraztegieta, Anoeta, Mendaro eta Lizartza.

interpretatu ahal izateko, identifikatutako beharrak zerrenda orokor batean multzokatu genituen. Gure aburuz, adierazgarriak eta, gogo onez, partekatuak ondorengo hedapenaren oinarri izanik. Modu simplean azaltzeko, sailkatutako beharrak aurkezten ditugu; lehenik eta behin, komunitatearenak eta, oro har, lurraldarenak; ondoren, osagarri gisa, gizarte-zerbitzuek beren udalen errealitateetan dituzten beharrak eta gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzeari dagozkionak aipatzen ditugu.

Zerrendatutako pertsona edo kolektibo espezifikoaren beharrak geroko atal batean azaltzen dira, eta, jarraian, hartzaleei buruzko atal bat dago:

Edozein esku-hartzek erantzun nahi diren beharretan oinarritura egon behar du, eta "denbora galtzea" eskatzen duen prozesu zorrotz eta akasgabea behar du (Martín Blázquez, 2022: 130).

Prozesuan garrantzi handia eman zaio gizarte-zerbitzuei dagokien eta 1.3 zerbitzuak berak ere garatu behar duen dimentsio komunitarioa berreskuratzeari, askotan galdu egin baita. Horrek bat egiten du ingurune kulturalera, sozialera, ekonomikora eta bizi-kidetzakora egokitzea sustatzeko eta errazteko helburuarekin. Ildo horretatik, komunitatea bihurtzen da esku-hartzearen hartzale, gizarte-eremuan aurrerapenak, baliabide eta zerbitzuen kohesio handiagoa eta haietaz gozatzea ahalbidetuko duten gizarteratze- eta partaidetza-prozesuak lortzeko.

Horiek horrela, komunitate osoari eragiten dioten beharrak identifikatu ziren lurraldean bertan⁵, hala nola:

- Lurraldea, baliabideak eta zerbitzuak, eta dinamika komunitarioa ezagutzea.
- Zerbitzuko eta gizarte-zerbitzuetako profesionalek presentzia handiagoa izatea lurraldean.
- Parte-hartza bultzatzea herritarrengan, komunitatean eta bertako ekimenetan
- Aldi berean, sortzen ari diren beharrei edo gaiei (hala nola kulturarteko sentsibilizazioa, berdintasuna, anitzasuna eta bizi-kidetza) erantzuteko proiektu eta sare berriak sustatzea.
- Haur eta nerabeentzako baliabide eta zerbitzu berriak garatzea, sustapenaren esparruan.
- Udalerriko baliabideen, udal-sailen eta zerbitzu-sistemen arteko koordinazioa hobetzea, bai eta ikastetxeen koordinatzea ere, zaitasun-egoerak hautematean eta hauet jorratzean, zein gai komunitarioetan.
- Udalerrira heldu berri diren pertsonei laguntzeko baliabideak edo zerbitzuak abian jartzea:

⁵ "Komunitarioa' dena jorratzeko aukera emango digun definizio bat egiteko. [...] Komunitatea lurraldea da, bertan bizi diren pertsona guztiek, taldeak, baliabideak eta zerbitzuak, eta, batez ere, haien artean sortzen diren sareak eta harremanak" (Otaño, 2021).

Beharrak detektatzeko garrantzitsua da, kohesio hau, udaletxe barrua garrantzitsua da ere sail ezberdinak harremanetan egotea denak komunitatearen parte osatzen direlako. (Agirre Artola)

Etorkinekin informazio falta, erderaz askok ez dakte. [...] Pertsona bakoitzak bere bizi-kidetza eta ingurunera egokitzea. [...] Ikuspegia komunitarioa legedian jasotzen den bezala arlo guztiarako gizarte-zerbitzuetan txertatzea. [...] Parte-hartza bultzatzea, sustatzea eta komunitatean parte-hartza aktiboa eragitea. [...] Gizarte-aldaketak sustatzen dira, bizi-kidetza markoak bideratuz, bizi-kidetza espazioak sortuz... [...] Orokorean gizarte-zerbitzuarenak berarenak diren eta zehazki gizarte eta hezkuntzako zerbitzuek duten dimentsio komunitarioa berreskuratzeari: izan ere, askotan garrantzirik gabeko plano batera igaro da dimentsio hau. [...] Komunitatearen zenbait beharren aurrean proiektuak sustatu, dinamizatu sareak sortu, adibidez, kultur sentsibilizazioa, berdintasuna, anitzasuna, elkarbizitza. (Arregi)

Era berean, gizarte-zerbitzuen garapenarekin zuzenean lotuta, osatu egiten dira herri txikien berezko beharrekin. Horien artean gizarte- eta hezkuntza-arloko eta arlo psikosozialeko arretakoak jasotzen dira ere, horiexek baitira, hain zuzen ere, hizpide dugun zerbitzuaren behar espezifikoak direnak:

- 1.3 zerbitzua diseinatzea, udalerri txikien errealitatara egokituta.
- Familian, taldean, bakarka eta ingurune irekian esku hartzeko esparruak abian jartzea, esku-hartze dibertsifikatu gisa.
- Familiiek gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzeak abian jartzea (etxean, taldeetan, orientabidea...).
- Nerabeen gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzeak martxan jartzea (taldean, ingurune irekian, kaleko heziketaren metodologia txertatuz).
- Esku-hartze psikologikoak indartzea, komenigarritzat joz gero.
- Gizarte- eta hezkuntza-arloko arreta ematea heldu iritsi berriak direnei, orokorean helduei, edo adinekoei, bereziki talde-esparruen bidez.
- Herritarren garapenerako eta kalitatezko arretarako denbora nahikoa ematea.
- Orokorean, zorroari buruzko dekretuko udal-eskumeneko zerbitzuak hobetzea, modu mankomunituan, hau da, zaintzaileei laguntzeko zerbitzua (1.4) eta eguneko arretarako zerbitzua (1.7) ostatu edo harrera-pisuko zerbitzua (1.9.1).
- Baliabide zehatzak martxan jartzean edo, hala badagokio, izaera komunitarioko ekimenak indartzean identifikatutako beste behar batzuk artatzea:

Malgutasuna erantzunetan (egokitza), horretarako, "burua hautsi" beharko genuke jakiteko zein den pertsonen beharrei hoheren erantzuteko modua (Martín Blázquez, 2022: 130).

Gizarte-zerbitzuak sendotzeako beharra (basea eta bestelako zerbitzuak). [...] Herri txikietako 1.3 zerbitzua egituratzeko beharra. [...] Familiekin esku hartze sozio hezitzaileak martxan jartzeko beharra (etxebizitzetan, aholkularitza...). [...] Haur eta nerabeekin esku hartze sozio hezitzaileak martxan jartzeko beharra (kale heziketa, taldeka...). [...] Esku hartze psikologikoak indartzeko beharra. [...] Etorkinentzat, helduentzat esku hartze sozio hezitzaileak aktibatzeko beharra. (Agirre Artola)

4.2. Zerbitzuaren hartzailak

Gizarte- eta hezkuntza-arloan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzua biztanleria osoari zuzenduta dago, baina, bereziki, zerbitzu horren hartzailak dira baztertuta egoteko arriskuan dauden pertsonak, mendekotasuna izateko arriskuan daudenak eta zaurgarritasun eta babesgabetasun arrisku arin edo ertaineko egoeran dauden adingabeak. Ildo horretatik, prozesuan, beharrak aztertu ostean, ebatzi zen ez zela beharrezko irismena lortzen, biztanleriaren beste talde batzuk artatu gabe zeudelako, eta, hala, ezarri beharreko zerbitzuaren hartziale nagusi bihurtu ziren:

- Egoera zailean dauden haurrak eta nerabeak eta beraien familiak (babesgabetasun arin edo ertaineko arriskuan daudenak).
- Egoera zailean dauden helduak eta adinekoak (baztertuta edo mendekotasun-egoeran egoteko arriskuan daudenak).
- Pertsona migratuak edo heldu iritsi berri direnak.
- Emakumeak, bereziki, zaitasunak jasaten ari direnak eta/edo indarkeria matxistaren biktimak:

Herritar guztiengana zuzendua dago zerbitzua, hau da, zaitasun ezberdinak dituzten edozein kolektibo edo pertsonak. (Agirre Barandiaran)

1.3k hartzen dituen kolektibo guztiak kontutan hartzea da, azken batean kolektibo guztiengana zuzentzen delako baina batez ere, haur nahiz nerabeena. Hezitzaileak behar ditugu, baldintza onekin, ze ezin dugu hau guzia eskatu behar eta gero baldintza txarrekin. (Odriozola)

Banakako mailan (adingabeak eta bere familiak nahiz inklusiorako zaitasunak dituzten edo mendekotasun-egoeran dauden helduak), honako hauek dira hautemandako beharrak:

- Alde batetik, arlo pertsonalekoak: autoestima, autokonzeptua, egoera pertsonal eta emozionalak, egitura eta mugak artatzea.
- Bestetik, izaera sozialekoak eta parte-hartzearekin harremana dutenak: sozializazioa; berdinen arteko taldeko kidea izatea; inklusioa; bakardadea eta isolamendua artatzea; aisialdiko jardueretan parte-hartzea; interesak eta motibazioak garatzea; hezkuntza-prozesua; absentismoa; eskolako erritmora egokitzea; eskola-jardueretan parte-hartzea.

- Eta azkenik familia arlokoak: laguntza eta orientabidea gurasoen eginkizunean, eguneko egitura, errutinak, lanbidea, etxearena eta familiaren antolamendurako oinarrizko kudeaketak.

Udalerriko pertsona migratuen edo heldu berrien beharren artean, zehazki, honako hauei lotutakoak identifikatu ziren: kulturala eta hizkuntza (euskarra) talka, kultura nagusiak harrera aintzatestea, eta lurraldea eta komunitatearen baliabideak ezagutzea.

Bestalde, emakumeak hartziale gisa, honako behar orokor hauek identifikatu dira gizarte-eredu patriarkalari lotuak: emakumeen ahalduntzeari buruzkoak, eta, bereziki, zenbait emakumek pairatzen dituzten egoera babesgabeei buruzkoak (besteak beste, indarkeria matxistaren biktimak, migratuak, zaintzaile profesionalak eta ez-profesionalak, eta gazteak):

Esku-hartzearen xedea: zaintza, laguntza, aldean egotea, heztea. Pertsona bakoitzaren behar zehatzak alde batera utzita, arreta personalizatuaren xedeak zaintza eta laguntza eskaintza izan behar du [...] Laguntzari buruz hitz egiten dugunean, asetzten diren beharrak Maslowen piramidean daude kokatuta: elikaduratik edo higienetik hasita parte-hartze politikoraino, baita sormen literarioa edo harreman pertsonalak (Gipuzkoako Foru Aldundia, 2021: 33).

Autoestima eta emozioen artean, arretaren ingurukoak, harremanak eta pertenentzian (ez daude gazte asko eta gainera batzuk bakarrik), hizkuntza zaitasunak (euskarra eta gaztelania arazoak), parte-hartza bultzatzea, genero rolen inguruan, beste kulturekiko aurreiriztia (familia batzuk zaitasunekin dator, batzuk ez dute laguntza eskatzen), familiengana hurbiltze estrategiak sortzeko beharra. (Lopetegi)

Hurrengo atalean adierazten den moduan, pertsona edo kolektibo hartziale horien beharrei emandako erantzunak zenbait modutan gauzatzen dira, eta arreta-formatu ezberdin bidez artatzen dira.

4.3. Modalitateen arabera gauzatutako zuzeneko gizarte- eta hezkuntza-arloko arreta

Zuzeneko arreta, adierazi den moduan, gizarte- eta hezkuntza-arloan esku hartzeko zerbitzuaren bidez garatzen da. Horren xedea da pertsonen autonomia lortzea, bizitza-baldintzak hobetzen lagunduko duten baliabideak eskuratzetik eta oztopoak gaindituz, gainera, haien bizitzak garatzen diren testuinguruetara hobeto egokituz:

Profesionalak bestea norbait "berezi" gisa aintzatesten du, bere bizipenak, nahiak, beldurrak, sentimenduak eta motibazioak dituena eta ingurua modu jakin batean ulertzten duena, jarrerak adierazit [...] pertzepzio horren ondorio (Otaño, 2016: 48).

Horretarako, esku-hartzeak hiru elementu gako behar ditu:

- Prozesua: gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzeak hezkuntza-prozesuak eraikitzeo beharra dakin. Esku-hartzearen prozesuak denbora beharrezko eta nahikoan behar du esku-hartzea garatzeko, helburuak eta sortu nahi diren aldaketak lortzeko.
- Harremana: harremana hezkuntza-prozesuak garatzeko oinarrizko eta funtsezko elementua da, esku-hartzearen xedeak betetzeko (intentzionalitatea). Bi pertsonen arteko interakzioa (esku-hartzearen profesionala eta esku-hartzearen hartzalea), lagunza-harremanak eratuz, non profesionala esku-hartzea garatzeko oinarrizko tresna den.
- Intentzionalitatea: hezkuntza-prozesuak martxan jartzea, pertsonekin eraikitako lagunza-harremana eta hori planetan egikaritze esku-hartzearen beraren xedearen intentzionalitate argiaren ondorio da, pertsonen beharrei erantzutea.

Zuzeneko arreta esku-hartzearen eta zerbitzuaren hartzaleekin kontaktuan eta harremanetan egiten diren jarduketek osatzen dute, baina bai eta beste pertsona batzuen eta komunitatea osatzen dutenekin elkarreaginez. Profesionalek zerbitzuan edo programan zuzeneko arretarako funtzoak garatzeko orduan duten eginkizunaren ardatza honako hauetan lotutako jarduketak dira:

- Esku-hartze prozesuak garatzeko hezkuntza-esparru eta espazioak sortzea; horretarako, horiek sortu, eraiki eta, labur esanda, errealitate bihurtu behar dira. Adibide gisara, familia testuinguruak badaude, baina hauetan esku-hartze esparru bihurtzeaz ari gara, bertan profesionalak gaudenean aldatu egiten baitira.
- Aktibatzea, hau da, bizitza eta edukia ematea, esku-hartzearen ildoaren eta xedearen arabera, beharrei erantzutea.
- Horietan lidergoa egikaritzea, ereduzko profesional eskuragarria da esku-hartzen duen pertsonen kiko lotura sustatzen duena:

Harreman pertsonalizatuak garatuz harreman-esparruak sortzen dituzten ereduak eta metodologia mantentzea [...] hezkuntza-prozesuak ahalbidetzen dira. [...] Esku-hartzeen planetan gauzatuak [...] beharrei zorrotz erantzutera bideratutako aldaketaren intentzionalitateari erantzuten diote (Otaño, 2019: 12).

Zailtasunak dituzten familiekin lan egiten da, normalean beraien etxebizitzetan baina posiblea da ere beste espazio batzuetan izatea, udaletxeko bulego batean adibidez, edo sortu daitzke ere bai ahokularitza-gune bat eta zailtasunetan lagundu puntu honetan ere bai. [...] Helburua azkenean arazoak dituzten familiei laguntzea da, autonomia lortzen eta erre Kurtso propioak sortzen bere egoera kudeatu ahal izateko. [...] Haur eta nerabeen esku hartzean, kasu honetan esku hartzea kolektiboki

egiten da, hau da, taldeetan eta hauetan lan egiten da zailtasunak dituztenekin eta ez dutenekin, baina arreta berezia jarriko zaie arazoak dituztenei. [...] Prebentzio ekintzak, detekzioa, bitartekaritzakoak, akonpainamendukoak. [...] Beste profesional batzuekin egiten da lan ere bai, adibidez psikologoekin, edozein momentuan aktibatu daiteke zerbitzua da ere bai. Gizarte-langileekin harreman estua egonda da, baina baita herriko eragileekin, eskolarekin edo osasun zentroekin. (Caballero)

Esku-hartze bermatzaile bat sortzeko modua da planteatutako zerbitzua hedatzea, esku-hartzeen modalitateak garatuz. Ildo horretatik, planteatutako beharretatik abiatuta eta pertsona eta kolektibo hartzaleak aintzat hartuta, bost modalitate posible planteatu dira (4. koadroa).

4.4. Zeharkako arreta, beste batzuekin koordinatuz eta zerbitzua gizarte-zerbitzuetan modu egokian kokatuz

Lehenik eta behin, dagoeneko adierazi den moduan, bereziki garrantzitsua da baliabideak eta zerbitzuak identifikatzea eta ezagutzea, eta harreman koordinatuak ezartzeko eta erantzukidetasunean oinarritutako koordinazio-sistemak sustatzeko; horretarako, oinarrizko da euren izaera dela-eta lehenestea, hau da, honako hauetan lehentasuneko baliabide eta zerbitzutzat hartza: eskola-sistemakoak, sustapen-sistemakoak, osasun-sistemakoak edo enpleguoak. Gainera, lurraldeko garrantzizko zerbitzu eta baliabide komunitarioko gainerako sistemekin harreman koordinatuak indartuko dira:

Definitzen duten elementuen bat-etortzetik abiatuta sistema gisa koordinatzeko [...] osagarritasunean oinarrituz [...] beharrezko da jarraitasuna eta egonkortasuna izatea, [...] edukiak mugatzea [...], koordinazio-bileretan [...] aldi eta espazio jakinetan antolatua, erregistro-tresnak erabiltzen ditu (Otaño, 2021: 227).

Udalerritik txikien esparruan dauden gizarte-zerbitzuen "tamaina" edozein dela ere, ezarriko den gizarte- eta hezkuntza-arloan eta arlo psikosozialean esku hartzeo zerbitzua udal-eskumeneko lehen mailako arretako gizarte-zerbitzuetan funtzionalean txertatuta egongo da. Horretarako, beharrezko da, maila desberdinetan barne-koordinazio sistema izatea; batetik, zerbitzua eta plangintza orokorrean garatzea; bestetik, esku-hartze planak hautemanet eta garatuz; eta, azkenik, beste eragile, baliabide eta zerbitzu batzuekin koordinatzea, bai eta lan komunitarioan ere.

Bestalde, garrantzitsua da bigarren mailako arretan eskaientzen diren baliabideak eta zerbitzuak ezagutzea eta partekatutako esku-hartze planak garatzeko modu eraginkorrean koordinatzea; hori, esate baterako, aktibatzen diren esku-hartze berriei laguntzeko, edota eskumenak bideratzeko.

4. koadroa. Garatu daitezkeen programa (modalitate) posibleen definizioaren inguruko hurbilketa*	
Gizarte- eta hezkuntza- arloko esku-hartzea familiar	Babesgabetasun arineko eta ertaineko arrisku-egoeran dauden haur, nerabe eta haien familientzat zuzendua da. Esku-hartzea bi formatutan aurkezen da eta proiektu bako batean, etxeko hezkuntza eta familiako oinarrizko esku-hartzean. Familia-esparruko saioen bidez gauzatzen da, batez ere familia osatzen duten pertsonekin, etxeetan, eta ingurune irekia ere esku hartzeko esparru gisa erabiliz, zaitasun zehatzak daudenean aldiz, talde-esparruak sortzeko aukera izaten da.
Gizarte-eta hezkuntza- arloko esku-hartzea ingurune irekian	Prebentzio-izaerako esku-hartze normalizatu baten esparru gisa plantea daiteke, udalerriko haur eta nerabe guztiak parte hartzeko aukerarekin, eta arreta berezia eskainiz zaitasun gehien ditutzenei. Aldi berean, komunitatean beren parte-hartze aktiboa sustatuko da. Esku-hartzea, batez ere, taldekoa izango da, banakako eta taldeko hezkuntza-proiekturen bidez, eta, neurri handi batean, ingurune irekiko espazioetan (kalea, ekipamendua, baliabideak, lokala...).
Gizarte- eta hezkuntza- arloan esku-hartzea pertsona heldu eta adinekoekin	Helduentzat bideratua, arlo pertsonal, sozial edo antolakuntzako zaitasunak dituztenentzat eta/edo bazterkeria-arriskuan daudenei, baita desokupazio edo mendetasun-egoeran daudenei. Esku-hartzearen garapena banakako tutorizaziotik eta talde-espazioen bidez gauzatzen da, bitzitzak aktiborako trantsiziorekiko ibilbideak sustatzeko helburuarekin, oro har, laneratzeko, okupazioarako eta/edo prestakuntzarako motibazioa indartuz.
Gizarte- eta hezkuntza- arloan esku-hartzea pertsona eta familia migratuekin	Iritsi berri diren (edo migratu duten) adingabeei eta adinez nagusi direnei zuzenduta, harrera prozesu baten bidez erantzun puntual gisa planteatzen da, beren integrazioa eta egokitzapena errazteko, lurraldean, auzoan eta komunitatean. Helburua, harreman ezarria, pertsonak lurraldeko, udalerriko edo mankomunitateko baliabide eta zerbitzuekin konektatuz, eta, hala badagokio, beharrak eta zaitasunak identifikatu eta beste modalitate batetik erantzuteko.
Esku-hartze psikosoziala edo terapeutikoa	Hartzaileak gainerako programetakoak izango dira, zaitasun zehatzagoekin eta krisi-egoeran aurrean. Garapen individuala edo familiar badagokiona, beste modalitate baten garapenaren osagari izango da. Beraz, esku-hartze psikologikoa izango da, erlaziotik abiatuta eta izaera terapeutikoarekin, aldaketa-prozesuak aktibatzen dituena, eta ez ditu inola ere ordezkatuko osasun-sistematik garatzen direnak.

* Ez du esan nahi guztiak garatuak behar direnik

Iturria: egileek egina

Funtsean, zerbitzua garatzen duten profesionalak gizarte-heitztaile gradudunak izango dira, eta, udalerrietako gizarte-langileekin batera, zerbitzuaren eta esku-hartza planifikatu eta egikarituko dute. Horrez gain, pertsonekin eta lurralde eta komunitatearekin hezkuntza-erreferentzia izango duten profesional nagusiak izango dira. Zerbitzua ezartzeko eta esku-hartze planak diseinatzeko orduan, oso garrantzitsutzat jo zen profesionalen funtzioko modu argian bereiztea, pertsonekin egindako esku-hartzeek emaitza onak izan zitzaten. Amaitzeko, komeni da argi izatea zein diren eginkizunak. Ildo horretan, zuzeneko eta zeharkako arretan garatu beharko diren batzuk jaso ditugu (5. koadroa).

5. Zerbitzuak martxan jartzea eta ezartzea

Nahiz eta aurreko atalean azaldutako zerbitzuaren definizioa osatzen duten elementuak komunak izan, zerbitzua ezartzeko, udalerri bakoitzaren errealitatera egokitutako plan bat egin behar izan da; izan ere, demografiarekin eta baliabideekin lotutako ezaugarri objektiboak oso ezberdinak dira, eta ibilbide anitzak izan dituzte:

Herri handietako formulak txikietan balio ez duten bezala, herri txiki guztieta ere ez dute balio. (Genua)

Prozesuan egindako hausnarketatik abiatuta eta aintzatespen orokor gisa, behin errealitate bakoitzera egokitutako zerbitzuak zehaztu ondoren, gure uez zerbitzuen eta esku-hartzeen ezarpenari eta martxan jartzeari mesede egiten zieten zenbait gako zehaztu genituen:

- Alde batetik, esku-hartze taldeak sortzea; ereduaren arabera, ezinbestekotzat jo zen zerbitzuaren dimentsioen eraginkortasunerako. Elkartzeak onura sortzen digu, herri txikiak, ekipoak sortzeko, aukerak biderkatzen dira. (Barandiaran)
- Bestalde, hitzarmen edo akordioen bidez udalerriak taldekatzea, baliabideak optimizatzeko, udal bakoitzak eginiko ekarpen ekonomikoa biztanleria-irizpideen edo beharren arabera doitzu, eta talde horiek eratzea errazteko; eta azkenik, udalerriean zerbitzuak asetzetan dituen beharrak sozializatzea, eta, hala badagokio
- Zerbitzua martxan jartzea; horrekin batera, alde politikoarekin komunikatzeko estrategiak eta jarduketak.

Indarra hartu profesional bezala, defendatzeko geurea, gizarte-zerbitzuak eta eman behar ditugun zerbitzuak eta hauek bideratzeko estrategiak ezartzeko. (Iribar)

Ezarpen-prozesua, adiera hertsian, udalerri bakoitzaren erritmo eta berezitasunak aintzat hartuta

5. koadroa. Zerbitzua garatzeko profesionalen funtzioko orokorrak	
GIZARTE-HEZITZAILEAK	ZUZENEKO ESKU-HARTZERAKO
	Hezkuntza-esparren sorkuntzarekin zerikusia duten funtziokoak Esku hartzeko esparruen (familiakoa, taldeko, banakakoa eta ingurune irekikoa) sorrera sustatzea eta haien egitura eta funtzionamendua antolatzea.
	Hezkuntza-esparren aktibazioarekin zerikusia duten funtziokoak Garatu beharreko edukiak proposatzea, eta ekintzak eta jarduerak programatzea.
	Hezkuntza-esparren lidergoarekin zerikusia duten funtziokoak Errealitatea, egoerak eta pertsonak modu proaktiboan behatzea, parte hartu beharreko pertsonei harrera egitea eta hezkuntza-esparruetan sarbidea ahalbideratzea.
	ZEHARKAKO ESKU-HARTZERAKO
	Zerbitzuaren plangintza Udalerriko beharren diagnostikoa egitea, jarduketen programatzea, esku-hartzearen garatzea eta ebaluatzea.
	Esku-hartze prozedurako faseak Egoeren detektatzea, ikertza eta baloratzea; babesgabetasun eta bazterkeriaren arrisku mailaren baloratzea, programa desberdinetara orientatzea, esku-hartzeen jarraitza eta ebaluatza.
	Planen diseinua eta garapena Beharren, esku-hartzearen helburuak eta estrategiak definitzea; eta jarduketak garatzea, berrikustea eta ebaluatza.
	Koordinazioa Barne-koordinaziorako sistemen garatzea, eta baliabide eta zerbitzuekin koordinatzeko sistemak garatzea.
GIZARTE-LANGILEAK	Ekintza komunitarioa Espazio komunitarioetako kide izatea, komunitate-izaerako ekimenetan parte-hartza, komunitate-esparruak dinamizatzea eta aktibatza.
	Zerbitzuaren implementazioaren sustapena Zerbitzuaren definitzea, oinarri teknikoen eta administratiboen prestatzea, udal-politikariekin lantza eta zerbitzua martxan jartza.
	Zerbitzuaren plangintza sistemaren bermatza Zerbitzuko profesionalei proposatzea eta horretan parte-hartza.
	Esku-hartze planen diseinua eta garapena Esku-hartze planen diseinatzea eta jarraitza, zerbitzuko profesionalekin batera.
	Zerbitzuaren antolaketan lidergoa Baliabide personalak (harrera, ordutegia, antolaketa), materialak eta ekonomikoak antolatza eta doitzea.
	Gizarte-zerbitzuetan barneko koordinazio sistema sustatza Zerbitzuaren jarraipen orokorra egitea, erakunde (kudeaketa) eta ekipoarekin.
	Beste zerbitzu-sistema batzuekiko koordinazioa ahalbideratza Koordinazio-konexioak erraztea udal zein herriko beste zerbitzu eta baliabideekin.

Iturria: egileek egina

garatu da, baina, kasu guzietan, gizarte-langileek bi une nagusitan esku hartu dute. Lehenik, zerbitzua zehaztea, garatu behar diren modalitateen definiziotik eta baliabide pertsonal, material eta ekonomikoetatik abiatuta. Hori prozesuaren produktu nagusia izan da, eta hori abiapuntu izanik, udalerri guzietako udal-ordezkariekin jendarteratu zen:

Maihain gainera daukagun proiektu hau, erronka txiki bat da, eta egia da oso berria izango dela. Nahiz eta 1.3 aurrera eraman izan degun modu baten edo bestean, ez degu osotasunean egin. Proiektu berri bat da, ibilbide luzea daukana eta inbertsioa eskatzen duena. (Odriozola)

Bigarrenik, horri, zerbitzua azkenean abiarazi ahal izateko, egoera gehienetan egin diren jarduketa eta estrategia batzuk gehitu behar zaizkio. Jarraian, horietako batzuk jaso ditugu:

- Udalerraren gizarte-beharren diagnostikoa egitea, zerbitzua errealitate bakoitzera doitzeko lehenengo pauso gisa.

- Bilerak udalerri bakoitzeko zinegotzi eta alkateekin, edo hainbat udalerritakoekin (proposamena udalerrien arteko zerbitzuak sortzeko izan bada).

Denborak aurrera egin ahala, beharrezkoa izan da aurreikusita zeuden hasierako proposamenak doitzea, batik bat, udalerrien arteko elkartzeak dakarren zerbitzuei eta aurrekontu-aintzatespenen mende dauden zerbitzuen tamainaren arabera egokiak diren baliabideen zuzkidurari buruzkoak. Ildo horretatik, udalerriak elkartzeak batzuetan ez du izan espero zen emaitza, taldeak sortzearen aldeko apustuak ez ziren bermatu, batzuetan hezitzaile bakarra geratu baita zerbitzuen garapenean. Era berean, zerbitzuen tamainak eta estaldurak muga izan dute udalerriek unean zuten aurrekontu-ahalmenagatik eta ahalmen ekonomikoagatik; baina, hala ere, hurrengo aurrekontu-ekitaldietan hobekuntzak egiteko lehenengo pausoia izan da, behin ezarrita zerbitzuak hobetzeko xedarekin.

Seigarren koadroan, une honetan udalerrietan dagoeneko abian dauden zerbitzuak aurkeztu ditugu,

bai eta ondoren garatu ahal izateko sarrera diren beste jarduera batzuk ere. Errealitate hori aldakorra da, eta lizitazio batetik bestera aurrera egin eta hobetzeko joera dago, edo, urte batetik bestera, aurrekontua hobetzeko:

"Koadroa" burutzearekin ez da ezer bukatzen, programa guztiak izango dute, jarraipena, eboluzioa, egokitzapena, hobekuntza... eta, ibilbidea hasi behar dutenentzako, beste udaletako esperientziak oso baliagarri izango dira. Beraz, denontzat elkarrekin jarraitzeak eta elkarren babesak aberastuko du aurrera egiteko bidea eta, Hurbilduk eskaintzen digu horretarako aukera egituratu bat. [...] Erronka hau ilusioz bizi dugu, hobeto lan egiteko aukera ematen digu eta, bizkarrean daramagun motxila pisutsua arindu. Animo, bagoaz!!!! (Genua)

6. koadroa. Idazkia argitaratzeko unean zerbitzuaren aurrelik abian jarritako zerbitzu eta jarduketak
<p>Lizitatu eta abian dauden eta taldeak osatzeko aukera duten gizarte- eta hezkuntza-arlaoan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zestoa, Getaria eta Aizarnazabal (lizitazio bakarra 2023an). • Irura eta Anoeta (lizitazio bakarra 2024an). • Zaldibia, Arama, Altzaga, Gaintza, Legorreta eta Itsasondo (2025erako aurreikusita). • Ikaztegieta (2025). <p>Abian dauden eta kontratu txikia duten, baina taldea ez duten gizarte- eta hezkuntza-arlaoan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzuak, hezitzaile barkeratuek garatuak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alegia (etorkizunean lizitazioa izango duen kontrata). • Amezketa (etorkizunean lizitazioa izango duen kontrata). <p>Abian jartzeko estrategia gisa errealitatearen azterketa egin duten udalerriak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berrobi, Berastegi eta Elduain (2023). • Alegia eta Ikaztegieta (2024). • Amezketa (2024). • Abaltzisketa (2024). • Hernialde (2024). <p>Horretaz gain, salbuespen gisa, gizarte- eta hezkuntza-arlaoan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzuaren lizitazioa jaso dugu (1.3) haurrentzat eta nerabeak sustatzeko gizarte- eta hezkuntza-arlaoan esku hartzeko zerbitzuarekin batera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Errezil (2024).

Iturria: egileek egina

6. Garatutako prozesutik eratorritako eragin positiboko zenbait ondorio

Udalerritik bakoitzeari gizarte- eta hezkuntza-arlaoan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzuza zehaztearekin amaitu den aholkularitza teknikoko

prozesua ere lagungarria izan da zenbait alderditan aldaketak eragiteko, hala nola:

- **Gizarte-zerbitzuen arloan egondako erantzunetan udalerri txikien errealitate ikusgarri egitea:**
 - Lehenik eta behin, esperientzia eta kezka amankomunen bidez udalerri txikietako egoera ikusgarri egitea, sinergiak eta topaguneak, aldeak eta aintzatespna sortuz. Ildo horretatik, maila zehatzagoan, udalerri txikien gizarte-zerbitzuen egoera ikusgarri egin da; izan ere, askotan, baliabideen eskasia nabarmena dela eta (aurrekontuak, lehentasunak, gizarte-zerbitzuen alborapenak, beste arlo batuetan inbertitzea), arreta mugatua jasotzen dute, zerbitzuaren kalitatean eraginduz, eta horrela gizarte-ardura betetzeko udalerriek dituzten zailtasunak areagotzen dira.
 - Eta, era berean, baina aurrekoan bezain garrantzitsua izanik, zerbitzuaren eta gizarte-zerbitzuen arreta jasotzeko duten eskubide subjektiboaren hartzaile diren pertsona eta kolektiboak ikusgarri egitea.
- **Gizarte-lanaren funtsezko alderdien gainean hausnartzea ("gurea"):**
 - Horrek dakar pertsonen beharrei ematen zaien erantzunaren inguruan hausnartzea eta laguntza-harremana horretarako oinarrizko tresna gisa sustatzea, administrazio-ereduak duen nolabaiteko zurruntasunaren aurrean.
 - Era berean, lanean nahiz arduretan gizarte-langileen ahalduntzeari laguntzen dioten gaitasunak eta tresnak eskuratzeko hausnarketa egitea.
 - Azkenik, maila politikoan ere baterako hausnarketa egitea honako hauen inguruan: gizartea, gizarte-zerbitzuak eta 1.3 zerbitzuaren ezarpena, horren xedea, hartzaileak eta ezarri beharreko programak.
- **Zerbitzuak garatzeko orduan eta jardun profesionalean alderdi teknikoak berrikustea:**
 - Alde batetik, gizarte- eta hezkuntza-arloko eta arlo psikosozialeko esku-hartza garatzea, Zerbitzu eta Prestazioen Zorroari jarraikiz, zerbitzu-eredu batean oinarrituta eta horretatik abiatuta, eta tokiko, langileen eta baliabideen errealitate bakoitzera egokituz.
 - Beste aldetik, esku-hartza dibertsifikatzea, bide berriak irekiz edo garapenean dauden beste batzuk indartuz:
 - Banakako esparruarekin batera beste esku-hartze esparruak txertatzea, hau da, familiako, taldeko eta ingurune irekiko esku-hartzeak garatzea.
 - Beharrei erantzuteko oinarrizko elementu gisa, beste baliabide eta zerbitzuekin dagoen koordinazioa finkatzea.
 - Hala badagokio, dagoeneko garatuta dagoen lan komunitarioa aintzatestea, eta ikuspegi hori txertatzea zerbitzuaren plangintzan eta definizioan.

- Hortaz, lurrealdeko pertsonen beharrei eta indarreko araudieie emandako erantzuna doitza (Zorroari buruzko Dekretuko 1.3 zerbitzua garatzea).
- Zerbitzua, lizitazioak, oinarri teknikoak, hitzarmenak eta praktikara bideratutako beste tresna batzuk martxan jartzeko behar den dokumentazioa sortzea.

Hori guztia, pertsonak eta beren beharrak ardatz gisa hartuz:

- Gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzea garatzeko taldeak zabaltzea:
 - Hasteko, gizarte-heziketako (edo, hala badagokio, beste arlo batzuetako profesionalak) profesionalak osatutako taldeak zabaltzea haien funtziak eta barne-antolamendurako mekanismoak zehatzuz.
 - Horretarako, eta esku-hartzearen kalitatea are gehiago bermatzeko, komeni da esku-hartze taldeak eratzea, hau da, profesionalak bakarrik baino taldean lan egitea onuragarriagoa da, eta, beharrezkoa bada, baliabideak optimizatu daitezke, profesionalak kontratatu ahal izateko udalerriak elkartuz.
- Zerbitzua ezartzeko plana abiaraztea, honako hauen bidez:
 - Zuzeneko nahiz zeharkako esku-hartzean gauzatuko diren jarduketak eta eginkizunak definitzea.
 - Prozesuan alde politikoa eta beste eragile batzuk sartzea.
 - Zerbitzuaren hedadura eta irismena komunitatean gizarteratzea.
- Udalerrietako (txikiak) parte hartzen duten gizarte-langileei laguntzeko talde egonkorra sortzea:
 - Nagusiki, eguneroko lana egiteko orduan dagoen bakardaderako nolabaiteko joera gainditzeko.
 - Era berean, lana garatzeko profesionalen arteko kontrastea egitea, bai eta jarduerari buruzko baterako hausnarketa ere.
 - Zerbitzuen ezarespenaren jarraipena egitea eta prozesuan dauden lorpenak eta zaitasunak partekatzea, eta, horretaz gain, udalerrien arteko sinergiak sortzea, aliantzak eta lankidetza-bideak ezartzeko.

7. Zehaztutako zerbitzuen jarraipena egitea

Behin zehazteko prozesua amaituta, adierazi den moduan, udalerri gehienetan zerbitzuak eta esku-hartzeak ezarri dira, nahiz eta horietako batzuetan zerbitzuak ezartzeko dauden. Une bakoitzarekin eta udalerri bakoitzaren erritmoekin lotutako ezaugarriak eta eragileak direla eta, idazki hau idatzi den unean, horietako bakoitza puntu desberdin batean dago

7. koadroa. Profesional parte-hartzaileek prozesua baloratzean egindako zenbait gogoeta

- Udalerrri txikien errealitatetara egokitua da.
- Eguneroko jardunean aplikatzeko edukiak modu positiboan baloratu dira; horrek ahalbidetu egiten ditu eguneroko lanean integratzeko hobekuntzak:

Edukiak aldetik ikaragarria iruditu zait zenbat informazioa jaso eta landu degun, modu antolatu batean eta den zentzu hartu du osotasunean. [...] Ahaldunak, erabilgarriak, ongi landuak, aberasgarriak.
- Logikatik abiatuta eta gizarte-langileen epe eta errealitateetarako egokiak diren erritmo batean garatu dira.
- Lanerako material egokia eman da, eta eginkizunetarako egokitzat jo da arlo tekniko eta profesionala:

Bi urte zoragarri izan dira, prozesu arina eta eramangarria, oinarritik sakontasunera (ez azalekoa), in crescendo joan da, saio kopuruak egokiak eta eramangarria. [...] Oso parte-hartzailea, gure erritmoak errespetatuz. [...] Materiala bikaina, teknikoa, profesionala, praktikan aplikatzeko.

- Gizarte-lanaren eta eginkizun profesionalaren gaineko hausnarketa erraztu da, profesionalaren eginkizuna defendatuz, ereduzko dokumentazioan eta indarreko legedian oinarrituta. Era berean, ahalbidetu egin da zerbitzuaren barne-ezagutza eta gizarte- eta hezkuntza-arloko eta arlo psikosozialeko zerbitzuaren, eta, oro har, gizarte-zerbitzuen, ikuspegi orokorragea eta zuhurragoa izatea:

Lortu dugu zerbitzuaren ezagutza zehatza izatea denen laguntzarekin, zalantzak argitzea eta forma ematea hau dena udaldeetan transmititzeko [...] Tresnak jaso ditugu prozesuak martxan jartzeko, hurrengo pausetarako oinarrak jarriz.

- Lan-giro lasaia sortu da, taldean komunikazio segurua ahalbidetzen duena, konfiantza partekatutik eta elkarri ulertzetik abiatuta:

Giroa paregabea eta errealitate desberdinenez agutza... elkar laguntza, hurbilekoak, konfiantzazkoak. [...] Oso lasai sentitu naiz, segurtasuna sentitu dut..., lasai hitz egin eta parte hartzekoa.

Udal txikitak, gizarte-langile bakarra gaude (zenbait udaletan lanaldi txiki batekin) erronka honi aurre egiteko Hurbilduk eskainitako aukera paregabeara izan zaigu; oinarr bat landu dugu eta errealitatearen azterketatik abiatuta herri bakoitzari hobekien egokitzentzian aukera bideratu dugu –edo momentuz ez–. Taldekoidean elkar laguntza ere oso mesedegarri izan zaigu, parekotasunetik egoerak elkarrekin aztertu ahal izan ditugu.

Iturria: egileek egingo

zerbitzuaren ereduzko garapenari edo zerbitzua modu egonkorrean abiarazteko aipatutako formatuak aktibazioari dagokienez.

Bestalde, taldea, Hurbildu Programak eginiko prozesu berri baten bidez mantendu da, zerbitzuen ezarespenen laguntzeko eta jarraipena ahalbidetzeko xedez, eta abiarazteko orduan dauden zalantzak eta zaitasunak partekatzeko, esperientzien trukea eta baterako konponbideak eraikitzea sustatz. Prozesu berri horretan gizarte- eta hezkuntza-arloko eta arlo

psikosozialeko zerbitzua diseinatzeko antzeko prozesu txikiago eta kontzentratuagoa garatu duten beste udalerri txikietako parte-hartzaileak sartu dira⁶.

Era berean, programaren esparruan laguntza teknikoko beste prozesu bat abiarazi da, udalerriean ezarritako zerbitzuak eta esku-hartzeak gauzatzen dituzten gizarte-heztaileekin, zerbitzua tokiko errealitatearen arabera egokitzeko, diseinatzeko eta antolatzeko, eta aurreko prozesuaren zehaztasunak eta udalerri txikien berezitasunak aintzat hartzeko⁷.

8. Erreferentziazko eredua gizarte- eta hezkuntza-arloan eta arlo psikosozialean esku hartzeko zerbitzurako

Erreferentziazko eredua proposatzen duen eskema bat aurkeztu dugu, konpromisotik eta gizarte- eta hezkuntza-arloan esku-hartzen izandako urteetako esperientziatik abiatuta, pertsonetan eta beren beharretan oinarritutako eredu teknikoak definitzen laguntzeko, komunitatearen eta zerbitzu publikoaren ikuspegia hartuz. Horren bidez, edukia hamar bloke handitan banatuz, gizarte- eta hezkuntza-arloan esku hartzeko zerbitzua diseinatzea errazten da, hiru arlotan egokituz:

- Zerbitzuaren oinarriak, gizarte-auziaren gaineko hausnarketa, ardura eta beharren azterketatik eta esperientzia praktikotik eratorritako hausnarketa.
- Zuzeneko arreta, lotura zuzena izanik pertsonenkin egiten den esku-hartzearekin, horren esparruekin, garatu behar diren modalitate eta jarduerekin; eta komunitatearen esku-hartzea, komunitatea esku-hartzearen subjektutzat hartuta.
- Zeharkako arreta, koordinazio, antolamendu eta plangintzako kontuetarako, hau da, zerbitzua kudeatzeko, zentzu hertsian.

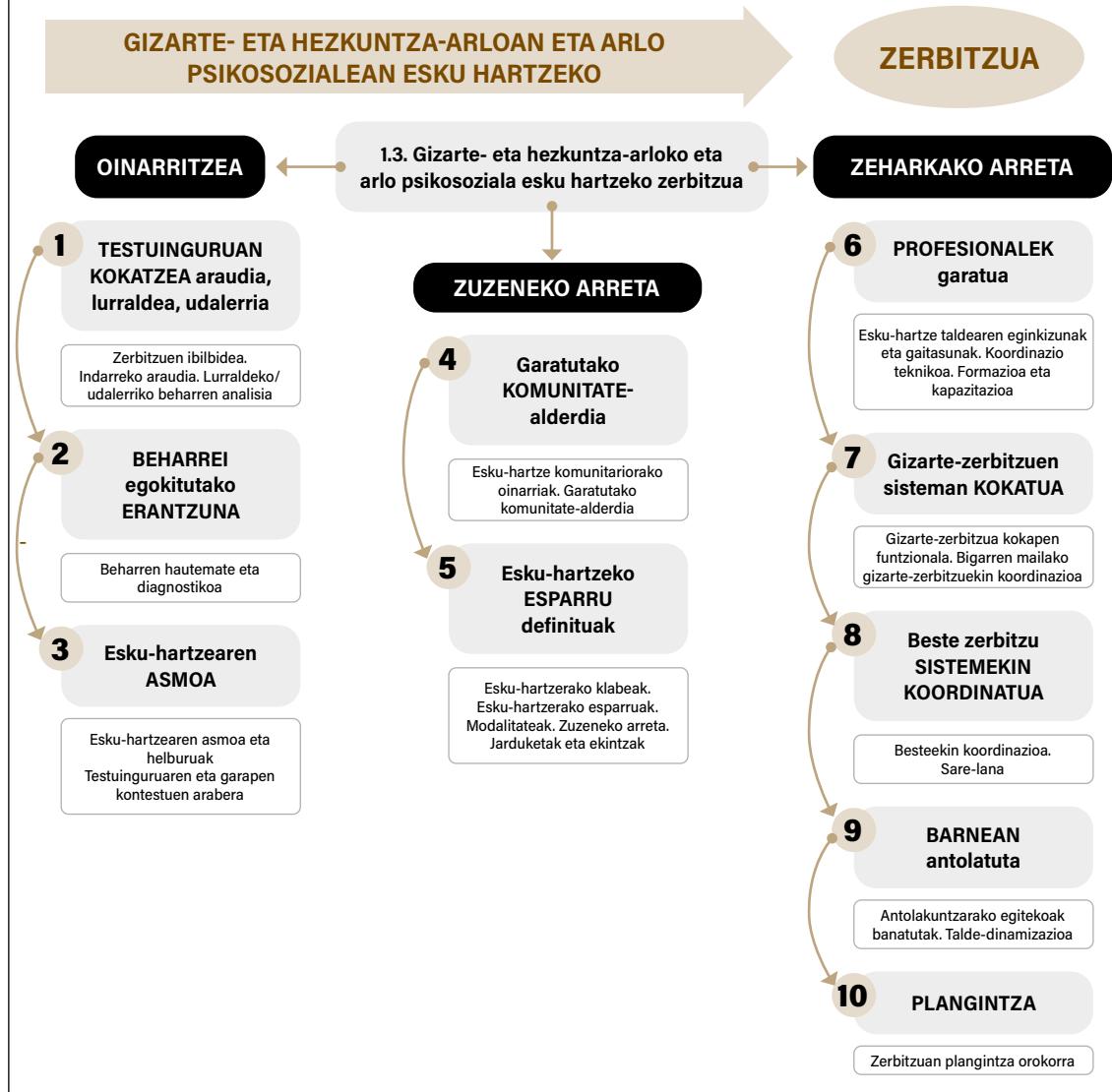
Proposatutako zerbitzuaren ereduaren edukietara hurbiltzeko, eduki-bloke bakoitzari dagozkion elementuak azaldu ditugu; izan ere, zerbitzuaren ikuspegia integraletik, ulertzen da nolabait zehaztu behar dela. Hedatutako eta edukiz hornitutako elementu horiek garapen egokia lirateke zerbitzua hobetzeko. Gainera, adierazle eta eredu gisa balio dezakete, esku-hartzea hobetzen laguntzeko eta orientatzeko, idazkian zehar adierazi diren oinarriak aintzat hartuz:

Beharrezkoa iruditzen zait eredu orientagarri bat garatzea gizarte- eta hezkuntza-arloko eta arlo psikosoziala esku-hartzerako zerbitzua ezartzeko (1.3), ikuspegiak, metodologiak eta abar definituko dituena eta zerbitzua Legearen funtsarekin, edukiekin eta printzipioekin bat etorri garatuko dela bermatuko duena (Ararteko, 2016: 87).

⁶ Arama, Altzaga, Ataun, Ezkio-Itsaso, Legorreta, Gabiria, Gaintza, Itsasondo, Ormaiztegi eta Zaldibia. Taldea aipatutako bederatzi udalerrietan lan egiten duten lau gizarte-langileek osatzen dute.

⁷ Aizarnazabal, Amezketa, Anoeta, Antzuola, Elgeta, Errezi, Getaria, Ikaztegieta, Irura, Leintz-Gatzaga, Zestoa.

2. irudia. Gizarte- eta hezkuntza-arloko eta arlo psikosozialeko zerbitzuaren eskema orokorra (1.3)



Iturria: Otaño (2019: 17), euskaraturik

8. koadroa. Gizarte- eta hezkuntza-arloko eta arlo psikosozialeko esku-hartzerako zerbitzu ereduaren (1.3) edukien blokeak osatzen dituzten elementuak
Testuinguruan kokatzea (araudia, udalerria)
<ul style="list-style-type: none"> Lurralde eta udalerriaren ezagutza doitua. Udalerrirri-lurraldean esku hartzen duten edo jarduten duten baliabideak eta zerbitzuak ezagutza. Beste zerbitzu-sistema batzuekin lan koordinatua.
Beharrei erantzun doitua
<ul style="list-style-type: none"> Adostutako prozedurak zaitasun-egoerak hautemateko. Markoa behaketa eta detekziorako. Detekzio eta deribazio prozedurak beste zerbitzu-sistemekin. Zaitasunak identifikatzea. Egoeren balorazioa garapen testuinguruaren baitan. Beharren diagnostikoa, irizpideen arabera sailkatua. Tresnak beharren diagnostiko prozesua gauzatzeko.
Esku-hartzearen intenzionalitatea
<ul style="list-style-type: none"> Esku-hartzearen subjektu gisa pertsonak ardatz dituzten erantzunak. Diagnostikoan definitutako beharretara egokitutako erantzunak. Garapen-testuinguruetara egokitutako erantzunak, izaera intenzional nahiz ez intenzionalekoak. Arreta integral eta integratzailean kokatutako erantzunak. Arreta integralean eta integratzailean kokatzen/sustatzen diren erantzunak. Esku-hartzearen helburuak zehaztea, esku-hartzearen azken helburuari dagokionez.
Esku-hartze marko definituak
<ul style="list-style-type: none"> Esku hartze erlazionala. Esku hartzte individualizatua. Beharretara egokitutako esku hartzte esparruak. Gauzatutako familia esku hartzreak, kide guztiak familia-taldeetan esku hartzea, esku hartzea bizilekuan. Talde esparruetan esku hartzea. Banakako esparruetan esku hartzea. Injurune irekia esku hartzte gune gisa erabiltzea, esku hartzte profesionalen presentzia ingurune irekiko guneetan. Modilitateen garapena: injurune irekia, familiako esku hartzea, esku hartzte terapeutikoa, laguntza-taldeak, besteak. Ekintza definitu eta estrukturatuaren programazioa, beharrei erantzunez.
Garatutako komunitate-dimentsioa
<ul style="list-style-type: none"> Komunitate-ikuspegitik garatutako esku-hartzeak. Proiektu komunitarioak. Komunitate-garapenerako proiektuak. Komunitate-ekimenetan parte-hartzea. Komunitate-garapenerako sortutako sareak.
Profesionalek garatua
<ul style="list-style-type: none"> Diziplinarteko esku-hartzte taldeak (gizarte-hezitzaleak, psikologoak eta/edo gizarte-langileak). Zuzeneko arretako profesionalen funtzioko definitzea. Zeharkako arretaren berezko funtzioko. Profesionalen konpetentziak, jakitea, egiten jakitea, egoten jakitea, izaten jakitearekin harremana dutenak. Koordinatzaileren eginkizunak zehaztea: antolakuntza eta lagun-egitea. Formakuntza eta gaikuntza teknikoa egokia taldeari. Formatu ezberdinetako prestakuntza. Barne- eta kanpo-prestakuntza.
Gizarte-zerbitzuetan kokapena
<ul style="list-style-type: none"> Udalen erantzukizuna eta ardura gizarte-zerbitzuen sailetik. Sailak bere faseetan definitutako jarduera-prozedura. Esku hartzte taldeak prozeduraren faseetan parte-hartzea. Koordinazioa gizarte-zerbitzuetako profesionalekin, edukiak eta denborak zehaztuta. Zuzeneko eta zeharkako arretarako baliabide materialez hornitza (espazioak, ekonomikoak, teknologikoak...). Zerbitzua fisikoki eta funtzionalki sailean integratzea. Gizarte-zerbitzuen sailak lidergoa izatea zerbitzuen garapenean. Lehen eta bigarren mailako arretaren arteko harreman koordinatu eta definitua.
Beste zerbitzu-sistemekin koordinazioa
<ul style="list-style-type: none"> Beste zerbitzu-sistema batzuekiko koordinazioa: detekziorako eta deribaziorako, esku-hartzte planak garatzeko, komunitate-arlorako. Lehentasuneko zerbitzuekin garatutako koordinazio-sistema: ikastetxeak, osasun-sistema, sustapena/gazteria.
Barne-antolaketa
<ul style="list-style-type: none"> Definitutako antolaketa-zereginak. Denborak eta zehaztutako zereginen esleipena. Bileren denboralizazio egokia. Zuzendaritzako esku-hartzte taldearen eta koordinatzailearen arteko koordinazioa (talde zabaldua); zuzeneko esku-hartzte taldea (udal-arduraduna, elkarde-arduraduna). Ordezkaritza politikoarekin koordinatzea. Zuzeneko esku hartzeko taldearen bilerak. Talde eta talde zabalduren bilerak (hezitzaleak-koordinatzalea).

Iturria: egileek egina

Aipatutako bibliografia

AGIRRETXE, L.; SERNA, I.; ARRIZABALAGA, M.; GOIKOETXEA, M. eta RIKONDO, E. (1998): "Gizarte-zerbitzuak landa ingurunean / Servicios sociales en el ámbito rural", *Zerbitzuan*, 35. zb., 46.-56. or., <<https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Gizarte%20zerbitzuak%20landa%20inguruan.pdf>>.

ARARTEKO (2016): *Udal gizarte-zerbitzuen egoera Euskal Autonomía Erkidegoan. Egungo egoera eta hobetzeako proposamenenak*, Txosten Bereziak saila, Ararteko, Gasteiz, <<https://www.ararteko.eus/eu/oinarrizko-gizarte-zerbitzuen-egoera-eaan>>.

ARRIETA, F. eta SOBREMONTÉ, E. (2016): "Elementos para un relato de la gobernanza del Sistema Vasco de Servicios Sociales", *Zerbitzuan*, 61. zb., 5.-20. or., <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.61.01>>.

BERRITUZ (2020): *Programa Hurbildu*, I. g., Eusko Jaurlaritza, <<https://www.berritz.eus/es/programa-hurbildu/ex-36/>>.

EUSKADI (1996): "5/1996 Legea, urriaren 18koa, Gizarte Zerbitzuena", *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 218. zk., 1996-11-12, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/l/1996/10/18/5/dof/eus/html>>.

— (2008): "18/2008 Legea, abenduaren 23koa, Gizarteratzeko eta Diru Sarrerak Bermatzeko", *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 250. zk., 2008-12-31, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2015/10/06/185/dof/eus/html>>.

— (2015): "185/2015 Dekretua, urriaren 6koa, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzkoa", *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 206. zb., 2015-10-19, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2015/10/06/185/dof/eus/html>>.

GIPUZKOAKO FORU ALDUNDIA (2021): *Gipuzkoan gizarte-zerbitzuak pertsonalizatzeko gida. Zerbitzu pertsonalizatuago batuetarantz jotseko elementu eta gomendioak*, I. g., Gipuzkoako Foru Aldundia, <https://www.behagi.eus/files/informes/pertsonalizazio_gida_2022_eus.pdf>.

HUEGUN, A.; MARTÍN ÁLVAREZ, A.; MARTÍN BLÁZQUEZ, A. eta OTAÑO, J. (2019): "La actual Ley de Servicios Sociales. Universalización de servicios y consolidación de la atención socioeducativa y de los educadores y educadoras sociales en las respuestas a la ciudadanía", *Revista de Educación Social*, 29. zb., 43.-69. or., <<https://eduso.net/res/revista/29/el-tema/la-actual-ley-vasca-de-servicios-sociales-universalizacion-de-servicios-y-consolidacion-de-la-atencion-socioeducativa-y-de-los-educadores-y-educadoras-sociales-en-las-respuestas-a-la-ciudadania>>.

MARTÍN BLÁZQUEZ, A. (2022): "La intervención socioeducativa en las políticas sociales", *Revista de Educación Social*, 35. zb., 129.-132. or., <<https://eduso.net/res/revista/35/etapa-4-bilbao/la-intervencion-socioeducativa-en-las-politicas-sociales>>.

MARTÍN ÁLVAREZ, F.; MARTÍN BLÁZQUEZ, A. eta OTAÑO, J. (2018): "El proceso colaborativo entre profesionales de la educación y trabajo social y su acompañamiento técnico para la definición de un servicio de intervención socioeducativa en el ámbito local", *Revista de Educación Social*, 26. zb., 112-130, <<https://eduso.net/res/revista/26/el-tema-es-y-ts/el-proceso-colaborativo-entre-profesionales-de-la-educacion-social-y-del-trabajo-social-el-acompanamiento-tecnico-para-la-definicion-de-un-servicio-de-intervencion-socioeducativa-de-ambito-local>>.

- OTAÑO, J. (2016): "Intervención socioeducativa desde los servicios sociales de atención primaria. Cómo, con quién y para qué", in SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa, *V Informe sobre la situación de los Servicios Sociales en Euskadi*, I. g., Consejo Vasco de Servicios Sociales, págs. 42.-58. or., <https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/8350/V_Informe_CVSS.pdf>.
- (2019): "La intervención socioeducativa y psicosocial en el ámbito local: aportaciones para su definición adaptada a cada municipio", *Zerbitzuan*, 69. zb., 5.-21. or., <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.69.01>>.
- (2021): "Apuntes para el desarrollo del trabajo en red en los servicios socioeducativos en el ámbito local", in BELOKI, N. et al, *Redes para la inclusión social y educativa*, Bartzelona, Graó, 223.-236. or.
- (2024): *Materiales de apoyo para la definición y el desarrollo del servicio de intervención socioeducativa y psicosocial en los servicios sociales de atención primaria: aportaciones, consideraciones y propuestas para una definición adaptada a la realidad municipal*, I.g., Gipuzkoako Heziketa Konpentsatorioko eta Prestakuntza Okupazionaleko Kontsortzioa [argitaragabea].

Errondo Gure Etxea: un centro de baja exigencia y alta intensidad de apoyos para personas sin hogar

Xabier Enrique Hernáez

Errondo Gure Etxea

xabier.enrique@sjd.es

Errondo Gure-Etxea Arreta Integraleko Zentroak, gizarte-bazterkeriako egoeran dauden pertsonei –eta, bereziki, kaleko egoeran daudenei— zuzenduta, 2022ko urrian ireki zituen atea Donostian. Hiru urte hauetan, zentroa erreferentiazko baliabide eta alternativa erreal eta eraginkor gisa finkatu da, bai erabiltaileentzat, bai erakunde publikoentzat. Aintzatespen hori, neurri handi batean, bere esku-hartze ereduaren funtsezko bi ezaugarriren ondorio da: eskakizun txikia eta laguntza-intentsitate handia.

Gako-hitzak:

Etxegabetasuna, eguneko zentroak, egoitza-zentroak, gaueko harrera-zentroak, eskakizun baxua, pertsonarengan zentratutako arreta.

El Centro de Atención Integral Errondo Gure Etxea, dirigido a personas en situación de exclusión social —y especialmente a quienes se encuentran en situación de calle— abrió sus puertas en Donostia en octubre de 2022. En estos tres años de funcionamiento, el centro se ha consolidado como un recurso de referencia y una alternativa real y eficaz tanto para las personas usuarias como para las entidades públicas. Este reconocimiento se debe, en gran medida, a dos características clave de su modelo de intervención: la baja exigencia y la alta intensidad de apoyos.

Palabras clave:

Sinhogarismo, centros de día, centros residenciales, centros de acogida nocturna, baja exigencia, atención centrada en la persona.

1. Introducción

El presente texto expone el desarrollo y consolidación del nuevo recurso de inclusión social denominado Centro de Atención Integral Errondo Gure Etxea, inaugurado en octubre de 2022. Este recurso es fruto de años de trabajo e investigación orientados a mejorar la atención a personas en situación de riesgo o exclusión social. Gestionado de forma conjunta por la Diputación Foral de Gipuzkoa y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Gipuzkoa, el centro ha experimentado un crecimiento sostenido hasta convertirse en una alternativa eficaz y segura para personas en situación de sinhogarismo.

A lo largo del texto, se describen los estudios previos que permitieron la apertura del centro, se detallan las características principales del proyecto, las prestaciones técnicas del recurso, el perfil de la población destinataria, el procedimiento de acceso, la metodología de intervención y los principales logros alcanzados. Finalmente, se ofrece una reflexión sobre el valor que supone contar con un recurso de estas características dentro de la red de inclusión social de Gipuzkoa.

1.1. Exclusión social

Encontrar una definición de la exclusión social ha sido y sigue siendo una tarea difícil, debido a las diversas situaciones que abarca este fenómeno. Podríamos señalar que la exclusión social es un fenómeno cambiante y procesual donde se evalúan diferentes ámbitos de la vida de una persona. Según Subirats *et al.* (2005: 19), "es un proceso multidimensional, poliédrico, que se genera desde distintos parámetros y se concreta en diferentes ámbitos o esferas de la vida interconectados entre sí". Esta categorización de la exclusión social dificulta su medición, puesto que nos impide definirla a partir de indicadores estáticos y unidimensionales.

En los enfoques tradicionales, así como en el pensamiento popular, se enfatizan especialmente los factores de exclusión derivados del ámbito económico. Este enfoque se queda en la superficie de lo que supone el fenómeno, lo cual exige ampliar el espectro de análisis a muchas otras esferas de la vida. Subirats *et al.* (2005) identifican ocho ámbitos de exclusión: el económico, el laboral, el formativo, el sociosanitario, el de la vivienda, el relacional, el político y el contexto espacial. Añade que estos factores, cruzados por circunstancias intensificadoras de la exclusión derivadas de elementos estructurales, conforman la matriz de la exclusión social. El sinhogarismo es la forma más extrema y visible de la exclusión social. Por lo tanto, no todas las personas que están en situación de exclusión social se encuentran sin hogar.

1.2. Personas sin hogar

Las personas sin hogar constituyen un grupo específico dentro de la exclusión social, constituido por aquellas personas que no tienen una vivienda estable, segura o adecuada. En su tipología ETHOS, la Federación Europea de Organizaciones Estatales que Trabajan con las Personas sin Hogar (Feantsa) distingue cuatro categorías dentro del fenómeno del sinhogarismo (Feantsa, 2017):

- Sin techo: personas que pernoctan y pasan el día en la calle, haciendo uso de espacios como portales, cajeros automáticos o automóviles.
- Sin vivienda: individuos que hacen uso de albergues, centros de alojamiento temporal o viviendas institucionales.
- Vivienda insegura: personas que viven bajo amenaza de desahucio, violencia o sin contrato legal.
- Vivienda inadecuada: personas que utilizan infraviviendas (chabolas, estructuras abandonadas).

Como veremos en los siguientes apartados, en Errondo Gure Etxea se atiende a personas en situación de exclusión media-grave y, en concreto, a personas en situación de sinhogarismo.

1.2.1. Personas sin hogar en Euskadi

Según la última encuesta sobre personas sin hogar del Eustat-Instituto Vasco de Estadística la población sin hogar atendida en 2022 en centros de alojamiento y comedores sociales en Euskadi ascendió a 4456 personas, lo que supone un incremento del 113 % con respecto a 2012, y equivale a 2 personas por cada 1000 habitantes. Esta encuesta añade que el 78,2 % de las personas atendidas son varones y que el 72,4 % son de origen extranjero. El 23,3 % pernoctan en alojamientos colectivos; el 54,9 %, en pensiones cedidas por alguna entidad pública y el 21 % restante, en otros lugares no previstos. Además, destaca que el 37,5 % llevan más de tres años sin un alojamiento propio.

El perfil de las personas que se encuentran en esta situación es cambiante, tal y como se observa en los estudios realizados. Actualmente, la mayoría (78,2 %) de las personas en esta situación son hombres (SIIS-Servicio de Información e Investigación Social, 2022), con una media de edad comprendida entre los 30 y los 49 años. En la misma línea, cabe señalar que los factores de vulnerabilidad se relacionan con problemas de salud mental, adicciones u otras enfermedades crónicas. Además, la mayoría de estas personas presentan dificultades para empadronarse en cualquiera de los territorios vascos, lo cual complica aún más sus procesos vitales.

Otro de los factores de riesgo, tal y como hemos podido observar en Errondo Gure Etxea, es que

la mayoría de las personas que acuden a nuestro recurso llevan más de un año en situación de calle o exclusión residencial. En la mayoría de los casos, acumulan más de cinco años en dicha situación, lo que dificulta la intervención y exige prolongar los tiempos de trabajo con cada persona, debido a la pérdida de hábitos, habilidades y rutinas básicas.

En los últimos años se ha observado un aumento significativo en el número de personas extranjeras en situación de calle. Según los datos recogidos en el recuento nocturno realizado en Euskadi en 2022 (SIIS-Servicio de Información e Investigación Social, 2023), el porcentaje de personas sin techo de origen extranjero en los tres territorios históricos ha pasado del 63% en 2016 al 78% en 2022. La mayoría de estas personas proceden del continente africano, seguidas de Latinoamérica y, en menor medida, del resto de Europa.

1.2.2. Personas sin hogar en Gipuzkoa

En Gipuzkoa, el número de personas atendidas ha ido en aumento en los últimos años, al igual que en el conjunto de Euskadi, como se ha expuesto con anterioridad. Tal y como muestran los datos más recientes (SIIS-Servicio de Información e Investigación Social, en prensa), la noche del 24 de octubre de 2024 se localizaron 413 personas durmiendo en la calle, una cifra que casi duplica la del recuento realizado en 2022. Según ese estudio, de las 413 personas, 370 eran hombres y 24 mujeres, mientras que en el caso de las 19 personas restantes no fue posible identificar el sexo. Estos datos confirman que, en Gipuzkoa, al igual que en el resto del territorio vasco, el crecimiento del sinhogarismo es una realidad.

Las singularidades de este territorio con respecto a otros tienen que ver con las dificultades de acceso a la vivienda y con las barreras administrativas vinculadas al empadronamiento. La capital guipuzcoana se sitúa entre las ciudades con mayores dificultades de acceso a la vivienda en el conjunto del Estado, lo que repercute en toda la ciudadanía. Este hecho, de forma directa o indirecta, contribuye al aumento del número de personas en situación de calle.

En lo que respecta a las barreras administrativas, cabe señalar que el empadronamiento es un trámite imprescindible para acceder a la cartera de servicios sociales, así como a las ayudas de emergencia, la atención sanitaria o el sistema educativo. Teniendo en cuenta que el perfil de las personas atendidas está cambiando, predominando aquellas de origen extranjero y sin arraigo en Gipuzkoa, el avance en los procesos de inclusión se presenta especialmente complejo. Esta situación no es ajena a lo vivido en el Centro de Atención Integral Errondo Gure Etxea, donde, durante sus dos años y medio de funcionamiento, se ha observado un cambio en el perfil de las personas atendidas, lo que ha supuesto nuevos retos y ha obligado al equipo a adecuarse constantemente a la realidad.

2. Centro de atención integral Errondo Gure Etxea

2.1. Antecedentes

Antes de desengranar el proyecto de Errondo Gure Etxea, cabe señalar que la Diputación Foral de Gipuzkoa encargó un diagnóstico de necesidades sociales que comenzó a realizarse en 2016 (Fundación EDE, 2022). Dicho estudio recopila datos de varias fuentes, algunas de los cuales se señalarán a continuación para ilustrar someramente cómo ha evolucionado el sinhogarismo en nuestro contexto más cercano.

Tal y como afirman los datos del *II Estudio sobre la situación de las personas en situaciones de exclusión social residencial grave en la CAPV 2014* (SIIS-Centro de Documentación y Estudios, 2015) ese fenómeno afectaba en Donostia a un mínimo de 439 personas (2,3‰ habitantes), de las cuales 89 (20,3%) se encontraban durmiendo en la calle. En 2016, en el recuento realizado en octubre fueron localizadas en Gipuzkoa un total de 86 personas, de las cuales pernoctaban en la calle 44 en Donostia, 4 en Eibar, 9 en Errenteria, 17 en Irun, 4 en Pasaia, 3 en Tolosa y 5 en Zarautz (SIIS-Servicio de Información e Investigación Social, 2017).

Un año más tarde, en 2017, en el marco de la Comisión Sociosanitaria de la organización sanitaria integrada (OSI) de Donostialdea y del trabajo sobre las necesidades de atención sociosanitarias, profesionales de los servicios sociales, de la salud y de dispositivos sociales específicos que atienden a este colectivo realizaron un estudio para cuantificar las personas que utilizaban cada uno de esos recursos sociales. Es decir, se llevó a cabo un inventario para conocer cuántas personas sin hogar atendían en un año, así como el número de atenciones de cada persona en esos servicios. Según los datos que se recogen en el proyecto funcional de Errondo Gure Etxea (Fundación EDE, 2022), el número de personas atendidas con dichos perfiles fue 52. De ese grupo, 41 personas (79%) tenían vinculación con la Red de Salud Mental: 16 de ellas (39%), un diagnóstico de trastorno mental grave, y 25 (61%), consumos problemáticos (61%). Además de las personas que tenían historial en el centro de salud mental, 11 (27%) tenían un seguimiento en dichos centros. En lo que respecta a periodicidad de las atenciones, dicho estudio remarcaba que, durante 2016, 15 personas fueron atendidas en 5 o más ocasiones en el Servicio de Urgencias del Hospital Donostia; de ellas, 8 lo hicieron más de 10 veces y 3, más de 30 veces. Además, 10 personas tuvieron 3 o más ingresos hospitalarios.

Por otro lado, el estudio para el diseño del Centro de Atención Integral Errondo Gure Etxea (Fundación EDE, 2022) ofrece otros datos relevantes:

- El Servicio Municipal de Urgencias Sociales tuvo en 2016 124 actuaciones: 37 en centro de

Aterpe¹, 65 en el Gaueko², 3 en Hotzaldi³ y 19 en Gaztelutxo⁴.

- El Centro Municipal de Acogida Social de Donostia atendió en 2016 a 22 personas en situación de convalecencia. Estas personas estaban diagnosticadas de una enfermedad leve o moderada, eran autónomas para su autocuidado o precisaban solo supervisión, ya que no presentaban problemas conductuales.

Otros datos importantes de cara a la creación del proyecto son los referidos a las personas en exclusión residencial grave. El *V Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2020* contabilizaba a principios de 2020 un total de 2797 personas en esas circunstancias. El 5,8% eran personas que, pese al confinamiento domiciliario a causa del covid-19 y, por diversos motivos, permanecían en situación de calle. El 12,5% residían en albergues o centros de acogida ordinaria públicos o del tercer sector y el 30,2% lo hacían en aquellos recursos que se habilitaron para paliar la crisis sanitaria del covid-19. Cabe señalar que, de todas las personas identificadas, el 6% pernoctaban en servicios de acogida para mujeres víctimas de violencia machista y un 45%, en distintos recursos con alojamiento de servicios sociales orientados a la atención de personas en riesgo o situación de exclusión social. De las 2797 personas identificadas, 372 se encontraban en Álava (13%), 1468 en Bizkaia (53%) y 957 en Gipuzkoa (34%).

De las 163 personas localizadas en calle, el 69%, es decir, 113 personas, lo fueron en las tres capitales vascas, y el resto, en alguno de los 13 municipios en los que se detectó al menos a una persona en calle. En concreto, en Bilbao fueron localizadas 68 personas, esto es, el 42 % del total, y en Donostia, 29 (el 18 % del total). El municipio guipuzcoano con mayor tasa de personas en situación de sinhogarismo en ese recuento fue Errenería, con 9 personas (el 5,5%).

3. Centro de Atención Integral Errondo Gure Etxea: caracterización del recurso y descripción

El Servicio de Atención Integral Errondo Gure Etxea se identifica con tres de los dispositivos previstos en el Decreto 185/2015, de cartera de servicios y prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales:

- Servicio o centro de día para atender necesidades de inclusión social (2.2.3).
- Centro residencial para personas en situación cronicada (2.4.5.1).
- Centro de acogida nocturna para atender las necesidades de inclusión social (2.3.2).

Tanto el centro de día como el centro residencial están diseñados para dar un servicio a las personas en situación de exclusión de toda la provincia y

Tabla 1. Número y distribución de las situaciones de exclusión residencial grave detectadas, según territorio. Euskadi, semana del 4 al 10 de mayo de 2020

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	Euskadi
Calle	19	95	49	163
Albergues y centros de acogida nocturna ordinarios	73	172	106	351
Dispositivos habilitados excepcionalmente covid-19	69	543	234	846
Centros y pisos para víctimas violencia machista	41	70	57	168
Centros y pisos de inserción social	170	588	511	1269
Total	372	1468	957	2797
Distribución vertical (%)				
Calle	5,1%	6,5%	5,1%	5,8%
Albergues y centros de acogida nocturna ordinarios	19,6%	11,7%	11,1%	12,5%
Dispositivos habilitados excepcionalmente covid-19	18,5%	37,0%	24,5%	30,2%
Centros y pisos para víctimas violencia machista	11,0%	4,8%	6,0%	6,0%
Centros y pisos de inserción social	45,7%	40,1%	53,4%	45,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SIIS - Servicio de Información e Investigación Social (2021: 7)

¹ Centro de inclusión social de Caritas Gipuzkoa que atiende a personas en situación de calle.

² Servicio de acogida nocturna gestionado por la asociación Arrats, en colaboración con el Ayuntamiento de Donostia.

³ Centro de acogida nocturna de Caritas Gipuzkoa dirigido a personas en situación de sinhogarismo.

⁴ Recurso de acogida nocturna para personas sin hogar ubicado en Errenería (Gipuzkoa), gestionado por Arrats.

están contemplados como recursos flexibles de baja exigencia y nivel de atención medio-alto, orientados a personas en situación de exclusión social, sin alojamiento y que presentan necesidades sociosanitarias de atención como consecuencia de un evento agudo.

Con el fin de ofrecer una atención individual, el centro residencial tiene una capacidad para 24 personas. Ofrece un servicio de alojamiento con apoyos generalizados de media y alta intensidad a personas en situación de exclusión social con grave deterioro de carácter personal, relacional y sanitario, a fin de desarrollar una función de asistencia y protección y, en la mayoría de los casos, una reducción de daños. No todas las plazas tienen el mismo proceso de entrada ni la misma temporalidad, siendo esta característica un elemento innovador en los centros residenciales. Se distinguen cuatro tipos de plazas:

- Plazas de atención ordinaria o permanente (4): las asignan las y los trabajadores sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Están diseñadas para una estancia media o larga y, en ellas, el enfoque de la intervención está sujeto a los objetivos marcados por la Diputación (plan de atención personalizada) y por el equipo educativo del centro (plan individual de atención).
- Plazas de atención nocturna (11): al igual que las permanentes, las asignan las y los técnicos de la Diputación, son de estancia media-larga y están sujetas al plan de trabajo de la Diputación y de Errondo Gure Etxea. La singularidad de estas plazas es que, como su propio nombre indica, son solo de pernoche.
- Plazas de convalecencia (4): tienen su origen en el bienestar sanitario, las asigna la Organización Sanitaria Integrada Donostialdea, en colaboración con la Diputación, y son de corta estancia. El objetivo de la plaza es la recuperación sanitaria de la persona.
- Plazas de urgencia (1): al igual que las de convalecencia, tienen su sentido en lo sanitario. Las asigna el Servicio Foral de Urgencias Sociales y son de estancia puntual. El fin de estas plazas es cubrir las necesidades básicas de la persona.
- Plazas de la unidad de mujeres (4): son aquellas que atienden a mujeres que han sido o son víctimas de género. Las asigna la Diputación y la estancia es media-larga. El enfoque de la intervención está ligado al plan de trabajo foral y al del equipo educativo, al igual que las plazas permanentes. Para estas plazas, el centro residencial tiene un espacio específico (4 habitaciones y una sala de estar). De esta forma, si alguna de las 4 mujeres no quiere compartir espacio con algún hombre, podría no hacerlo.

El centro de día, en cambio, alberga a un total de 40 personas entre las personas derivadas de la red foral y las procedentes de la red de atención primaria. Ambas administraciones tienen 20 plazas asignadas. El tipo de estancia es larga. En las plazas forales, el enfoque

de la intervención está sujeto al plan de atención personalizada y al plan individual de atención. En las plazas de la red de atención primaria, el enfoque de la intervención es el mantenimiento de las necesidades básicas con el fin de que las personas continúen su proceso de inserción en los servicios municipales.

3.1. Objetivos

El objetivo principal del proyecto es asegurar una atención de calidad, integral y continuada a las personas en situación de grave exclusión social, en situación de calle y con un problema sociosanitario. Los apoyos ofrecidos se ajustan a las necesidades de cada individuo, con el fin de que pueda ejercer sus derechos y lograr el mayor nivel de calidad de vida e inclusión social. Otro de los objetivos del proyecto es desahogar los sistemas de inclusión social y sanitarios, creando un servicio rotativo en lo que a las personas destinatarias se refiere. Tal y como se ha indicado anteriormente, tanto el número de incidencias hospitalarias como la cifra de personas atendidas en la red es alto, de manera que la creación de este espacio tiene como finalidad reducir esas cifras, centralizando la atención en Errondo Gure Etxea.

3.2. Prestaciones técnicas

Para la consecución del objetivo general y de los objetivos individuales de las personas que se atienden en Errondo Gure Etxea, el servicio cuenta con diversas prestaciones técnicas y complementarias que facilitan la intervención del equipo en todos los sentidos. La Ley de Servicios Sociales (12/2008: art. 15), considera prestaciones técnicas "las actividades realizadas por equipos profesionales, orientadas al logro de uno o varios de los objetivos esenciales del sistema vasco de servicios sociales definidos en el artículo 6 de acuerdo con las necesidades de las personas, familias y grupos". Las prestaciones técnicas ofrecidas por Errondo Gure Etxea se clasifican en tres categorías:

- De servicios sociales:
 - Información y orientación sobre las prestaciones ofrecidas por los servicios sociales, otras administrativas públicas y entidades privadas.
 - Acompañamiento social, para garantizar un apoyo educativo, emocional, relacional e instrumental.
 - Mediación-intermediación, orientada a la mejora de las interacciones de la persona en el medio.
 - Intervención estimulativa y rehabilitadora, orientada a la activación a través de apoyos o el estímulo a personas para la adquisición o mantenimiento del máximo grado de autonomía.
 - Intervención psicosocial, para favorecer la modificación y mejora de las situaciones y contextos del entorno de las personas,

- para promover cambios conductuales, así como sobre las condiciones familiares o comunitarias, dirigidos a reducir los factores que crean o mantienen las situaciones de dificultad social.
- Atención personal: apoyo integral por parte del equipo para realizar las actividades de la vida diaria, así como las actividades de autocuidado, promoviendo la autonomía de las personas atendidas.
 - Atención doméstica: apoyo parcial o total en la realización de tareas domésticas, de modo que se favorezca la adquisición de habilidades en este terreno.
 - Atención sociojurídica: apoyo y orientación en la resolución de posibles situaciones de dependencia, desprotección o exclusión derivadas de otras situaciones sociales.
- De salud:
 - Enfermería: realización de curas o cuidados sanitarios específicos; seguimiento de todo el proceso sanitario, en coordinación con otros agentes sanitarios; obtención de las citas; apoyo en la toma de la medicación y en el desarrollo de los planes de intervención individuales.
 - Atención médica: médica o médico de referencia del centro de atención primaria de la zona en la que se localice el servicio (lo que implica reconocer el papel central de los ambulatorios).
 - Complementarios:
 - Manutención: Errondo Gure Etxea funciona como comedor social para las personas atendidas. El centro pone las necesidades alimenticias de desayuno, comida y cena, con un horario de comidas flexible y adaptado a todas las personas participantes.
 - Pernocia: Errondo Gure Etxea dispone de 24 plazas residenciales. Quienes acuden a dormir tienen habitación individual con baño incorporado, para garantizar la privacidad.
 - Higiene personal: tanto el centro de día como el residencial cuentan con duchas accesibles para todo el personal. El centro residencial dispone de baños (con ducha) en las habitaciones, y el centro de día, de dos baños comunes (con ducha).
 - Lavandería: ambos espacios cuentan también con lavandería para poder lavar la ropa de quienes así lo deseen. Los horarios, al igual que el del comedor, son totalmente flexibles y adaptados a las necesidades de las personas solicitantes.

Para el desarrollo de estas prestaciones, el servicio cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales con perfiles diferentes –de lo social a lo sanitario–, capaces de ajustar los apoyos que precisan quienes acuden al recurso. Actualmente, el equipo está formado por 29 personas de atención directa, que

incluye a profesionales de la coordinación, el trabajo social, la educación social, la psicología, la terapia ocupacional, la integración social, los cuidados de enfermería y la enfermería. Además, hay otros perfiles que desempeñan una atención indirecta respecto a las personas usuarias, como los que se ocupan del mantenimiento y la limpieza.

3.3. Personas destinatarias

El Centro de Atención Integral Errondo Gure Etxea se dirige a hombres y mujeres mayores de edad en situación o riesgo de exclusión social que presentan:

- Dificultades de adherencia a tratamientos.
- Conductas inadecuadas o trastornos del comportamiento que generan dificultades para acceder a los servicios asistenciales normativos, por contingencias psiquiátricas, intelectuales o cognitivas.
- Consumos activos de tóxicos que dificultan su estabilidad clínica, así como su proceso vital.
- Situaciones cronificadas en varias de las contingencias afectadas que requieren de cuidados sanitarios y apoyo continuado en la realización de las actividades de la vida diaria y cuyo diagnóstico requiera atención “permanente” a través del apoyo de redes secundarias institucionales.

Teniendo en cuenta el perfil de las personas destinatarias ya mencionado, el centro se orienta a dos posibles situaciones de necesidad:

- La atención temporal ante una convalecencia sanitaria: se ofrece a personas que presentan problemas sanitarios con necesidades de cuidado domiciliario y carecen de un hogar, un marco físico de alojamiento o una red de apoyo primario. El acceso de estas personas al servicio se hace mediante un informe facultativo de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que será remitido al Servicio de Inclusión de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- La atención permanente ante la afectación simultánea de varias contingencias, que se ofrece a:
 - Personas en situación o riesgo de exclusión social (Decreto 385/2013) que presentan necesidades vinculadas a las contingencias anteriormente mencionadas y, por lo tanto, requieren de una protección y un seguimiento psicosocial.
 - Personas con una enfermedad física o mental crónica diagnosticada por Osakidetza que presentan escasa adherencia al tratamiento o se muestran reacias a los servicios sociosanitarios normativos. Se trata de personas con una disminución significativa de su capacidad, con (o sin) reconocimiento de discapacidad.
 - Personas que presentan dificultades de autonomía para realizar actividades de la vida

diaria, esté o no reconocida esa situación de dependencia.

- Personas que no cumplen los requisitos para el acceso a servicios asistenciales estándares por el nivel de exigencia, la dinámica o la normativa de aquellos.
- De manera excepcional, personas que se encuentran en lista de espera para acceder a plazas en centros o servicios de carácter sociosanitario o con plazas de larga duración en alguno de los dispositivos de la red sanitaria.

En 2024, el número de personas atendidas en Errondo Gure Etxea fue de 75, de las cuales 61 eran hombres y 14 mujeres. En lo que respecta a las nacionalidades, se registraron 36 personas extranjeras. Estos datos reafirman el cambio de tendencia respecto al sinhogarismo en el territorio histórico de Gipuzkoa, como se ha expuesto anteriormente.

3.4. Modo de acceso

El modo de acceso tanto al centro residencial como al centro de día se realiza a través de las técnicas de referencia, ya sea desde los servicios de atención primaria, en el caso de las plazas del centro de día concertadas con los ayuntamientos, ya desde los de atención secundaria, para las plazas del centro residencial y las 20 plazas del centro de día gestionadas por la red foral. Por tanto, todas las personas deberán contar con una prescripción técnica emitida por el Servicio Foral de Valoración de la Exclusión Social, que justifique su acceso al recurso. Asimismo, deberán disponer de un plan de atención personalizada, así como de los informes facultativos correspondientes de Osakidetza. En todos los casos, la documentación deberá incluir un informe social y sanitario que detalle la situación de desprotección o el riesgo asociado que presenta la persona participante.

3.5. Baja exigencia como elemento clave

Como se ha expuesto en la descripción del proyecto, la principal característica de Errondo Gure Etxea es su baja exigencia. A las personas que acuden al centro, no se les imponen condiciones estrictas para su acceso, ni se requiere un compromiso inicial con procesos terapéuticos, ni la presentación de documentación en regla. Esta no exigencia, que se mantiene dentro de unos mínimos de convivencia, favorece que los y las participantes establezcan un vínculo con el proyecto y con los profesionales que lo desarrollan, ya que, de lo contrario, podrían rechazarlo, como ha ocurrido en otros recursos asistenciales. En este sentido, se trabaja para que, tal y como su propio nombre indica, Errondo Gure Etxea (en castellano, "Errondo, Nuestra Casa") sea una realidad tangible.

La normativa del servicio se basa en principios muy claros: existe un horario de entrada y salida, está prohibido consumir sustancias dentro del recinto y no se toleran las faltas de respeto hacia compañeros

y compañeras ni hacia el equipo profesional. De esta forma, se logra:

- La asistencia regular: los y las participantes acuden al centro de manera habitual y, en caso de ausencias puntuales, saben que existe cierta flexibilidad. Solo la acumulación de varias semanas consecutivas sin acudir podría implicar la pérdida de la plaza.
- La reducción de daños: el hecho de que puedan acudir al recurso bajo los efectos de sustancias, sin someterse a pruebas de control, permite prevenir complicaciones mayores, ya que saben que pueden descansar en un entorno seguro y protegido.
- El establecimiento de vínculos de confianza: comprobar que en Errondo Gure Etxea no hay juicios ni exigencias, y que el equipo está para acompañar refuerza el vínculo como elemento clave de la intervención.
- El acceso progresivo: saber que la normativa es mínima y flexible ayuda a que personas que dudan sobre su incorporación al recurso se decidan a dar el paso.

La baja exigencia no solo se refleja en la normativa del servicio, sino también en su dinámica diaria y en las intervenciones del equipo. Las actividades propuestas por el equipo educativo no son obligatorias para los y las participantes, aunque existe un trabajo deliberado para despertar su interés. Por ello, en Errondo Gure Etxea se observa y se dialoga con ellos y ellas sobre las actividades que podrían resultar más atractivas para la mayoría, con el fin de llevarlas a cabo. En el momento en que una persona percibe las actividades como una obligación, esto puede suponer un retroceso en su proceso, con mayor riesgo de volver a la calle y de abandonar sus metas.

Otro aspecto fundamental vinculado a esta filosofía es el abordaje de las suspensiones. Conviene remarcar que el perfil de quienes acuden al recurso es generalmente el de personas que se encuentran muy deterioradas y, en muchos casos, tienen problemas conductuales, lo que provoca conflictos entre los propios usuarios o con el personal. A la hora de valorar una posible sanción, ya sea por una falta leve o grave, el equipo analiza cada caso de forma individualizada, con el objetivo de encontrar la mejor solución tanto para la persona como para el conjunto del centro. Es esencial tener en cuenta la situación particular de cada participante al tomar decisiones sancionadoras, ya que una medida inadecuada podría suponer un retroceso significativo en su proceso. Por ejemplo, en ciertos casos, en lugar de aplicarse una suspensión del recurso, se han establecido medidas reparadoras como alternativa.

3.6. Modelo de atención centrada en la persona

En los últimos años, distintos organismos internacionales han abogado por un enfoque de

atención centrada en la persona como eje estratégico de la calidad de los servicios, una metodología que se utiliza desde hace tiempo en los países nórdicos, sobre todo. La Organización Mundial de la Salud (2018: 8) define la atención centrada en la persona como "aquellos enfoques y prácticas de cuidado en los que la persona se contempla como un todo, con distintas necesidades y metas". Llevada al terreno de la exclusión residencial, esta metodología permite trabajar con las personas desde el vínculo, haciéndolas autónomas en la toma de decisiones respecto a su proceso vital. El equipo educativo pone la mirada primero en la persona como individuo único, lo cual supone que con cada persona se trabaja de manera diferente. Los principios generales de esta metodología son:

- Cada persona es diferente y es sujeto de derechos individuales. Se trabaja de una manera directa y constante con la persona, teniendo en cuenta sus necesidades de apoyo.
- Sus deseos, preferencias, motivaciones y su derecho a elegir se tienen en cuenta en la consecución de los objetivos y en todas las intervenciones.
- Se trabaja para garantizar una calidad de vida de las y los participantes en su entorno natural, familiar y social.
- Se trabaja para dar apoyos ajustados a las necesidades de cada persona, para que pueda ejercer sus derechos y lograr el mayor nivel de calidad de vida e inclusión social.

Esta metodología supone un reto en la intervención en todos los sentidos y es factible gracias a la alta intensidad de apoyos que ofrece el recurso. Como se ha expuesto anteriormente, la elevada intensidad de apoyo requiere un equipo profesional amplio, multidisciplinar y formado en lo que supone la exclusión social y, en concreto, la situación de sinhogarismo. A continuación, se exponen de una manera resumida las funciones de cada perfil profesional:

- Los dos coordinadores tienen diferentes responsabilidades y tareas. Uno se encarga de los asuntos relacionados con el equipo (gestión de equipo, gestión económica) y la otra se ocupa de la parte técnica de los casos (gestión de entradas y salidas de las personas usuarias, intervenciones con las personas participantes).
- Los trabajadores sociales, mediante el plan individualizado de atención y considerando el plan de atención personalizada, diseñan con cada persona usuaria una hoja de ruta con el fin de progresar en sus procesos vitales. Conjuntamente, los trabajadores sociales se encargan de coordinarse con las técnicas forales de referencia de cada una de las personas participantes para llevar a cabo el seguimiento de los casos.
- La psicóloga del centro tiene como objetivo principal atender a las personas con mayor necesidad de una intervención terapéutica.

Además, es la encargada de la coordinación con los centros de salud mental de Gipuzkoa y del acompañamiento en aquellos.

- Los educadores sociales se encargan de que se cumpla el mayor número de objetivos establecidos. Participan de manera directa en la consecución de las metas que marcan las propias personas usuarias y, cuando observan que algo no está funcionando, son quienes intervienen para intentar mantener el plan individual de atención con la mayor exactitud posible. También son los propios educadores los encargados de llevar a cabo los acompañamientos individuales a las diferentes administraciones, ya sean de carácter laboral, sanitario o judicial. Esta función es clave, como se presentará más adelante, para las y los participantes de Errondo Gure Etxea.
- La terapeuta ocupacional, figura poco conocida en los centros de inclusión social, es la encargada de gestionar y crear las actividades grupales, así como las tareas de la vida diaria de los usuarios. Esta figura se coordina con los integradores para las actividades grupales y con las auxiliares para las actividades de la vida diaria, asegurándose que unas y otras se lleven a cabo. Además, se encarga de registrar todo lo que ocurre en dichas actividades.
- En lo que respecta a los integradores sociales, son quienes ejecutan, con las personas participantes, todos los objetivos y actividades marcadas en el plan individual de atención. Son los brazos y los pies de las personas. Es el perfil que mayor tiempo pasa con las y los usuarios, debido a los horarios y funciones que tienen asignados. Los integradores sociales también organizan las actividades grupales del centro, elemento fundamental en el devenir del proyecto.
- La enfermera, en colaboración con las y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, se encargan de realizar las labores sanitarias del centro. Se trata de tareas de promoción de la salud, curas, seguimiento y control de la toma de medicación. Hay que tener en cuenta que, dado el perfil que se atiende en Errondo Gure Etxea, el 95 % de las personas que acuden al centro tienen una pauta de medicación activa. La labor de la enfermería es fundamental para la correcta coordinación del ámbito sanitario y el social.

Para que la cadena de intervenciones se lleve a cabo, en Errondo Gure Etxea se realizan doce reuniones al mes donde se habla de todo lo relacionado con los casos y con el proyecto en sí. Debido al gran número de profesionales del centro, dichas reuniones se realizan por perfiles. Es decir, la primera semana del mes se lleva a cabo la reunión con todo el equipo; la segunda, con el equipo de trabajadores sociales, educadores, psicóloga y terapeuta ocupacional; la tercera, con los integradores sociales, y la cuarta semana, con las y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Paralelamente, todos los martes por la mañana, se reúnen los trabajadores sociales, los educadores sociales, la psicóloga, la terapeuta y un

integrador para abordar las cuestiones más urgentes que tengan las personas participantes. En esa reunión, participan las personas que estén de turno ese día.

3.7. Actividades del centro de día

Las actividades grupales que se ofrecen en el centro de día constituyen uno de los elementos clave a través de los cuales se alcanzan, de forma directa e indirecta, varios de los logros que se detallarán en el siguiente apartado. Estas actividades, en su diseño e implementación por parte del equipo, cumplen con las características principales del proyecto, así como con la metodología que lo sustenta: no son obligatorias y se acuerdan conjuntamente con los y las participantes, mediante una asamblea semanal.

La asamblea con las personas usuarias de Errondo Gure Etxea se celebra todos los viernes y proporciona una estructura estable para que puedan expresar sus preocupaciones, proponer actividades, plantear mejoras e implicarse en la planificación de la semana siguiente. Este mecanismo no solo fomenta la participación activa, sino que también refuerza habilidades clave como la comunicación, la escucha activa y la toma de decisiones en grupo. El cuadro 1 recoge las actividades semanales acordadas con los usuarios y usuarias en dicha asamblea.

Las actividades expuestas en el cuadro son las actuales, pero desde la apertura del centro se han ido modificando según las necesidades de las personas usuarias, con el fin de que fueran lo más agradables para ellas. Cabe señalar que, en 2024, se realizaron un total de 26 actividades o talleres diferentes. Las actividades recurrentes que mayor asistencia han suscitado son las salidas al exterior, la musicoterapia, el taller de cocina, el "Polideportivo grupal" y "Mujeres pintando mujeres". Seguidamente se comentan las actividades principales:

- La salida al exterior surge con el objetivo de ofrecer a las personas usuarias del centro oportunidades de participación en la vida social y comunitaria, así como espacios de disfrute, exploración y normalización del ocio. Los destinos se deciden en la asamblea de los viernes, fomentando así la participación activa, el sentido de pertenencia y la toma de decisiones

compartida. Las rutas pueden ser de índole cultural, natural, gastronómica o simplemente de paseo y conexión con la ciudad. Estas excursiones están dirigidas por el equipo educativo.

- La musicoterapia es una propuesta dirigida por Musika Naiz, donde un músico colaborador ofrece periódicamente en el centro sesiones vivenciales de música, participación e intercambio con las personas usuarias. Esta actividad parte de la música como herramienta de conexión emocional, expresión libre, memoria afectiva y cohesión grupal. Las sesiones son participativas: se escuchan canciones elegidas por las propias personas usuarias y se utilizan instrumentos de percusión (maracas, sonajeros, panderos, timbales) para acompañar el ritmo, cantar en grupo y compartir un momento de disfrute colectivo. Cabe mencionar que, más allá del contenido musical, se trabaja la activación emocional, el sentido de pertenencia, la escucha y la expresión espontánea en un entorno lúdico y respetuoso.
- El taller de cocina nace con el objetivo de promover la autonomía, la creatividad y la responsabilidad de las personas usuarias del centro a través de la elaboración de recetas reales en un entorno grupal. Esta actividad se realiza los viernes, y una o varias personas participantes asumen el papel de cocineras, preparando un plato que han elegido y comunicado previamente en la asamblea del viernes anterior. La elaboración de la receta culmina en una comida comunitaria, en la que se reorganizan los espacios del comedor para compartir el menú de forma grupal, favoreciendo la interacción, el disfrute y el reconocimiento social. Quienes cocinan reciben un refuerzo positivo explícito por parte del grupo y del equipo profesional, promoviendo la autoestima, la motivación y el sentimiento de competencia personal. Este taller lo supervisa el equipo educativo, uno/a de cuyos integrantes ayuda a preparar el menú.
- La actividad "Polideportivo grupal" se origina de la necesidad de ampliar las oportunidades de movimiento, ocio saludable y socialización para las personas usuarias del centro, en un entorno inclusivo, accesible y estimulante. Muchas de ellas presentan estilos de vida sedentarios, consumos activos o pasados, patologías físicas asociadas y

Cuadro 1. Actividades grupales

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañanas	<ul style="list-style-type: none"> • Meditación • Limpieza y mantenimiento del centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento consciente • Club de lectura 	<ul style="list-style-type: none"> • Salida al exterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Decorando espacios 	<ul style="list-style-type: none"> • Asamblea • Taller de cocina • "Mujeres pintando mujeres" 	<ul style="list-style-type: none"> • Salida al exterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Repostería
Tardes	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de actualidad • Polideportivo grupal 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de música • Huerta 	<ul style="list-style-type: none"> • Polideportivo grupal • Taller de expresión creativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de actualidad • Taller de expresión creativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Polideportivo grupal • Juegos de mesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Bingo • Karaoke 	<ul style="list-style-type: none"> • Cinefórum

Fuente: elaboración propia

dificultades para establecer rutinas de autocuidado. El polideportivo ofrece un espacio más amplio y con equipamientos variados, lo que permite realizar actividad física de manera completa, segura y motivadora. La actividad se realiza en grupo, con el acompañamiento de profesionales del centro, quienes guían, supervisan y adaptan los ejercicios a las capacidades e intereses de cada persona. Se trabaja desde un enfoque motivacional, no competitivo, basado en la inclusión, la participación y la autonomía progresiva.

- Por último, el taller "Mujeres pintando mujeres" es una propuesta artística y comunitaria impulsada por la Unidad de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Este taller tiene como objetivo central generar un espacio seguro, creativo y reparador, en el que las mujeres usuarias, acompañadas por profesionales del centro, puedan expresar, conectar y construir colectivamente a través del arte. Durante las sesiones, se crean retratos de mujeres, reales, simbólicas, imaginadas o inspiradoras en lienzos que servirán posteriormente para decorar la unidad específica del centro. Este enfoque dota a la actividad de un sentido profundo de pertenencia, empoderamiento y contribución al entorno. El espacio artístico busca favorecer la relajación, la concentración, la expresión emocional y la interacción entre las participantes, al mismo tiempo que se estimula habilidades motrices, cognitivas y creativas. La actividad está dirigida por una profesional del equipo educativo.

3.8. Actividades individuales

Aparte de las actividades grupales, el equipo educativo organiza una serie de actividades para trabajar de manera individual y personalizada con las y los participantes del centro. Estas actividades están ligadas a cada plan individual de atención. A diferencia de las grupales, se deciden en la reunión de los martes, donde participan todas las figuras del equipo, exceptuando a los auxiliares de enfermería. Teniendo en cuenta el número de asistentes al recurso, el equipo selecciona a seis participantes por semana. Esta selección está ligada al punto vital de cada persona y tiene en cuenta el beneficio que esas tareas podría tener para ella y, por ende, para la consecución de los objetivos del plan individual de atención. Siguiendo con el modelo de atención centrado en la persona, las actividades son individuales y diferentes para cada persona, además de estar pactadas con ella.

Al realizarse las actividades individuales paralelamente a las grupales, el o la integradora social que esté de turno se encarga de supervisar y de llevar a cabo la actividad con la persona. Dichas actividades pueden ser desde encargarse una tarea específica a la persona usuaria, como sería ir a por el periódico diariamente, pasando por ejercicios de motricidad hasta ir a dar un paseo o tomar un café con el o la profesional.

3.9. Metas alcanzadas

A lo largo de casi tres años de funcionamiento, el proyecto Errondo Gure Etxea ha logrado una serie de avances que resultan beneficiosos de forma directa para las personas usuarias y, de manera indirecta, para toda la red de inclusión social de la Diputación Foral de Gipuzkoa, así como para el Departamento Vasco de Salud. Cabe destacar que obtener progresos con el perfil de personas atendidas supone un reto importante, ya que se trata de personas en situaciones muy cronificadas, en las que, en muchos casos, los consumos permanecen activos, lo que dificulta aún más el proceso de intervención. En algunos casos, los avances son significativos; en otros, escasos o incluso inexistentes. Por ello, es fundamental conocer bien el contexto en el que se interviene, para evitar frustraciones o desgaste profesional ante la falta de evolución observable en determinadas personas.

Uno de los hitos del proyecto Errondo Gure Etxea es el grado de vinculación logrado con los y las participantes. Se observa un fuerte sentimiento de pertenencia, que se traduce en una asistencia constante, tanto diurna como nocturna, a los recursos del centro. Aunque en el centro de día la asistencia puede fluctuar según la estación del año, en general se considera regular y positiva. Este resultado se atribuye directamente al modelo de baja exigencia que caracteriza al proyecto: para personas sin hábitos ni rutinas, contar con un horario flexible de entrada y una dinámica adaptada a sus necesidades facilita el vínculo con el recurso y, por tanto, su continuidad en él. Un ejemplo ilustrativo es el de un participante que, tras años viviendo en la calle y rechazando distintos recursos con normativas más rígidas, ha conseguido vincularse con Errondo Gure Etxea y asistir con regularidad. Para el equipo educativo, esto constituye un logro relevante.

Las plazas de convalecencia y las plazas de urgencia se han consolidado como una alternativa realista y eficaz tanto para el Departamento Vasco de Salud como para la Diputación Foral de Gipuzkoa. En 2024, un total de 13 personas accedieron a Errondo Gure Etxea con plaza de convalecencia y otras 5, con plaza de urgencia. Dado que estas plazas están vinculadas a la recuperación sanitaria, se evidencia su utilidad y funcionalidad dentro del sistema. La creación de Errondo Gure Etxea ha contribuido a aliviar la presión sobre el sistema sanitario, ofreciendo una solución concreta para personas que previamente no contaban con alternativas eficaces. Además, el equipo educativo ha observado que, una vez completado su proceso de recuperación en el centro, la mayoría de las derivaciones han servido al menos para mantener la situación inicial y, en algunos casos, para mejorarla significativamente.

En relación con el ámbito sanitario, cabe subrayar que, en 2024, el equipo de Errondo Gure Etxea realizó un total de 185 acompañamientos a centros de salud mental y otros 408 a ambulatorios de referencia. Estos datos confirman que las personas participantes

no solo mantienen su actividad sanitaria, sino que muchas de ellas la retoman gracias al apoyo recibido.

En cuanto a los acompañamientos, el equipo educativo ha realizado 183 de índole administrativa (Lanbide-Servicio Público Vasco de Empleo, Seguridad Social, SEPE-Servicio Público de Empleo Estatal) y 47 de carácter judicial (citas con abogados/as, juzgados, asesorías jurídicas).

En lo relativo a la reducción de daños, aunque actualmente la mayoría de las personas atendidas mantienen consumos activos de alcohol, el equipo educativo ha constatado una disminución en algunos casos, atribuida a la amplia cartera de servicios que ofrece Errondo Gure Etxea. Un ejemplo significativo se dio en 2024, cuando una persona logró mantener una abstinencia total durante seis meses, aunque el proceso se interrumpió posteriormente debido a su necesidad de regresar a su país de origen. Otros participantes, aunque no han alcanzado la abstinencia completa, han conseguido reducir la frecuencia y cantidad de sus consumos respecto a situaciones previas.

4. Conclusiones

Tras casi tres años en funcionamiento, Errondo Gure Etxea es hoy una realidad consolidada y una alternativa eficaz tanto para las personas destinatarias como para la red de inclusión social, la Diputación Foral de Gipuzkoa y para el resto de las instituciones implicadas, como el Departamento Vasco de Salud. Esto ha sido posible gracias a dos de sus características fundamentales: la baja exigencia y la alta intensidad de apoyos.

Como se ha expuesto a lo largo del documento, el modelo de baja exigencia permite una intervención adaptada a las necesidades vitales y sociales de las personas usuarias. Es el propio recurso el que se ajusta a ellas, y no al revés. En este sentido, es importante señalar que la baja exigencia solo puede aplicarse de manera efectiva cuando se acompaña de una alta intensidad de apoyos, como ocurre en Errondo Gure Etxea. Contar con un equipo amplio, multidisciplinar y formado específicamente en el abordaje de la exclusión social constituye uno de los elementos clave que permiten desarrollar un servicio centrado en las personas, desde una mirada profesional y con una metodología coherente con los principios de este recurso.

Bibliografía referenciada

- EUSKADI (2008): "Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales", *Boletín Oficial del País Vasco*, n.º 246, 24-12-08, pp. 31840-31924, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/l/2008/12/05/12/dof/spa/html/>>.
- (2015): "Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales", *Boletín Oficial del País Vasco*, n.º 206, 29-10-15, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2015/10/06/185/>>.
- FEANTSA (2017): *European typology of homelessness and housing exclusion: what is ETHOS?*, Bruselas, European Federation of National Organisations Working with the Homeless, <<https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>>.
- FUNDACIÓN EDE (2022): *Diseño funcional del centro de atención integrada para personas en situación de exclusión social* [inédito].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2018): *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, <<https://iris.who.int/handle/10665/274628>>.
- SIIS - CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2015): *II Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV, Donostia-San Sebastián, SIIS Centro de Documentación y Estudios*, <<https://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/505219>>.
- (2017): *III Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2016*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <<https://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/528548>>.
- SIIS - SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (2021): *V Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2020*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <<https://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/573833>>.
- (2023): *VI Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2020*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <<https://www.siis.net/es/documentacion/catalogo/Record/588772>>.
- (en prensa): *VII Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2020*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- SUBIRATS, J. (dir.) (2005): *Análisis de los factores de exclusión social*, serie Documentos de Trabajo, n.º 4/2005, Bilbao, Fundación BBVA; s. l., Institut d'Estudis Autònòmics de la Generalitat de Catalunya, <https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DT_2005_04.pdf>.

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- **Zerbitzuan** aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikuluak argitaratu ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok. 2024tik aurrera, gizarte-zerbitzuen eremuko esperientziak ere jasotzen ditu.
- Testuak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarrizko gaiei buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte-hartzea; immigrazioa, pobreza eta gizarte-bazterketa; ezgaitasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizarte-eskuartzea, oro har).
- Testuak bai euskaraz bai gaztelaniaz idatz daitezke, eta jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan argitaratuko dira.
- Proposamenak posta elektronikoz igorriko dira, testuak Word dokumentu batean; eta balizko grafikoak Excel dokumentu batean.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Testu bakoitzak gutxienez 6.000 hitz eta gehienez 15.000 izan beharko ditu, eta kopuru horretan zenbatuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira testuaren titulua, egilearen edo egileen izenak, eta, baita ere, haietako bakoitzaren harremanerako posta-helbidea, telefonoa eta lankide gisa jardundako erakundeak. Testuaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 120 hitz), eta testuaren edukia deskribatuko dituen lau eta sei gako-hitz artean hautatuko dira.
 - Laburpena eta gako-hitzak euskaraz eta gazteleraez idatziko dira.
 - Oharrak orri-oinean joango dira.
 - Testuen erreferentzia bibliografikoek ISO 690/1987 araua jarraituko dute.
- Testuak jasotzen direnean Eredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira, eta kalitate zientifiko eta egokieraren arabera haeik erabakiko dute argitaratu edo ez.
- Testuak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuetako epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komeniarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egitekoa ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar haien artikuluak eta esperientziak ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoa:

Zerbitzuan

SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
Etxague 10 behea
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
publicaciones@siis.net

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- **Zerbitzuan** está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social. Desde 2024, recoge también experiencias en el ámbito de los servicios sociales.
- Todos los textos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general).
- Los textos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Las propuestas se enviarán por correo electrónico: los textos, en un documento de Word; y los gráficos, en uno de Excel.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenerse a las siguientes pautas:
 - La extensión de los textos será de entre 6.000 y 15.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar solo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar un título, así como la dirección postal, el teléfono de contacto y la adscripción institucional de todas las autoras y autores. Se añadirá también un breve resumen o sumario (máximo 150 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto.
 - El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas seguirán la norma ISO 690/1987.
- Una vez recibidos, los textos serán sometidos a la consideración del Consejo de Redacción, que decidirá sobre su publicación de acuerdo con criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los textos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- La revista no efectúa cargo alguno a los/as autores/as por evaluar ni publicar artículos ni experiencias.

La dirección y teléfono de contacto de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Servicio de Información e Investigación Social
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
publicaciones@siis.net



7 86 IRAILA·SEPTIEMBRE 2025

Hacia una propuesta integral para el análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración

Análisis comparado de los modelos de cuidados de larga duración: descripción de sistemas en ocho países de Europa, Asia y Norteamérica

La reconceptualización del modelo de cuidados y la apuesta por la desinstitucionalización

Gipuzkoan zaurgarritasun bereziko egoeran egiten diren zaintza-esperimentziei buruzko azterketa kualitatiboa

Cuidados domiciliarios más especializados, personalizados y orientados a la comunidad: el caso de Zaintzak Gertu

Ecos del silencio. Un estudio de casos sobre la soledad en las personas mayores

Gipuzkoako udalerri txikietako gizarte- eta hezkuntza-arloko esku-hartzearen definizioa prozesu tekniko partekatutako esperientzia baten bidez

Errondo Gure Etxea: un centro de baja exigencia y alta intensidad de apoyos para personas sin hogar



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO

SiiS

Servicio de
Información e
Investigación Social
Gizarte Informazio
eta Ikerketa
Zerbitzua
Fundación Eguía-Careaga Fundazioa

ISSN: 1134-7147



86