

LA ECONOMÍA SOCIAL ASTURIANA ANTE EL NUEVO MODELO CUIDADOS: RETOS Y OPORTUNIDADES

Estudio elaborado en el marco del proyecto
IIES Living Lab Economía Social



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



INTRODUCCIÓN

El proyecto Living Lab Economía Social (LLES), enmarcado en el Convenio de colaboración entre la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y la Agrupación de Sociedades Asturianas de Trabajo Asociado y Economía Social (ASATA), consiste en la realización de un proyecto piloto de innovación social de alto impacto ligado a la Economía Social (ES) en el Principado de Asturias. Se estructura entorno a cinco actuaciones: un estudio sobre las oportunidades estratégicas para la Economía Social asturiana en el sector de los cuidados; la implementación de acciones de activación vinculadas a Economía Social, economía de los cuidados, servicios y regeneración territorial; la implementación de acciones de promoción de la Economía Social y sus opciones en relación con la economía de los cuidados; el pilotaje de un laboratorio de innovación social vinculado a la Estrategia CuidAs en el Área I; y el pilotaje de un laboratorio de innovación social vinculado a la economía circular en el Área VIII. Entre los objetivos en torno a los cuales se articulan estas actuaciones se encuentra la transición hacia un modelo de cuidados integral e integrado en el territorio local, donde la Economía Social desempeñe un papel fundamental en la provisión de servicios de cuidados de calidad, en la creación de empleo y en la promoción del bienestar comunitario.

Existe una amplia evidencia de que la asistencia comunitaria ofrece una mejor calidad de vida que la atención institucional para las personas dependientes. Durante décadas, el internamiento en instituciones de personas con discapacidad, individuos con problemas de salud mental y personas mayores ha sido interpretado como un indicio de la preocupación de la sociedad por los más vulnerables. Este modelo, sin embargo, se ha visto cada vez más cuestionado debido a la creciente importancia de aspectos como la autonomía, la dignidad humana y la inclusión social. En esta línea, el sector de los cuidados ha ido experimentando una transformación teórica caracterizada por el gradual abandono de la institucionalización y la promoción de servicios pensados para facilitar la vida en comunidad de todas las personas. Este nuevo modelo de cuidados, basado en los principios de calidad de vida y participación ciudadana de pleno derecho, se sustenta sobre un tránsito que exige de la creación de servicios de base comunitaria, es decir, de servicios variados, de calidad, disponibles y asequibles dentro de la comunidad, y que sustituyan la asistencia institucional.

Sin embargo, el tránsito real entre modelos está siendo más lento que el observado a nivel normativo, en las propuestas políticas recogidas en planes y estrategias del sector. Los datos de empleo muestran que aún sigue creciendo a un fuerte ritmo el cuidado en establecimientos residenciales. Las transformaciones requeridas para poner en pie el nuevo modelo son de mucho calado, afectan a múltiples ámbitos y coinciden en el tiempo con un fuerte incremento de la demanda de cuidados, factores, todos ellos, que pueden estar retrasando su implementación.

En Asturias, la transición hacia un nuevo modelo de cuidados, tal y como queda pautada por la estrategia CuidAs, es coherente con estas tendencias. Según la estrategia, las personas que precisan cuidados son, entre otras cosas, portadoras de valores propios, tienen derecho a desarrollar una vida autodirigida y con sentido (por lo que debe respetarse, en la medida de lo posible, su autonomía); son únicas (por lo que debe personalizarse la atención); son socialmente interdependientes y son miembros de su comunidad (por lo que deben beneficiarse de la inclusión social y del acceso a los servicios de la comunidad). En la misma línea, la estrategia define una serie de criterios de calidad alineados con el nuevo modelo: alud integral, seguridad, atención centrada en la persona, entorno facilitador y centros con gestión mejorada.

Las entidades de ES se rigen por principios orientadores como la primacía de las personas y del fin social sobre el capital; la aplicación de los resultados obtenidos de la actividad económica; la promoción de la solidaridad interna y con la sociedad que favorezca el compromiso con el desarrollo local, la igualdad de oportunidades, la cohesión social, la inserción de personas en riesgo de exclusión social, la generación de

empleo estable y de calidad y la sostenibilidad; y la independencia respecto a los poderes públicos. Estos principios conllevan un comportamiento diferencial de estas organizaciones respecto de otras empresas, que se traduce en un crecimiento económico más inclusivo, con un impacto positivo sobre la creación de actividad económica y empleo en el ámbito rural, sobre la competitividad de la economía rural y el mantenimiento de su población (Martínez et al., 2013, Martínez et al., 2019).

En la actualidad no hay duda de que este sector de los cuidados es un sector emergente en Asturias, con un importante potencial de creación de empleo en el territorio, pero ese potencial debe simultanearse con el cambio de modelo en el sistema de cuidados, un cambio que ya está iniciado. El sistema sociotécnico de los cuidados prepandemia, entendido como el conjunto de normas, regulaciones, actores e interrelaciones, es un sistema que ha llevado a la Economía Social a los márgenes del mismo. Las empresas y entidades de la Economía Social, por su tamaño, por sus principios y valores, no han encontrado en él una posición adecuada. Sin embargo, el sistema de cuidados está transitando a otro modelo donde la Economía Social no sólo puede estar en una mejor posición, sino que es el actor imprescindible en su construcción. **Sin la Economía Social, no habrá un modelo de cuidados comunitario, especialmente en las zonas rurales, porque sólo estas entidades tienen la implantación y el compromiso con el territorio para poder ponerlo en pie.**

Por todo ello, resulta imprescindible conocer la situación de las entidades de Economía Social en el territorio, sus dificultades, sus oportunidades en el tránsito de modelo, etc. Para alcanzar este cometido se ha elaborado el presente proyecto de investigación y análisis, cuyo contenido se divide en tres volúmenes:

- El primer volumen se enmarca en la primera de las cinco actuaciones del proyecto LLES. En él se recoge un análisis en detalle sobre la posición de las entidades de la Economía Social que prestan servicios vinculados a la economía de los cuidados en el Principado de Asturias. Este se compone de varios elementos de entre los que destaca el análisis económico del sector en la región, el análisis sobre la posición que ocupan las entidades de la Economía Social, un DAFO sobre el sector y un DAFO sobre la Economía Social en el sector. Estos elementos son elaborados mediante la combinación de técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas entre las que destaca el análisis de Estadísticas de Afiliación de la Seguridad Social y la realización de 2 grupos de trabajo y 10 entrevistas a agentes vinculados al sector de los cuidados en la región. Como resultado de este análisis se identifican las principales líneas estratégicas de apoyo a la Economía Social en la región.
- El segundo volumen, enmarcado al igual que el primero en la primera actuación del proyecto LLES, ahonda en la situación de la transición del modelo de cuidados de larga duración y en las oportunidades que de la misma se generan para la Economía Social en el Área Sanitaria I (AS1) del Principado de Asturias. Este ejercicio es elaborado con el objetivo de potenciar las sinergias entre la Economía Social y el sector cuidado en el AS1, e identificar oportunidades para la Economía Social en el territorio.
- El tercer volumen y último volumen recoge la evaluación del proyecto LLES Living Lab Economía Social en su conjunto, es decir, de las cinco actuaciones. Esta evaluación se realiza desde un enfoque de innovación social con el objetivo de comprender los mecanismos a través de los cuales la intervención en el territorio ha generado los impactos previstos, así como identificar los obstáculos y elementos facilitadores para su obtención.

La complementariedad de estos tres volúmenes radica en su capacidad de proporcionar una visión completa y detallada sobre la posición de la Economía Social en el Principado. Los volúmenes uno y dos avanzan desde un análisis general hacia uno más específico, abordando tanto el panorama macroeconómico y social como las oportunidades a nivel local. El tercero ofrece una visión integrada y crítica que permite identificar sinergias,

áreas de mejora y oportunidades no exploradas. El conjunto de los tres, ofrece una aproximación integral y rigurosa al estudio de la ES en el sector de los cuidados en el Principado de Asturias, permitiendo una comprensión profunda y fundamentada de su situación.

Tras este primer espacio de carácter introductorio, este informe se estructura en torno a tres bloques, coincidentes con los tres volúmenes descritos en los párrafos anteriores:

- El primer volumen se organiza en torno a seis capítulos: El primer capítulo contextualiza y describe el marco contextual y administrativo del sector de los cuidados en Asturias, abarcando desde una revisión europea hasta la organización específica en el Principado. El segundo capítulo examina la dinámica laboral del sector, detallando su distribución territorial y por subsectores. Se analiza también la oferta privada de servicios, con énfasis en la Economía Social. El tercer capítulo sintetiza la información previa para realizar un análisis DAFO desde una perspectiva económica. A partir del cuarto capítulo, se adopta un enfoque cualitativo, involucrando a actores clave para profundizar en la situación de la economía social en el sector. Los capítulos cuatro y cinco presentan resultados cualitativos obtenidos a través de grupos de discusión y entrevistas, explorando la visión de la Economía Social y las tendencias de la demanda en el sector de los cuidados. Finalmente, el sexto capítulo ofrece conclusiones y propuestas para la implementación de un modelo comunitario de cuidados respaldado por la Economía Social en Asturias.
- El segundo volumen se organiza en torno a seis capítulos: En el primero se muestran los principales datos sociodemográficos de la región. El segundo recoge los principales datos del sector de los cuidados en el AS1. El tercer capítulo examina la oferta del sector en el AS1 mediante el análisis de su empleo. El cuarto capítulo manifiesta la necesidad de implementar mejoras en la coordinación entre los actores del sector en el marco del tránsito hacia el nuevo modelo de cuidados. En el quinto se realiza un análisis de la demanda del sector en el área y se identifican sus principales necesidades. Por último, el sexto capítulo recoge las principales conclusiones para una transición de modelo de cuidados apoyada en la Economía Social en el AS1.

VOLUMEN 1. OPORTUNIDADES ESTRATÉGICAS PARA LA ECONOMÍA SOCIAL ASTURIANA EN EL SECTOR DE LOS CUIDADOS

Mayo de 2023



LLES
LIVING LAB
ECONOMÍA
SOCIAL



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



ECONOMÍA
SOCIAL
ASATA ASTURIAS

Elaborado por ASATA

Colabora Abay Analistas



Equipo de trabajo ASATA:

Miguel González Lastra, gerente
Rocío Villa González, responsable del área de emprendimiento y contratación pública responsable
Paola Ariznavarreta Galán, técnica de proyecto
Sara Álvarez de la Linera Echeverría, técnica de proyecto
María Rodríguez Fernández, técnica de proyecto
Ana Álvarez Cortés, administración

Equipo de trabajo ABAY:

María Isabel Martínez Martín (Dirección del proyecto, Abay Analistas)
Pablo Soria (Abay Analistas)
Nicolás Ayensa (Abay Analistas)
Rosa Santero Sánchez (Universidad Rey Juan Carlos I)

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL Y CONCEPTUAL DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS | 8 |
| 1. El concepto de Economía Social y su contribución diferencial a la cohesión social y territorial | 9 |
| 2. El sector de cuidados hoy: el reto de una transición hacia un modelo apoyado en los servicios comunitarios | 10 |
| De la institucionalización a la asistencia comunitaria | 10 |
| El cambio de modelo en España | 13 |
| El cambio de modelo en el Principado de Asturias: la estrategia CuidAS | 14 |
| 3. Organización administrativa del sistema público de los cuidados en el Principado de Asturias | 15 |
| Organización administrativa general | 15 |
| Cuidados de larga duración (CLD) | 18 |
| 4. Cifras básicas del sistema público de cuidados de larga duración en el Principado | 20 |
| Oferta de atención diurna y residencial | 20 |
| Personas en atención domiciliaria, diurna y residencial | 20 |
| Personas beneficiarias de otras prestaciones de larga duración | 22 |
| CAPÍTULO II. DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN ASTURIAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA | 23 |
| Introducción | 24 |
| 1. Evolución del empleo en el sector de los cuidados | 24 |
| Crecimiento del empleo en los servicios de cuidados | 24 |
| Peso relativo de los servicios de cuidados en la economía asturiana | 26 |
| Evolución del empleo en los subsectores de los servicios de cuidados | 27 |
| Empleo en los servicios de cuidados por áreas sanitarias | 29 |
| 2. El desarrollo de los servicios de cuidados en Asturias | 31 |
| Desarrollo de la oferta profesional de los servicios de cuidados por comunidades autónomas | 32 |
| Desarrollo de la oferta profesional de los servicios de cuidados por áreas sanitarias | 33 |
| 3. El tejido empresarial en el sector de los servicios de cuidados | 37 |
| La Economía Social en el sector de los cuidados | 37 |
| Situación comparada de la Economía Social en el sector de los cuidados | 39 |
| CAPÍTULO III. ANÁLISIS DAFO DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS | 44 |
| Introducción | 45 |
| 1. Análisis DAFO del sector de cuidados en el Principado de Asturias | 45 |
| CAPÍTULO IV. LA ECONOMÍA SOCIAL EN EL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN EL PRINCIPADO. LA VISIÓN DE LOS ACTORES CLAVE | 50 |
| Introducción | 51 |
| 1. El escenario actual de los cuidados en el principado visto por la Economía Social | 51 |
| Aumento significativo de las necesidades de cuidado y de la demanda de los servicios | 51 |
| Los cambios asociados al tránsito hacia un nuevo modelo | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Principales obstáculos de las empresas y entidades de la ES en el escenario actual | 54 |
| Dificultades en la captación y retención de personal cualificado | 54 |
| Condiciones de trabajo de las plantillas | 57 |
| Condiciones económicas de la contratación y concertación pública | 58 |
| Extenso marco regulatorio que afecta a las actividades de cuidados | 59 |
| Falta de reconocimiento | 60 |
| Reducido nivel de transformación digital en el sector | 61 |
| Obstáculos culturales al consumo de nuevos servicios | 61 |
| 3. Elementos facilitadores de las empresas de la ES en el escenario actual | 62 |
| La implicación de la administración local en la resolución de las necesidades | 62 |
| Reconocimiento de la aportación de la ES a la cohesión social y territorial | 62 |
| Implicación y compromiso de los trabajadores | 63 |
| Reconocimiento de los usuarios a la calidad del servicio | 63 |
| Integración de servicios | 63 |
| 4. Necesidades y propuestas | 63 |
| Cláusulas sociales | 64 |
| Dotación de recursos económicos y humanos suficientes para el desarrollo del nuevo modelo | 65 |
| Mayor coordinación de recursos de cuidados | 65 |
| Valoración social del sector y de los servicios que se prestan | 65 |
| Incorporación del enfoque preventivo en todos los servicios | 66 |
| Más apoyo para los cuidadores no profesionales | 66 |
| Mayor visibilización de la vejez y la dependencia | 67 |
| CAPÍTULO V. TENDENCIAS Y PERSPECTIVA DE LA DEMANDA DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS | 69 |
| Introducción | 70 |
| 1. Necesidades expresadas por la demanda del sector de los cuidados | 70 |
| Demanda de mayor autonomía por parte de las personas dependientes | 71 |
| Demanda de un mayor grado de especificidad en la atención y los servicios | 72 |
| Demanda de apoyo por parte de los cuidadores no profesionales | 73 |
| 2. Obstáculos en el acceso a servicios | 73 |
| Precio de los servicios | 73 |
| Calidad de los servicios | 74 |
| Inadecuación de los servicios | 75 |
| Carencia de servicios | 75 |
| 3. Factores transformadores de la economía de los cuidados en Asturias | 76 |
| Soberanía del usuario | 76 |
| Tecnología y cuidados | 76 |
| Incorporación de los <i>boomers</i> a la demanda del sector | 78 |
| 4. Posicionamiento del modelo comunitario | 78 |
| El modelo comunitario como alternativa | 78 |
| Características del modelo comunitario | 79 |
| Articulación del modelo comunitario | 79 |
| CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE CUIDADOS COMUNITARIO APOYADO EN LA ECONOMÍA SOCIAL | 81 |
| Introducción | 82 |
| 1. La Economía Social: un actor en riesgo en periodo de tránsito entre modelos | 82 |
| 2. Análisis DAFO de la Economía Social en el sector de los cuidados | 84 |
| 3. Una estrategia para el desarrollo de un modelo de cuidados comunitario | 89 |

| | |
|--|------------|
| Conceptualización del modelo de cuidados comunitario _____ | 89 |
| La Economía Social es el actor clave en el desarrollo del modelo comunitario de cuidados _____ | 89 |
| Un enfoque ecosistémico para el desarrollo del modelo comunitario apoyado en la ES _____ | 91 |
| 4. Propuestas de actuación _____ | 100 |
| Propuestas dirigidas a remover los obstáculos actuales _____ | 100 |
| Propuestas dirigidas a desarrollar el modelo comunitario _____ | 101 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ | 104 |
| ANEXO 1. DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN _____ | 106 |
| ANEXO 2. DELIMITACIÓN DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS _____ | 108 |
| Definiciones en los Organismos internacionales _____ | 108 |
| Definición operativa del sector de cuidados _____ | 110 |
| ANEXO 3. PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN Y LAS ENTREVISTAS _____ | 111 |
| GRUPOS DE DISCUSIÓN DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN ASTURIAS _____ | 111 |
| ENTREVISTAS CON AGENTES CLAVE DEL SECTOR _____ | 111 |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS _____ | 112 |
| ÍNDICE DE TABLAS _____ | 113 |

Siglas y acrónimos

| | |
|-----------|---|
| CDL | Cuidados de larga duración |
| CE | Comisión Europea |
| ES | Economía Social |
| ERA | Establecimientos Residenciales para Ancianos |
| Observass | Observatorio Asturiano de Servicios Sociales |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAE | Programa de Apoyo en el Entorno |
| SAAD | Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia |
| UE | Unión Europea |
| UTS | Unidades de Trabajo Social |

INTRODUCCIÓN

Este estudio se enmarca en el proyecto “LLES: Living Lab Economía Social” llevado a cabo por la Agrupación de Sociedades Asturiana de Trabajo Asociado y Economía Social. El proyecto tiene como objetivo analizar las oportunidades estratégicas que la Economía Social representa para el sector de los cuidados de larga duración en la zona rural y la implementación de acciones de activación vinculadas a sinergias entre la Economía Social, la economía de los cuidados, la economía circular y las políticas sobre el reto demográfico, analizando su impacto.

Bajo este contexto, el objetivo general de este estudio, por tanto, es profundizar, analizar y detallar cuál es la posición que ocupan en la actualidad las empresas y entidades de la Economía Social que prestan servicios vinculados a la economía de los cuidados en el Principado de Asturias, así como identificar posibilidades estratégicas en este escenario.

Este objetivo general es abordado a través de los siguientes objetivos específicos:

- Realizar una delimitación del sector de los cuidados y aproximar la dimensión económica del mismo en el Principado de Asturias.
- Conocer la presencia de las entidades de la Economía Social en las actividades vinculadas al sector de los cuidados y el lugar que ocupan con respecto al resto de empresas del sector.
- Averiguar qué amenazas y oportunidades presenta el sector de los cuidados en el Principado de Asturias, así como sus fortalezas y debilidades (DAFO del sector de los cuidados).
- Analizar la oferta de servicios y actividades de las entidades que conforman el sector de los cuidados en Asturias.
- Indagar sobre las tendencias actuales y futuras de la demanda del sector.
- Averiguar qué amenazas y oportunidades tienen las empresas de la Economía Social en la economía de los cuidados en el Principado de Asturias, así como sus fortalezas y debilidades (DAFO de la Economía Social del sector de los cuidados)
- Identificar las principales líneas estratégicas de apoyo a la Economía Social en el Principado.

El estudio ha sido organizado en torno a seis capítulos. El primero presenta el marco contextual y administrativo que envuelve al sector de los cuidados en Asturias. Este ha sido desarrollado a través de una revisión de la literatura, en un primer nivel, a escala europea, recogiendo los temas más relevantes sobre el desarrollo del modelo de cuidados y su delimitación. Y, en un segundo nivel, sobre la organización y caracterización básica del sector en el Principado. El segundo capítulo, de carácter cuantitativo, recoge el estudio la dinámica de empleo del sector profundizando en su distribución territorial y por subactividades. A continuación, se analiza la oferta privada de servicios del sector prestando especial atención a la oferta de la Economía Social. El tercer capítulo sintetiza la información recogida en los dos anteriores dando lugar a un DAFO del sector realizado bajo un enfoque economicista.

A partir de capítulo cuarto se introduce un enfoque metodológico cualitativo basado en la participación de actores clave en la profundización de la situación de la Economía Social en este sector (ver anexo III para mayor detalle). Los capítulos cuarto y quinto recogen una aproximación cualitativa elaborada a partir de la realización de dos grupos de discusión y nueve entrevistas. Concretamente, el cuarto profundiza en la visión que la Economía Social tiene del escenario actual de los cuidados desde la perspectiva que le dan las distintas posiciones de las organizaciones que la integran. El quinto identifica las principales tendencias, tanto actuales como futuras, de la demanda del sector de los cuidados. Por último, el capítulo seis presenta las conclusiones y propuestas de actuación

para la puesta en marcha de un modelo de cuidados comunitario apoyado en la Economía Social del Principado.



CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL Y CONCEPTUAL DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

1. El concepto de Economía Social y su contribución diferencial a la cohesión social y territorial

Si se toma como referencia el preámbulo de la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social, el marco histórico del concepto de Economía Social (ES) se estructura a través de los primeras experiencias cooperativas, asociativas y mutualistas que surgen a finales del siglo XVIII y que se desarrollan a lo largo del siglo XIX en distintos países de Europa (Inglaterra, Italia, Francia y España). Estas formas de empresa constituyen en su origen histórico, manifestaciones de un mismo impulso asociativo: la respuesta a determinados problemas sociales y económicos desatendidos, mediante organizaciones de autoayuda, ante las nuevas condiciones de vida generadas por la evolución del capitalismo industrial entre los siglos XVIII y XIX.

En España, la Ley estatal 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social, definió el concepto y concretó sus principios orientadores: la Economía Social se define como el conjunto de actividades económicas y empresariales, que en el ámbito privado llevan a cabo aquellas entidades que (...) persiguen bien el interés colectivo de sus integrantes, bien el interés general económico o social, o ambos (...). Estas entidades se rigen por algunos principios orientadores entre los que cabe destacar la primacía de las personas y del fin social sobre el capital; la aplicación de los resultados obtenidos de la actividad económica; la promoción de la solidaridad interna y con la sociedad que favorezca el compromiso con el desarrollo local, la igualdad de oportunidades, la cohesión social, la inserción de personas en riesgo de exclusión social, la generación de empleo estable y de calidad y la sostenibilidad; y la independencia respecto a los poderes públicos .

Los tipos de entidades que forman parte de la Economía Social son: las cooperativas, las mutualidades, las fundaciones y las asociaciones que lleven a cabo actividad económica, las sociedades laborales, las empresas de inserción, los centros especiales de empleo, las cofradías de pescadores, las sociedades agrarias de transformación y las entidades singulares creadas por normas específicas que se rijan por los principios establecidos en la norma señalada.

La Economía Social tiene cada vez mayor presencia en el debate político, no solo a nivel estatal sino también internacional, en especial en el contexto de la Agenda para Desarrollo Sostenible 2030 de Naciones Unidas, donde el compromiso de la ES con la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es claro. Este reconocimiento creciente de la ES en la esfera política ha ido acompañado de un esfuerzo mayor por visibilizar su contribución a la sociedad, ya que dicha contribución supera los límites de la esfera económica y se adentra en el ámbito de la utilidad y del bienestar social, con una implicación directa sobre la cohesión social y territorial.

La aproximación a la medición del impacto socioeconómico de los valores de la ES ha sido abordada en España a nivel nacional en distintos estudios promovidos por CEPES (Martínez et al., 2013, Martínez et al., 2019). A partir de la hipótesis de que los principios y valores de la ES conllevan un comportamiento diferencial de estas entidades respecto de otras empresas, se avanza hacia la valoración económica y social de los mismos. Los resultados de ambos estudios son muy elocuentes y confirman, a nivel empírico, que el comportamiento de las empresas y entidades de la Economía Social es diferente y se traduce en un crecimiento económico más inclusivo. Más concretamente, los efectos del comportamiento diferencial de la ES sobre la cohesión social se centran en cuatro áreas: generación de empleo para colectivos con dificultades de acceso al mismo; mayor estabilidad de los/las trabajadores/as en el empleo; mayor igualdad de oportunidades en sus empresas; y contribución a una oferta de servicios sociales y servicios de educación más diversa. Los efectos sobre la cohesión territorial se agrupan en tres grandes áreas: efectos relacionados con la creación de actividad económica y empleo en el ámbito rural, efectos relacionados con la competitividad de la economía rural y efectos asociados con el mantenimiento de la población rural.

2. El sector de cuidados hoy: el reto de una transición hacia un modelo apoyado en los servicios comunitarios

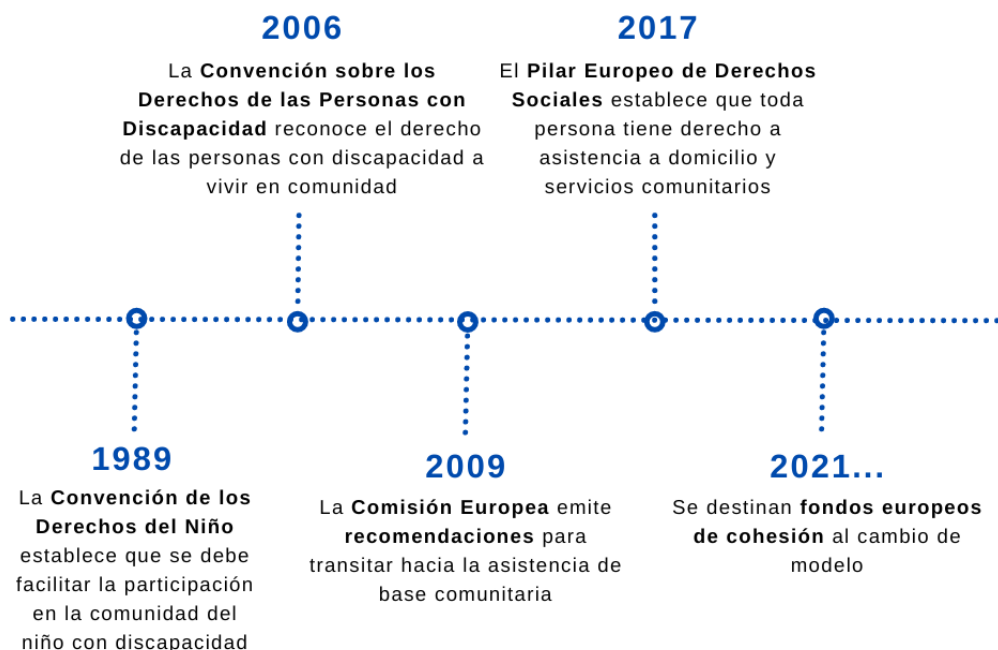
De la institucionalización a la asistencia comunitaria

Perspectiva histórica

Durante décadas, el internamiento en instituciones de personas con discapacidad, de individuos con problemas de salud mental y de personas mayores se ha considerado una prueba de que la sociedad se preocupa por los más vulnerables (Comisión Europea, 2009). Este modelo, sin embargo, se ha visto progresivamente contestado. **Aspectos inmateriales como la autonomía, la dignidad humana y la inclusión en la comunidad han adquirido, cada vez, más importancia.**

En este sentido, el cuidado de las personas con discapacidad intelectual fue un sector pionero. Mansell y Ericsson (1996) sugieren que el gradual abandono de las grandes instituciones residenciales¹ y su sustitución por servicios a pequeña escala pensados para que las personas vivan en la comunidad, ha sido, probablemente, el avance más significativo en la política sobre discapacidad intelectual desde el final de la II Guerra Mundial.

Gráfico 1. Primero, la infancia con discapacidad. Después, las personas con discapacidad. Finalmente, los ciudadanos. Hitos de la transición hacia la asistencia comunitaria a nivel internacional.



Fuente: Abay Analistas

Un primer paso normativo lo dio la **Convención de las Naciones Unidas (1989) sobre los Derechos del Niño**. En su artículo 43, la Convención reconoce que “el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que

¹ Mansell y Beadle Brown (2011) definen la institución residencial como un establecimiento grande que presta servicio a muchas personas a la vez, segregándolas física y socialmente, sin posibilidad de que los residentes puedan abandonarlas y en unas condiciones de vida peores que las del conjunto de la sociedad.

aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”.

Una década más tarde, como parte del proyecto *Included in Society*, la Comisión Europea (2003) analizó las condiciones de vida en instituciones residenciales de 25 países europeos e instó a los Estados miembros a dejar de construir grandes instituciones residenciales e introducir medidas que reforzaran la transición de los servicios institucionales a servicios basados en la comunidad. Influida por este documento, la **Convención de las Naciones Unidas (2006) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** reconoció, en 2008, el derecho de las personas con discapacidad a vivir en comunidad en su artículo 19; un derecho que entrañó, desde entonces, la prestación de “una gama de servicios de apoyo en los hogares, en residencias y a través de otros servicios comunitarios, incluyendo la asistencia personal necesaria para apoyar la vida y la inclusión en el seno de la comunidad, y para evitar el aislamiento y la segregación”. La Convención obligó a los Estados a desarrollar servicios comunitarios que sustituyan la asistencia institucional mediante un proceso de “realización progresiva”. **Así, poco a poco, el internamiento de larga duración en una residencia pasó a estar reñido con el derecho a vivir en comunidad.**

La transición hacia un nuevo modelo alcanzó un nuevo hito a través del informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria de la Comisión Europea (2009). Este informe, más allá de argumentar la necesidad de la transición o de prescribirla, tal y como lo hacen los documentos que se han citado anteriormente, ofreció **asesoramiento real a los Estados miembros sobre el modo de llevar a cabo dicha transición a través de una serie de recomendaciones** que incluyen, entre otras:

1. la revisión y modificación de normas jurídicas y administrativas;
2. el cierre progresivo de las instituciones residenciales de estancia prolongada;
3. el uso de los Fondos Estructurales y de Inversión de la UE (en particular, el Fondo de Europeo de Desarrollo Regional, FEDER, y el Fondo Social Europeo, FSE);
4. el establecimiento de sistemas obligatorios de vigilancia de la calidad de vida de los usuarios;
5. la mejora de las condiciones de trabajo de los cuidadores profesionales;
6. el apoyo sistemático a los cuidadores informales;
7. y el fomento de la coordinación entre las entidades de gobierno implicadas en la transición.

Los tratados, estudios y recomendaciones condujeron al establecimiento, en 2017, del **Pilar Europeo de Derechos Sociales** (PEDS), un código social aplicable en todos los países de la UE. En concreto, a su Principio 18, según el cual “toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios” (CE, 2017, p 21). Desde 2021, este Principio cuenta con fondos para su realización, puesto que el cumplimiento del PEDS forma parte del **objetivo cuarto de la política de cohesión europea**, la principal política de inversión de la UE y aquella que se realiza a través de los grandes **Fondos Estructurales y de Inversión**.

En suma, la exigencia de un modelo de cuidados basados en la asistencia comunitaria ha venido para quedarse.

Características del nuevo modelo

El pilar en torno al cual gira el nuevo modelo de cuidados es el respeto por los derechos de los usuarios (en particular, el derecho a vivir en comunidad) y la participación de estos (y de sus familias) en la toma de decisiones. El objetivo de la atención comunitaria es permitir que las personas dependientes utilicen la **misma gama de alojamientos, medidas de convivencia y formas de vida que el resto de la población**, y que tengan una **buena calidad de vida, participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida y en las formas en que elija cada persona** (Mansell y Beadle-Brown, 2011) (Gráfico 2).

La senda hacia estos cambios exige la creación de **servicios de base comunitaria**, es decir, de servicios variados, de calidad, disponibles y asequibles dentro de la comunidad, y que sustituyan la asistencia institucional. Muchas veces, esto implica realizar modificaciones en los servicios genéricos (transporte, asistencia sanitaria, educación, etc.) (Mansell y Beadle-Brown, 2011) o brindar apoyos complementarios a los cuidadores formales o informales (CE, 2009).

En paralelo, el nuevo modelo exige el **desarrollo de los recursos humanos** con el fin de asegurar la disponibilidad de personal suficiente y adecuadamente formado, con habilidades para el nuevo tipo de asistencia en la comunidad, que se fundamenta “en asociaciones, en actitudes integradoras y en un enfoque interdisciplinar” (CE, 2009, p.156).



Finalmente, la imposición del paradigma de los cuidados apoyados en servicios comunitarios necesita que se desincentive el viejo paradigma. Esto es, la **restricción a la inversión en las instituciones existentes y su cierre progresivo** (CE, 2009).

Un modelo eficaz y eficiente

El cambio de modelo ha sido impulsado por el *momentum* político, y es cierto que la asistencia comunitaria goza de mejor opinión entre la población y entre los propios beneficiarios que la asistencia residencial (Comisión Europea, 2009).

No obstante, los argumentos a favor de un cambio de modelo van más allá del cambio de mentalidad. Un primer argumento tiene que ver con la eficacia del modelo. Existe una amplia evidencia de que **la asistencia comunitaria ofrece la perspectiva de una mejor calidad de vida que la atención institucional** para todas las personas en situación de

Gráfico 2. Asistencia institucional versus asistencia comunitaria: diferencias para el usuario.

| | |
|---|---|
|  Los usuarios viven en centros especializados |  Los usuarios cuentan con la gama de opciones de alojamiento disponible para la población general |
| Los usuarios están obligados a vivir juntos | Se permite que los usuarios elijan, en la medida de lo posible, con quién vivir |
| Los usuarios están aislados de la comunidad | Se presta toda la ayuda requerida para que las personas participen con éxito en la comunidad |
| Los usuarios no poseen el control suficiente sobre su vida ni sobre las decisiones que les afectan | Se permite que los usuarios elijan, en la medida de lo posible, cómo van a vivir |
| Los requisitos de la institución tienden a priorizarse sobre las necesidades individuales de los usuarios | La atención está centrada en la persona y esta recibe un trato basado en el reconocimiento y en el apoyo a su identidad |

Fuente: Abay Analistas a partir de Comisión Europea (2009); Jim Mansell and Julie Beadle Brown (2011); Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias (2022).

dependencia: esto es, para las personas con discapacidad intelectual, pero también para la infancia, las personas mayores, aquellas en situación de sinhogarismo, las personas con otras discapacidades y las que tienen problemas de salud mental. Los beneficios se dan, además, en una variedad de ámbitos: la competencia y el crecimiento personal, la participación en la comunidad, la realización de actividades significativas, los índices de fracaso en la vida adulta en el caso de los niños².

Dicho esto, es natural que los responsables políticos aborden la eficiencia comparada de ambos modelos desde la perspectiva de los costes. La conclusión más importante de un estudio realizado en los Estados miembro de la UE y Turquía (Mansell *et al.*, 2007) es que, a igual necesidad de los residentes y calidad de la asistencia, **no existen indicios de que la asistencia de base comunitaria sea más costosa que la institucional.**

El cambio de modelo en España

La Ley de Dependencia: un punto de partida necesario pero insuficiente

En España, la Ley de Promoción de la Autonomía y la Atención a las personas en situación de Dependencia (LPAAD) cita en su preámbulo el estudio de la CE (2003) (proyecto *Included in Society*) y afirma que la promoción de la autonomía personal de las personas en situación de dependencia constituye “uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados” (Gobierno de España, 2006).

A pesar de ello, y de la importancia de esta en la política social española de las dos últimas décadas, la Ley de Dependencia no ha sido suficiente para generar el tránsito hacia un nuevo modelo de cuidados. En una reciente evaluación (2022), un grupo de expertos concluye que el enfoque asistencialista de la LPAAD se refleja en un catálogo de servicios “restringido, muy orientado a la atención pasiva, y no tanto a la activación de la persona, a su inclusión y participación en la vida social y productiva” (Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030, p. 316). Este problema se suma a otros retos como una oferta insuficiente³, problemas de equidad⁴, prestación de servicios de poca calidad⁵ (Sánchez Salmerón, Pérez Erasus y Martínez Virto, 2021) y problemas de coordinación entre los actores implicados en los cuidados (fundacioneseconomiasalud.org, 2021)⁶;

² Los detalles pueden consultarse en el informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria (CE, 2009).

³ Solo el 40,8% de la población mayor de 65 con nivel de necesidades medio-alto recibe cuidado formal, una proporción unos veinte puntos por debajo de la registrada en los países líderes en Europa como Francia (67,7%), Bélgica (65,1%), Dinamarca (65,1%) y Suecia (60,4%) (Sánchez Salmerón, Pérez Erasus y Martínez Virto, 2021).

⁴ La población con recursos medio-bajos, justo por encima del umbral de acceso al sistema público, es la que experimenta mayores problemas para optar a los cuidados formales (Sánchez Salmerón, Pérez Erasus y Martínez Virto, 2021).

⁵ De nuevo, Sánchez Salmerón, Pérez Erasus y Martínez Virto, 2021 apuntan que más de la mitad del volumen de empleo vinculado a los cuidados de larga duración para la tercera edad es de apoyo doméstico, que incluye en muchos casos la contratación de servicios en la economía sumergida, por lo que “muchas familias se enfrentan a la contratación de cuidados con escaso criterio para valorar la necesidad de cuidado de sus allegados” (Sánchez Salmerón, Pérez Erasus y Martínez Virto, 2021).

⁶ Esto es especialmente grave dado que la buena coordinación entre actores y en la gobernanza son factores clave en el éxito o fracaso de los sistemas de cuidados en el mundo (Bennett, Honeyman y Bottery, 2018) y en España (Aguilar-Hendrickson, 2020). Algunos ejemplos de falta de coordinación los encontramos en el cuidado residencial de mayores. Los médicos de las residencias de personas mayores no tienen acceso a la historia clínica de los residentes ni se coordinan adecuadamente con los centros de atención primaria u hospitales de referencia, lo que provocaría un número excesivo de derivaciones a hospital (fundacioneseconomiasalud.org, 2021).

elementos, todos ellos, relevantes en la transición hacia el nuevo modelo, tal y como se ha visto en las secciones previas.

Un nuevo impulso

El consenso internacional, unido a la conciencia sobre los retos de los CDL en España, ha dado un impulso a la transición hacia el nuevo modelo nacional apoyado en servicios comunitarios.

Quince años después de la aprobación de la LAPAD, la estrategia de largo plazo España 2050 (Gobierno de España, 2021a) aboga por la nueva transformación del sistema de CDL. Los principales cambios previstos tienen que ver con el fomento de la autonomía de las personas cuidadas (incluso a través de la incorporación de nuevas tecnologías en el hogar), con la personalización de los servicios, y con modelos de atención más hogareños; todo ello acompañado por la mejora del trato hacia las personas cuidadoras (Tabla 1).

Tabla 1. España 2050: algunos de los cambios previstos para los cuidados de larga duración (CDL).

- Cuidado de las personas que cuidan (formación, descanso, apoyo psicológico, igualdad de género, prestigio)
- Elección de la ciudadanía sobre el lugar idóneo de cuidado (domicilio, institución, formas mixtas)
- Enfoque centrado en la persona, tanto en el domicilio como en los entornos institucionalizados
- Nuevas tecnologías (apps, supervisión por Internet, adaptaciones domóticas) en el hogar de personas con limitaciones en su autonomía
- Nuevas formas de vivienda (tuteladas, viviendas colectivas autogestionadas) y la reinención de la atención residencial a modelos más pequeños y modulares, como las unidades de convivencia, con ambientes y entornos más hogareños y personalizados

Fuente: Gobierno de España

La tendencia se ha acelerado con la llegada de la COVID-19. El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) (Gobierno de España, 2021b), diseñado para concretar los fondos de emergencia europeos Next Generation EU, dedica una de sus componentes, la 22, a la economía de los cuidados y el refuerzo de las políticas de inclusión. La componente se concreta a través del Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE) de la Economía Social y de los cuidados (Gobierno de España, 2022), cuyo objetivo general segundo es el desarrollo e impulso de servicios avanzados en el ámbito de los cuidados, accesibles y centrados en las personas. Este PERTE redunda en los cambios enunciados en España 2050 (tecnología y digitalización de los servicios y en el domicilio, formas de atención hogareñas más hogareñas) e incorpora, explícitamente, la necesidad de elaboración de una estrategia española de desinstitucionalización para el impulso de la atención comunitaria.

El cambio de modelo en el Principado de Asturias: la estrategia CuidAS

En Asturias, la transición hacia un nuevo modelo de cuidados, tal y como queda pautada por la estrategia CuidAS (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, 2022), es coherente con las tendencias que se acaban de describir. Según la estrategia, las personas que precisan cuidados son, entre otras cosas, portadoras de

valores propios, tienen derecho a desarrollar una vida autodirigida y con sentido (por lo que debe respetarse, en la medida de lo posible, su autonomía); son únicas (por lo que debe personalizarse la atención); son socialmente interdependientes y son miembros de su comunidad (por lo que deben beneficiarse de la inclusión social y del acceso a los servicios de la comunidad). En la misma línea, CuidAs define una serie de criterios de calidad alineados con el nuevo modelo (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios de calidad de los servicios de cuidados de larga duración en el Principado y sus criterios.

| | |
|------------------------------------|---|
| 1. Salud integral | El cuidado de larga duración debe ofrecer opciones diversas de atenciones y apoyos personalizados, que cubran las necesidades/capacidades singulares de cada persona en distintos momentos y según sean los contextos de relación, de vida y de comunidad. |
| 2. Seguridad | La atención y cuidados deberían dispensarse en entornos seguros y utilizando prácticas que protejan a las personas tanto de riesgos individuales como de riesgos colectivos. |
| 3. Atención centrada en la persona | La atención centrada en la persona concibe a quien necesita y recibe cuidados como un actor activo y decisivo en el diseño de los apoyos personales y de las distintas actuaciones. Busca mejorar la calidad de vida de la persona desde un modo de hacer y relacionarse que entiende que la propia persona debe ser el agente causal de su propia vida, recibiendo un trato y una atención basada en el reconocimiento y en el apoyo a su identidad. |
| 4. Entorno facilitador | El cuidado debería tener en cuenta los elementos que configuran los entornos donde las personas conviven (domicilio, centros, comunidad) de modo que estos puedan facilitar una atención realmente personalizada. Esos entornos son multidimensionales y en ellos interactúan distintos elementos implicados en los contextos relacionales de cuidado (actitudinales, relacionales, ambientales, normativos, organizativos, socioculturales, etc.). |
| 5. Centros con gestión mejorada | Los centros deberían desarrollar criterios de organización interna y un liderazgo orientado a relaciones horizontales; reconocer y apoyar a profesionales y equipos de trabajo; coordinarse con otros sistemas y con el entorno comunitario; y evaluar y promover una mejora continua participativa. |

Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias (2022)

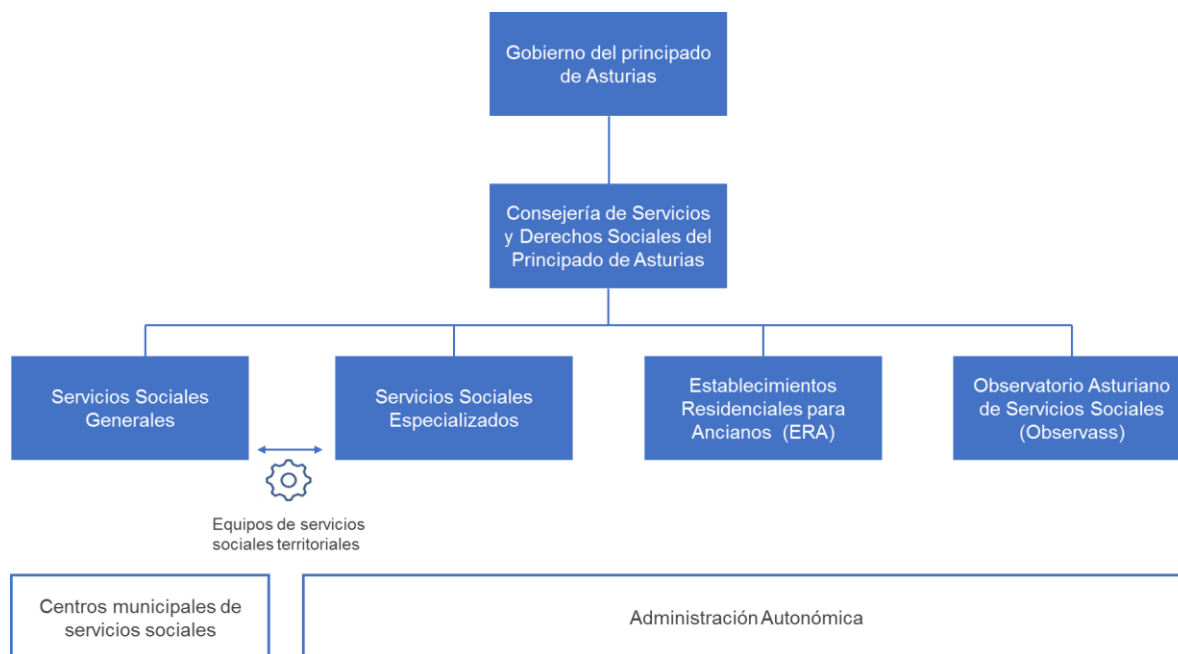
3. Organización administrativa del sistema público de los cuidados en el Principado de Asturias

Organización administrativa general

Los servicios sociales del Principado son competencia de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Esta, a su vez, se compone, a nivel autonómico, de los Servicios Sociales Especializados y, a nivel local, de los Servicios Sociales Generales (cuya unidad básica de funcionamiento es el centro municipal de servicios sociales); ambos coordinados por los Equipos de Servicios Sociales Territoriales. Existen, además, dos organismos autónomos: los Establecimientos Residenciales para Ancianos (ERA) y el

Observatorio Asturiano de Derechos Sociales (Observass). En los próximos párrafos, se describen estos organismos y detallan algunas de sus funciones.

Gráfico 3. Mapa de servicios sociales del Principado de Asturias.



Fuente: Abay Analistas a partir de la web de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar (Socialasturias.asturias.es)

Los **Servicios Sociales Generales**, titularidad de los Ayuntamientos y Mancomunidades, son el nivel más cercano a la persona usuaria y a los ámbitos familiar y social. La unidad básica de funcionamiento estos servicios es el centro de servicios sociales municipal. Actualmente, existen 41 centros de servicios sociales y 114 Unidades de Trabajo Social (UTS) que cubren la totalidad del territorio.

Los **Servicios Sociales Especializados**, de titularidad autonómica, diseñan y ejecutan intervenciones de mayor complejidad técnica e intensidad de atención, a través de centros, servicios y programas dirigidos a personas y colectivos que requieran una atención específica: población general; infancia y familia; personas mayores; personas con discapacidad; atención a la dependencia; inclusión social.

También a nivel autonómico, los **Equipos de Servicios Territoriales**, de composición interdisciplinar, son el elemento básico de descentralización y coordinación de los servicios sociales en el territorio. Su actuación contempla, por un lado, el apoyo técnico a la intervención de los Servicios Sociales Municipales ante demandas de mayor complejidad y, por otro, la articulación de respuestas coordinadas con otros sistemas de protección social (educación, salud, etc.) y la dinamización de la red social (ONG, voluntariado, etc.) para generar respuestas que favorezcan la incorporación social. En la tabla siguiente se resumen las funciones de las entidades descritas en los párrafos anteriores.

Tabla 3. Funciones de los distintos niveles de servicios sociales en el Principado.

| Servicios Sociales Generales (nivel local) | Servicios Sociales Especializados (nivel autonómico) | Servicios Sociales Territoriales (nivel autonómico) |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Información, valoración, diagnóstico y orientación a la población en cuanto a los derechos, prestaciones e intervenciones sociales que les puedan corresponder • Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio y apoyos a la unidad de convivencia • Desarrollo de programas de alojamiento alternativo temporal destinados principalmente a personas en situación de exclusión • Gestión de prestaciones de emergencia social • Desarrollo de programas de intervención orientados a proporcionar recursos y medios que faciliten la inclusión y la participación social • Detección de necesidades sociales en su ámbito territorial, proporcionando la información necesaria para la planificación • Desarrollo de actuaciones para prevenir situaciones de riesgo y necesidad social | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación, valoración e intervención ante situaciones de severa desprotección, dependencia o exclusión • Realización de actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo y necesidad social y la colaboración con los Servicios Sociales Generales | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo y asesoramiento a la red de Servicios Sociales Municipales para hacer efectivo el proceso de descentralización y la redistribución equitativa de los recursos • Supervisión de acuerdos y convenios del Principado de con las Corporaciones Locales y Mancomunidades para el desarrollo de las prestaciones sociales básicas • Planificación, seguimiento y evaluación de programas de lucha contra la exclusión social y corrección de desigualdades, y apoyo a los servicios sociales municipales en la elaboración de itinerarios de inserción • Orientación y cooperación en la elaboración de itinerarios de inserción y participación social de personas con discapacidad y de estrategias dirigidas a la protección de los menores y a la atención de personas mayores dependientes • Detección y análisis de la demanda para la planificación, integrando las informaciones obtenidas en el área • Propuesta de planes y programas para el ámbito del área y previsión de recursos necesarios para alcanzar los objetivos de cada uno de ellos • Ejecución descentralizada de estrategias de intervención social cuando la programación del caso lo requiere, reforzando la actuación de los Servicios Sociales Municipales |

Fuente: Abay Analistas a partir de la web de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar (Socialasturias.asturias.es)

En cuanto a los **organismos autónomos**, el Organismo Autónomo de Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias, adscrito a la Consejería y creado, en un inicio, para la gestión de los establecimientos residenciales para personas mayores dependientes (residencias, apartamentos residenciales y centros polivalentes), pretende extender su ámbito de actuación, en función de las nuevas necesidades demográficas, a actividades como la gestión de servicios de centro de día o las tutelas a personas mayores encomendadas desde el Letrado Defensor del Anciano. Por su parte, el

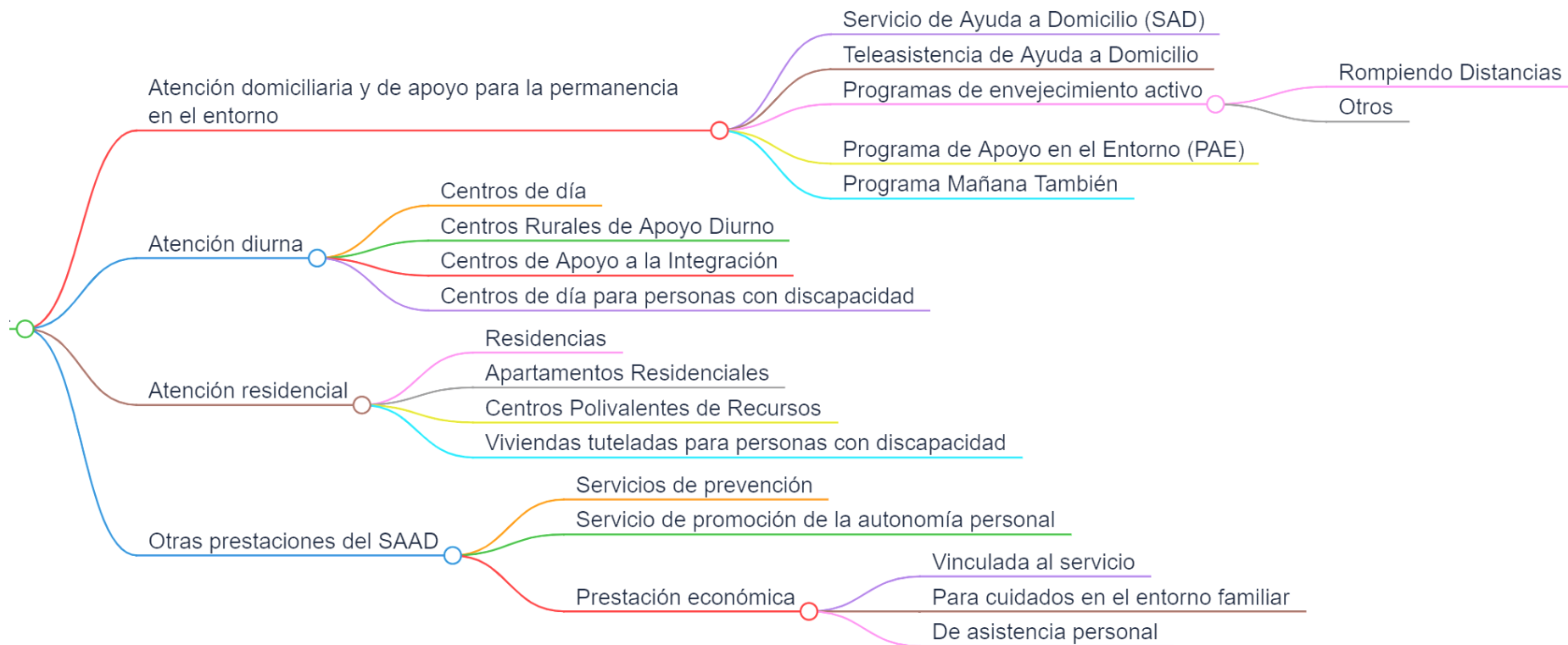
Observatorio Asturiano de Servicios Sociales es una unidad estadística cuyo fin es proporcionar información sobre la situación de los servicios sociales en Asturias, favorecer la toma de decisiones, facilitar la labor de los profesionales del ámbito técnico y científico, y asegurar la transparencia de la Administración frente a la ciudadanía.

Cuidados de larga duración (CLD)

Los cuidados de larga duración son, en este contexto, aquellos que se dirigen hacia las personas mayores de 65 (de aquí en adelante, personas mayores) y a las personas con discapacidad. La red de servicios de cuidados de larga duración del Principado se compone del **Sistema Asturiano de Servicios Sociales** y el **Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD)**. Estos, a su vez, cuentan con recursos de atención domiciliaria y de apoyo a la permanencia en el entorno, recursos de atención diurna, recursos de atención en residencias y prestaciones (Figura 3)

La Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de duración a personas adultas en el Principado de Asturias (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, 2022) contiene una descripción detallada de todos los recursos y prestaciones, por lo que no se pretende profundizar en ellos en este punto. Las características de cada recurso se presentan en el Anexo 1 de este mismo informe.

Gráfico 4. Recursos y prestaciones de la red de servicios para el cuidado de larga duración en el Principado de Asturias.



Fuente: Abay Analistas a partir de Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias (2022); la web de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar (Socialasturias.asturias.es)

4. Cifras básicas del sistema público de cuidados de larga duración en el Principado

Las cifras básicas del sistema público de cuidados de larga duración en el Principado pueden consultarse en la página web del Observatorio Asturiano de Servicios Sociales. En esta sección, se presenta una selección de variables destacadas: la capacidad ofertada, traducida en número de centros y de plazas diurnas y residenciales de financiación autonómica; y el número de personas atendidas por el sistema, tanto en los centros de día y residenciales anteriores como bajo los programas de apoyo domiciliario y otras prestaciones del SAAD.

Oferta de atención diurna y residencial

En 2021, el sistema de **atención diurna** para la tercera edad contaba con 64 centros de día y 1.707 plazas de financiación autonómica, con capacidad para atender al 0,63% de la población de 65 o más años. Por otra parte, el Principado estaba dotado de 34 centros para personas con discapacidad, con capacidad para atender a 1.397 personas (el 8,70% de la población objetivo) (Tabla 4).

Tabla 4. Servicios de atención diaria y residencial con financiación autonómica: oferta de centros y de plazas (2021).

| | Para personas mayores | | | Para personas con discapacidad | | |
|----------------------|-----------------------|--------|------------|--------------------------------|--------|--------------|
| | Centros | Plazas | Cobertura* | Centros | Plazas | Cobertura ** |
| Atención diurna | 64 | 1.707 | 0,63% | 34 | 1.397 | 8,70% |
| Atención residencial | 37 | 5.761 | 2,14% | 27 | 718 | 4,47% |

* Proporción de plazas sobre población de mayores de 65 años

** Proporción de plazas sobre población de 18 a 64 años con grado de discapacidad igual o mayor que 65%

Fuente: Abay Analistas a partir de Observatorio Asturiano de Servicios Sociales – Observass; Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias

En el mismo año, la oferta de **atención residencial** constaba de 37 centros de alojamiento para la tercera edad (5.761 plazas que pueden albergar al 2,14% de la población mayor) y de 27 centros para personas con discapacidad (718 plazas o el 4,47% de la población objetivo).

Personas en atención domiciliaria, diurna y residencial

En 2021, la **atención domiciliaria y de apoyo para la permanencia en el entorno** se tradujo en 13.026 personas atendidas a través de ayuda a domicilio, 8.561 beneficiarios de teleasistencia y 12.966 individuos apoyados a través de otros programas (Rompiendo Distancias, PAE y Mañana También). La ayuda a domicilio y la teleasistencia llegaron, respectivamente, a un 4,33% y un 3,07% de la población mayor de 65 años; y a un 8,63% y un 0,87% de la población de entre 16 y 84 años con un grado de discapacidad igual o mayor que 65%.

Tabla 5. Servicios autonómicos de atención domiciliaria, diurna y residencial: número de usuarios a lo largo del año (2021).

| Servicio | Mayores | Discapacidad | Ambos* | Total |
|--|--------------|--------------|--------|--------------|
| Atención domiciliaria y apoyo en el entorno | | | | |
| Ayuda a domicilio | 11.641 | 1.385 | | 13.026 |
| Teleasistencia | 8.442 | 139 | | 8.581 |
| Otros* | 4.562 | | 8.404 | 12.966 |
| Atención diurna | 1.461 | 1.479 | | 2.940 |
| Atención residencial | 5.876 | 899 | | 6.775 |

* El epígrafe “otros” incluye varios programas desritos en el ANEXO. Rompiendo Distancias cuenta con 4.562 usuarios mayores (un 15,53% de la población diana) en 38 municipios. Otros programas de envejecimiento activo cuentan con 8.308 beneficiarios. El Programa de Apoyo en el Entorno (PAE) y el programa Mañana asisten, en conjunto, a 96 personas. El PAE tiene como beneficiarias a personas con discapacidad; el Mañana También, a personas mayores y personas con discapacidad: como los datos no se desglosan según estos dos programas, se recogen el número de beneficiarios en la categoría “ambos”

Fuente: Abay Analistas a partir de Observatorio Asturiano de Servicios Sociales – Observass; Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias

Por otro lado, el sistema atendió a 2.940 personas en **centros de día** y a 6.775 en **residencias** permanentes o temporales (Tabla 5).

Parte de la información anterior puede desglosarse por área sanitaria⁷ (Tablas 6 y 7). Tanto en el caso de los mayores como en el de la discapacidad, se observa que las áreas que más personas atienden son, en orden, la IV (Oviedo), la V (Xixón) y la III (Avilés).

Tabla 6. Número de personas mayores de 65 años usuarias del sistema de cuidados de largo plazo, por servicio y área (2021).

| | Área | | | | | | | |
|---|------------|-----------|------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |
| Atención domiciliaria y apoyo en el entorno* | | | | | | | | |
| Ayuda a domicilio | 860 | 630 | 2.404 | 3.154 | 1.951 | 777 | 756 | 1.109 |
| Teleasistencia | 480 | 170 | 1.567 | 1.669 | 2.835 | 430 | 490 | 801 |
| Rompiendo Distancias | 1.279 | 170 | 553 | 1.389 | 0 | 581 | 0 | 590 |
| Atención diurna | 209 | 61 | 270 | 352 | 216 | 119 | 101 | 133 |
| Atención residencial | 266 | 96 | 705 | 1.807 | 1.590 | 508 | 311 | 593 |

Fuente: Abay Analistas a partir de Observatorio Asturiano de Servicios Sociales - Observass

⁷ Salvo para el Programa de Apoyo en el Entorno (PAE) y el programa Mañana También.



Tabla 7. Número de personas con discapacidad usuarias del sistema de cuidados de largo plazo, por servicio y área (2021).

| | Área | | | | | | | |
|--|------|----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII |
| Atención domiciliaria y apoyo en el entorno* | | | | | | | | |
| Ayuda a domicilio | 101 | 53 | 269 | 419 | 214 | 104 | 81 | 144 |
| Teleasistencia | 7 | 1 | 21 | 54 | 18 | 10 | 8 | 20 |
| Atención diurna | 77 | 22 | 207 | 551 | 415 | 56 | 50 | 101 |
| Atención residencial | 5 | 4 | 33 | 281 | 390 | 100 | 27 | 55 |

* No están disponibles los datos por área del programa de Apoyo en el Entorno (PAE) y Mañana También.
Fuente: Abay Analistas a partir de Observatorio Asturiano de Servicios Sociales – Observass

Personas beneficiarias de otras prestaciones de larga duración

En la sección sobre la organización administrativa de los cuidados, se ha visto que los servicios y recursos autonómicos van más allá de los centros de día, los centros residenciales y la atención domiciliaria y para la permanencia en el entorno. Existen, también, una serie de servicios y prestaciones complementarios.

Así, en el mismo año, 4.855 personas de 65 o más años y 2.212 personas con discapacidad fueron beneficiarias del **servicio de prevención y promoción**. Además, en lo que respecta a las **prestaciones económicas**, 7.006 personas mayores y 3.7789 personas con discapacidad recibieron la prestación económica para cuidados en el entorno familiar; 2.957 mayores y 202 personas con discapacidad recibieron prestaciones vinculadas al servicio; y 10 personas con discapacidad fueron beneficiarias de la prestación de asistencia personal⁸. Estos servicios y prestaciones llegaron (cuando lo hicieron) a entre el 0% y el 3% de los mayores del Principado, pero siempre a menos del 0,6% de las personas con discapacidad (Tabla 8).

Tabla 8. Número de beneficiarios (personas de 65 o más años) y cobertura* de otras prestaciones del SAAD (2021).

| | Personas mayores | | Personas con discapacidad | |
|--|------------------|------------|---------------------------|-------------|
| | N | Cobertura* | N | Cobertura** |
| Servicio de prevención y promoción | 4.855 | 1,81% | 2.212 | 0,30% |
| Prestación económica vinculada al servicio | 2.957 | 1,10% | 202 | 0,03% |
| ... para cuidados en el entorno familiar | 7.006 | 2,61% | 3.789 | 0,51% |
| ... de asistencia personal | 0 | 0,00% | 10 | 0,00% |

* Proporción sobre población de mayores de 65 años

** Proporción sobre población de 18 a 64 años con grado de discapacidad igual o mayor que 65%

Fuente: Abay Analistas a partir de de Observatorio Asturiano de Servicios Sociales – Observass

⁸ Ninguna persona mayor recibió la prestación económica de asistencia personal.

CAPÍTULO II. DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN ASTURIAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA



LLES LIVING LAB
ECONOMÍA
SOCIAL



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



ECONOMÍA
SOCIAL
ASATA ASTURIAS

Introducción

El capítulo anterior ha expuesto el marco contextual y administrativo que envuelve al sector de los cuidados en Asturias. En este capítulo se realiza un análisis sobre la evolución y el desarrollo del sector desde un punto de vista económico y, más concretamente, desde su capacidad para crear empleo.

El sector puede delimitarse en la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) (ver anexo 2), y ello permite el acceso a distintas fuentes oficiales de información estadística. La base de datos utilizada en este capítulo, elaborada a partir de los datos de afiliación a la Seguridad Social, aporta un alto nivel de detalle, tanto para las actividades económicas que integran el sector de los cuidados como geográfico, con datos particulares para cada demarcación municipal o concejo. Ello ha permitido realizar un análisis apoyado en tres ejes: la elaboración de series históricas que aportan perspectiva temporal; la comparativa entre el comportamiento de los servicios de cuidados residenciales y los de ayuda a domicilio y la evolución por áreas sanitarias. Esta conjunción de elementos permite obtener una foto del sector de los cuidados en el Principado novedosa, bastante completa y necesaria para identificar sus retos y sus oportunidades desde un punto de vista económico, uno de los objetivos principales de este proyecto.

Desde un punto de vista económico, cabe preguntarse también por el grado de desarrollo del sector de cuidados en el Principado y ello implica no sólo conocer su nivel de empleo, sino también relacionar ese nivel con las necesidades y la demanda potencial de estos servicios. Para dar respuesta a esta cuestión, en este capítulo se incorpora un indicador propio, desarrollado “ad hoc” para este proyecto, que permite comparar el nivel de desarrollo del sector en el Principado de Asturias y compararlo con el de otras comunidades autónomas. Así mismo, este indicador, aplicado a las distintas áreas sanitarias aporta una visión del desarrollo del modelo de cuidados profesionales en cada una de ellas, aspecto clave en las oportunidades a corto y medio plazo del sector.

El capítulo se ha organizado como sigue. En primer lugar, se presenta la evolución que ha experimentado el sector de los cuidados durante la última década. En segundo lugar, y a partir de la información contrastada en la primera sección, se aborda el grado de desarrollo del sector a través de un índice de oferta, cuyas características técnicas e interpretación se detallan en el propio apartado. La tercera y última sección profundiza en el análisis del tejido productivo del sector y pone el foco, especialmente, en las entidades de la Economía Social.

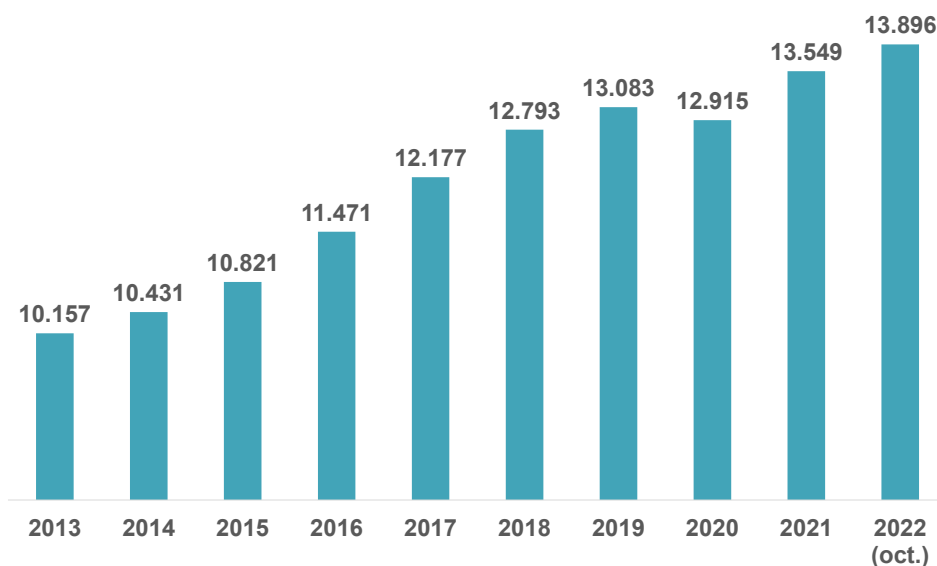
1. Evolución del empleo en el sector de los cuidados

Crecimiento del empleo en los servicios de cuidados

El empleo en el sector de los cuidados⁹ ha crecido de forma casi ininterrumpida durante la última década en Asturias. Desde el año 2013, en el que se registraron 10.157 personas ocupadas, hasta la actualidad, con 13.896, se ha producido un incremento del 37,0%, y un aumento anual medio cercano al 3,6%. El único año que no registra un crecimiento positivo es 2020, en este año, en línea con lo sucedido en el conjunto de la economía debido al impacto de la COVID-19, el empleo descendió en torno a un 1,0% respecto al año anterior (Gráfico 5).

⁹ En este informe, el empleo en el sector de los cuidados se ha aproximado por el número de personas afiliadas a la Seguridad social, en situación de alta, en los epígrafes 87 y 88 de la CNAE 2009. Es importante señalar que hay también personas asalariadas en estos servicios contratadas directamente por los hogares, pero no se contemplan en el análisis porque no es posible conocer su número a partir de esta fuente de información utilizada. Aunque hay un epígrafe dedicado a “Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico”, no se recoge ninguna característica del hogar y, por tanto, no es posible diferenciar el empleo en hogares de personas mayores o con discapacidad, es decir, con necesidades específicas de cuidados.

Gráfico 5. Evolución del empleo en los servicios de cuidados en Asturias. Años 2013-2022.
Número de personas ocupadas.

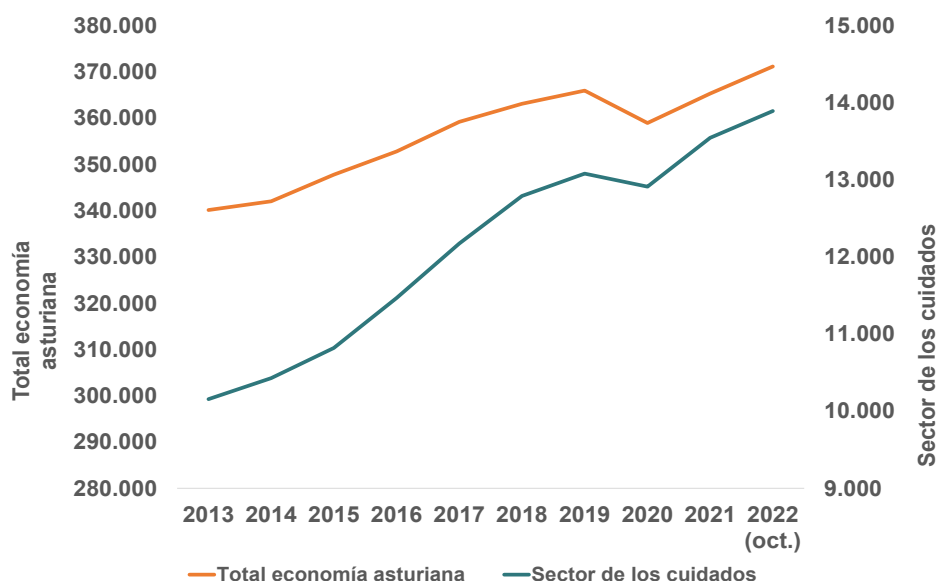


Fuente: Base de datos de la Seguridad Social (a 31 de diciembre de cada año)

Para contextualizar el crecimiento que ha experimentado el sector de los cuidados se ha establecido una comparativa con respecto al comportamiento de la economía asturiana en su conjunto (Gráfico 6). En la última década, **el crecimiento del sector ha sido cuatro veces mayor al del total de la economía (36,8% y 9,1% respectivamente)**. Durante este periodo de crecimiento del sector, destacan dos subperiodos: el de 2015-2018, con una variación anual positiva del 6,0%, y el de 2020-2022, con una variación anual en torno al 5,0%. El volumen de ocupación en el total de la economía también aumentó durante estos periodos, pero con tasas crecimiento anuales tres puntos porcentuales por debajo en ambos casos. Por tanto, **la evolución relativa del empleo en el sector de los cuidados en la última década permite catalogarlo como un sector emergente**, es decir, como una actividad que atiende nuevas necesidades, en este caso, de la población, y que tienen un importante potencial de crecimiento y de creación de empleo a corto y medio plazo¹⁰.

¹⁰ Para una extensa delimitación de los sectores emergentes y el peso de la economía social en ellos, véase (CEPES, 2017)

Gráfico 6. Evolución del empleo en los servicios de cuidados y en total de la economía en Asturias. Años 2013-2022. Número de personas ocupadas.

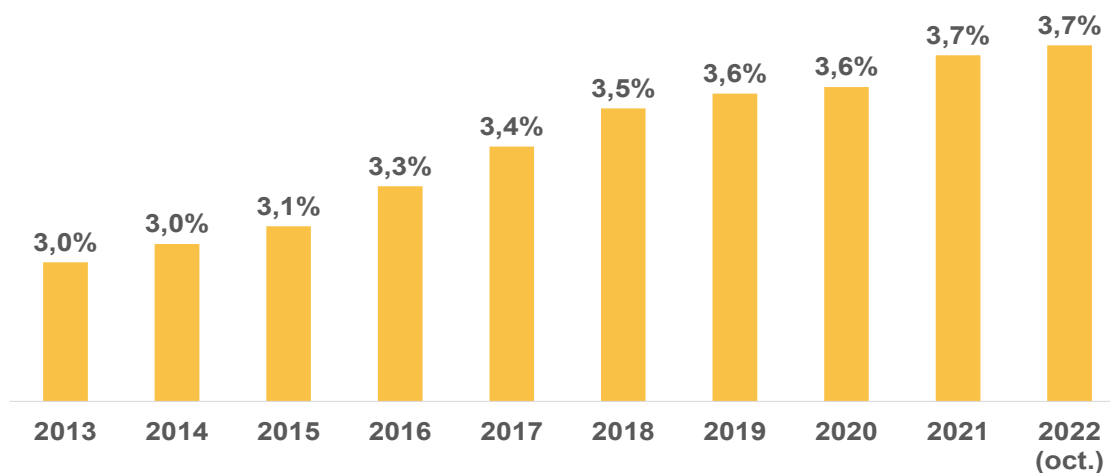


Fuente: Base de datos de la Seguridad Social (a 31 de diciembre de cada año)

Peso relativo de los servicios de cuidados en la economía asturiana

El sector de los cuidados representa actualmente un 3,7% del empleo total del Principado, casi un punto porcentual más que hace una década (3,0%). Su ritmo de crecimiento, como ya se ha señalado, superior al de la economía en su conjunto, ha permitido que haya ganado peso de forma continuada en la economía asturiana (Gráfico 7). Esta ganancia de peso relativo se observa incluso en el año 2020, ya que la reducción del volumen de empleo del sector fue inferior a la de la economía en su conjunto.

Gráfico 7. Evolución del peso relativo del sector de cuidados en el total de la economía regional. Años 2013-2022. Porcentaje del empleo del sector de cuidados sobre el empleo total de Asturias.



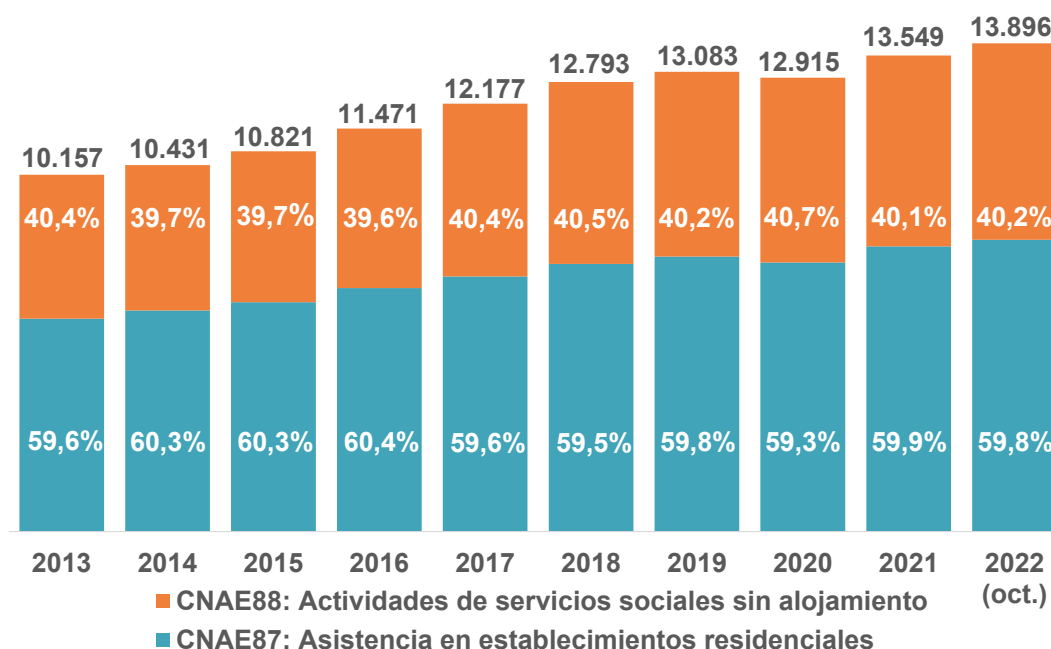
Fuente: Base de datos de la Seguridad Social (a 31 de diciembre de cada año)

Evolución del empleo en los subsectores de los servicios de cuidados

El sector de los cuidados está integrado principalmente por dos grandes subsectores: servicios prestados en establecimientos residenciales y servicios a domicilio. Durante la última década la evolución del empleo en ambos subsectores ha determinado que su peso relativo apenas haya variado. El porcentaje que ocupan las actividades de servicios en establecimientos residenciales (CNAE87 ha oscilado entre el 59,3% y el 60,4% en los últimos diez años y las actividades de servicios sin alojamiento (CNAE88), entre el 39,6% y el 40,7% (Gráfico 8).

Por tanto, en términos de empleo, pese al crecimiento que ha experimentado el sector, **la estructura del sector ha permanecido estable: las actividades residenciales siguen siendo mayoritarias y no se observa un avance de las actividades a domicilio en el modelo de cuidados durante la última década.**

Gráfico 8. Evolución del empleo del sector de los cuidados de Asturias por CNAE a dos dígitos. Años 2013-2022. Número de personas ocupadas.



Fuente: Base de datos de la Seguridad Social (a 31 de diciembre de cada año)

Si el sector de los cuidados está dividido en dos grandes subsectores, estos a su vez integran diferentes subactividades. En 2022, en los servicios con establecimiento residencial destacan las residencias para personas mayores, que representan un 33,0% del empleo del sector, y la asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios, a la que se le atribuye el 15,0% del empleo total. Otras subactividades residenciales como las residencias para personas con discapacidad física o intelectual representan menos del 5% del número de trabajadores del sector. Con respecto a las subactividades sin alojamiento destacan los servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad (17%) y para personas mayores (12%) (Gráfico 9).



Gráfico 9. Desagregación de actividades económicas del sector de los cuidados en Asturias. Año 2022. Número de personas ocupadas.



- CNAE88: Actividades de servicios sociales sin alojamiento
- CNAE87: Asistencia en establecimientos residenciales

Nota: Este gráfico presenta información a un triple nivel. El disco interior distingue entre actividades de asistencia sin alojamiento (naranja) y actividades de asistencia en establecimientos residenciales. El disco intermedio representa el volumen de cada una de las subactividades del sector de acuerdo con la clasificación propuesta (CNAE). El disco exterior muestra el número de personas trabajadoras correspondiente con las subactividades del disco anterior.

Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social (a 1 de octubre)

Como se ha visto anteriormente, durante los últimos diez años las actividades residenciales y las actividades sin alojamiento han crecido de forma casi proporcional. No ha ocurrido lo mismo con sus subactividades, cuyas variaciones durante la última década son más notorias. **Destaca el crecimiento de la asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores (232,6%) y para personas con discapacidad física (151,6%).** En términos de decrecimiento **cabe señalar la caída del número de empleados en la asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (-39,5%) y una disminución mucho más leve de las actividades de cuidado diurno de niños (-6,8%).** En el resto de subactividades han crecido entre un 10,0% y un 80,0%.

Tabla 9. Desagregación de actividades económicas del sector de los cuidados en Asturias. Años 2012, 2016 y 2022. Número de personas trabajadoras.

| | 2012 | 2016 | 2022 (Oct.) | Tasa de crec. (%) |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------------|
| ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIAL | 5.930 | 6.931 | 8.303 | 40,0% |
| 8710. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios | 3.523 | 3.946 | 2.133 | -39,5% |
| 8720. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia | 533 | 548 | 600 | 12,6% |
| 8731. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores | 1.397 | 1.787 | 4.646 | 232,6% |
| 8732. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física | 93 | 189 | 234 | 151,6% |
| 8790. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales | 384 | 461 | 690 | 79,7% |
| ASISTENCIA SIN ALOJAMIENTO | 4.023 | 4.540 | 5.593 | 39,0% |
| 8811. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores | 1.245 | 1.310 | 1.776 | 42,7% |
| 8812. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad | 1.846 | 2.099 | 2.487 | 34,7% |
| 8891. Actividades de cuidado diurno de niños | 292 | 259 | 272 | -6,8% |
| 8899. Otros actividades de servicios sociales sin alojamiento n.c.o.p. | 640 | 872 | 1.058 | 65,3% |
| TOTAL SECTOR CUIDADOS | 9.953 | 11.471 | 13.896 | 39,6% |
| TOTAL EMPLEO EN ASTURIAS | 345.657 | 352.870 | 371.237 | 7,4% |

Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social (a 31 de diciembre de cada año)

Empleo en los servicios de cuidados por áreas sanitarias

Los datos analizados hasta el momento han evidenciado el crecimiento que ha experimentado el sector de los cuidados de Asturias y el peso de las diferentes actividades que lo conforman. Pero otra parte fundamental de este análisis es la distribución territorial de los servicios.

Este análisis muestra que **el volumen total de personas empleadas en el sector se concentra en torno a dos áreas sanitarias, la cuatro (Oviedo) y la cinco (Gijón)**. La primera aglutina el 59,1% del empleo total del sector y la segunda, el 25,5%. Es decir, **el 84,6% de las personas empleadas se encuentran en las áreas cuatro (Oviedo) y cinco (Gijón)**. El 15,4% restante se distribuye de forma relativamente equitativa. El área sanitaria tres (Avilés) ocupa el tercer puesto, con el 4,5% del empleo del Principado. El área sanitaria de Occidente representa el 3,2%. Las áreas seis (Oriente), siete (Caudal) y ocho (Riaño) en torno al 2,4% del volumen total cada una. Por último, el área sanitaria dos (Cangas del



Narcea) únicamente cuenta con 53 de las 13.634 personas empleadas del sector, un 0,4% del total.

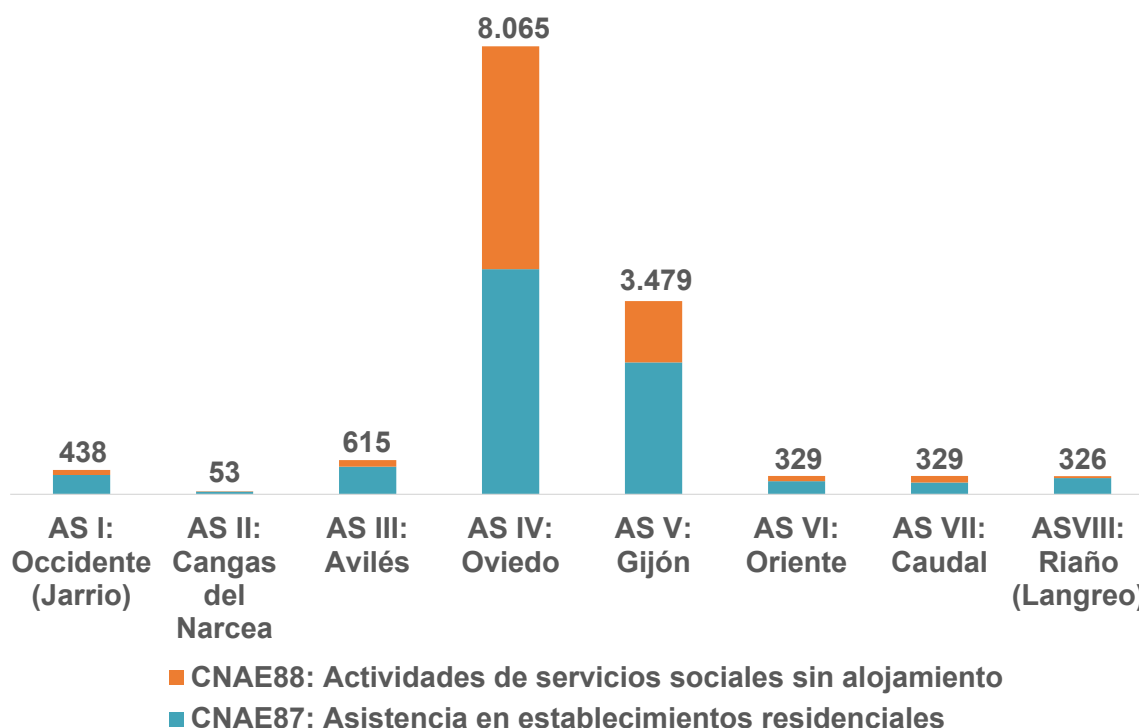
A nivel de subsectores, se observan también diferencias en el nivel de concentración territorial de los servicios de cuidado con y sin alojamiento. Los servicios sin alojamiento presentan un nivel de concentración superior: el área sanitaria cuatro (Oviedo) cuenta con el 71,9% del empleo; el área cinco (Gijón), con el 19,8% y las seis áreas restantes con menos del 2,1% cada una.

Con respecto a los servicios en establecimientos residenciales la concentración disminuye. El área cuatro (Oviedo) representa un 50,3% del total, el área cinco (Gijón) el 29,5% y el área tres (Avilés) el 6,2%.

Es posible concluir, por lo tanto, que:

- a) El empleo de los servicios de cuidados profesionalizados está concentrado en dos áreas sanitarias: la cuatro (Oviedo) y la cinco (Gijón).
- b) Todas las áreas sanitarias menos la cuatro (Oviedo) cuentan con más empleo en actividades de servicios en establecimientos residenciales que en actividades de servicios sociales sin alojamiento.
- c) La mayor parte de las actividades relacionadas con **servicios** sociales sin alojamiento (71,9%) se ubican en el área sanitaria cuatro (Oviedo).

Gráfico 10. Distribución del empleo por área sanitaria. Año 2022. Número de personas trabajadoras.



Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social

2. El desarrollo de los servicios de cuidados en Asturias

El objetivo del apartado anterior ha sido analizar la evolución experimentada por el empleo del sector de los cuidados de Asturias y su distribución por subsectores y localización geográfica. Los resultados son claros, siete de las nueve actividades que conforman el sector han incrementado su volumen de ocupación en la última década, dando lugar a un crecimiento del sector más pronunciado que el de la economía regional en su conjunto. Además, se han presentado las diferencias en las dinámicas de crecimiento de las diferentes actividades que conforman el sector y en el empleo de las diferentes áreas sanitarias. Esta dinámica positiva del empleo del sector, sin embargo, no implica necesariamente que el grado de cobertura de las necesidades de cuidados o la demanda del sector haya mejorado, ya que la variable demografía no ha sido contrastada.

Con el objetivo de analizar en qué medida la oferta de los servicios cuidados en Asturias es adecuada al nivel de necesidades, se ha construido un sencillo **Indicador de Desarrollo de la Oferta Profesional¹¹ (IDOP)**. Su función es relativizar el número de personas ocupadas en los servicios de cuidados por la demanda potencial del sector y normalizar su valor respecto a un valor de referencia. La demanda potencial del sector¹², en este caso, ha sido aproximada por la población mayor de setenta años. La referencia en torno a la que se ha realizado el índice es, para el análisis a nivel autonómico, el valor nacional y para el análisis por áreas sanitarias, el valor autonómico.

Como se verá en los epígrafes siguientes, los resultados del indicador para Asturias muestran, primero, que el número de personas empleadas en el sector de los cuidados ha crecido más rápidamente que la demanda potencial (Tabla 10). Segundo, que el Principado cuenta con un sector menos desarrollado que la mayoría de comunidades autónomas de España. Tercero, que hay un gran desequilibrio entre áreas sanitarias con respecto al grado de desarrollo de la oferta profesional del sector. Y cuarto, que este desequilibrio es corregido al considerar la distribución de las prestaciones económicas concedidas por territorio.

Tabla 10. Componentes del Indicador de Desarrollo de la Oferta Profesional de los servicios de cuidados en Asturias. Años 2012, 2016 y 2022. Número de personas.

| | 2012 | 2016 | 2022 (Oct.) |
|--|-----------|-----------|-------------|
| Población mayor de 70 años | 183.468 | 186.828 | 200.603 |
| Número de trabajadores | 9.953 | 11.472 | 13.896 |
| Número de trabajadores por cada 1.000 habitantes mayores de 70 años | 54 | 61 | 69 |

Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social (31 de diciembre de cada año)

¹¹ El índice de desarrollo de la oferta se calcula mediante el cociente entre el número de trabajadores/as y la demanda potencial del mismo. En este caso: $IDOP = (N.º \text{ de personas empleadas en el sector}) / (N.º \text{ de personas mayores de 70 años})$.

¹² En línea con la Estrategia CuidAS (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, 2022), se ha aproximado la demanda potencial del sector de los cuidados por la población con edad superior a setenta años.

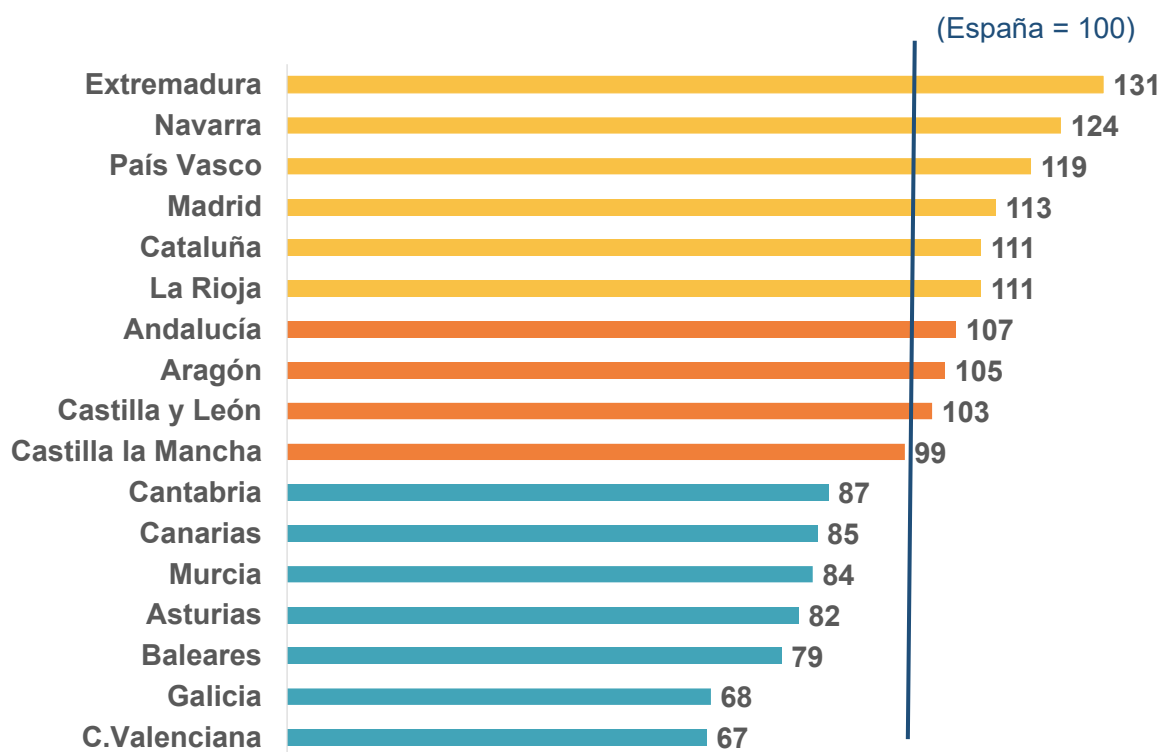


Desarrollo de la oferta profesional de los servicios de cuidados por comunidades autónomas

El Indicador presentado en el epígrafe previo, permite también obtener una visión panorámica del desarrollo de la oferta profesional de cuidados por comunidades autónomas y la posición relativa de Asturias en el contexto nacional. Así la relación entre el nivel de ocupación del sector y la demanda potencial otorga un valor a cada comunidad autónoma y al total nacional. Los valores del IDOP en las diferentes comunidades autónomas se pueden normalizar por el valor del Indicador en el total nacional (al que se le ha otorgado el valor 100). Esta normalización permite identificar fácilmente a aquellas autonomías que cuentan con una oferta profesional de cuidados más desarrollada que la nacional (con valores por encima de 100) y aquellas otras con una oferta profesional de cuidados menos desarrollada que la de España (con valores inferiores a 100).

La comparativa por comunidades autónomas permite ubicar al Principado de Asturias como la cuarta autonomía con una oferta de servicios profesionales de cuidados menos desarrollada (Gráfico 11). El IDOP del Principado obtiene un valor de 82, lo que indica que, a pesar del importante crecimiento del empleo en la última década, el sector de los cuidados en el Principado muestra un infradesarrollo, respecto a la media nacional, del 18%. Este resultado se explica, sobre todo por el alto grado de envejecimiento de la población asturiana: es la segunda comunidad autónoma con mayor porcentaje de población superior a setenta años (16,5%), únicamente superada por Galicia (17%).

Gráfico 11. Indicador de Desarrollo de la Oferta Profesional (IDOP) del sector de cuidados por CCAA. Año 2022. Número índice (España=100)



Nota: IDOP = (N.º de personas empleadas en el sector) / (N.º de personas mayores de 70 años) .
 Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social (a 31 de diciembre) e INE

Desarrollo de la oferta profesional de los servicios de cuidados por áreas sanitarias

El IDOP permite obtener también una visión global del desarrollo de los servicios de cuidados en las diferentes áreas sanitarias del Principado, relacionando el nivel de empleo profesional en los servicios de cuidados con la demanda potencia de estos servicios en cada una de ellas. Y los resultados de la comparativa muestran un **fuerte desequilibrio territorial entre el desarrollo de estos servicios, especialmente entre el área cuatro (Oviedo) y el resto.**

La población mayor de setenta años y los/as trabajadores/as del sector se concentra en las áreas cuatro (Oviedo) y cinco (Gijón). Sin embargo, no lo hacen con la misma intensidad. Así, el área sanitaria cuatro (Oviedo) cuenta con el 29,2% de la población mayor de setenta años, pero concentran el 59,2% del empleo del sector. El área cinco (Gijón) tienen una participación más equilibrada en ambas variables: su participación en la población mayor de setenta años del Principado es del 29,5% y su participación en el total de empleo del sector de cuidados del 25,5%. Pero los mayores desequilibrios se observan en las áreas menos pobladas. Así, por ejemplo, en el área siete (Riaño) se encuentra el 7% de las personas con edad superior a los setenta años, pero tan solo el 2,4% de los/as trabajadores/as del sector. (Tabla 11).

Tabla 11. Población mayor de setenta años y número de afiliados por área sanitaria. Datos correspondientes a abril de 2022.

| | Población mayor de 70 años | % Sobre el total provincial | Número de trabajadores | % Sobre el total provincial |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|
| Asturias | 198.115 | 100,0% | 13.634 | 100,0% |
| ASI: Occidente (Jarrio) | 10.528 | 5,3% | 438 | 3,2% |
| ASII: Cangas del Narcea | 6.162 | 3,1% | 53 | 0,4% |
| ASIII: Avilés | 28.498 | 14,4% | 615 | 4,5% |
| ASIV: Oviedo | 57.947 | 29,2% | 8.065 | 59,2% |
| ASV: Gijón | 58.536 | 29,5% | 3.479 | 25,5% |
| ASVI: Oriente | 10.502 | 5,3% | 329 | 2,4% |
| ASVII: Caudal | 12.119 | 6,1% | 329 | 2,4% |
| ASVIII: Riaño (Langreo) | 13.823 | 7,0% | 326 | 2,4% |

Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social, Sociedad Asturiana de Estudios Económicos y Sociales (SADEI) (a 31 de diciembre)

Se puede realizar una categorización del IDOP y calificar como “infradesarrollo severo” del sector de cuidados, aquellos valores del mismo, inferiores a 50; e “infradesarrollo moderado”, los valores inferiores a 70.

Atendiendo a la categorización señalada, **las áreas sanitarias dos (Cangas del Narcea)**, con un IDOP =11; **tres (Avilés)**, con un IDOP =26; **seis (Oriente)**, con un IDOP =38; **siete (Caudal)**, con un IDOP =33; **y ocho (Riaño)**, con un IDOP =29, **cuentan con un infradesarrollo severo de la oferta profesional de servicios de cuidados.** De cara a



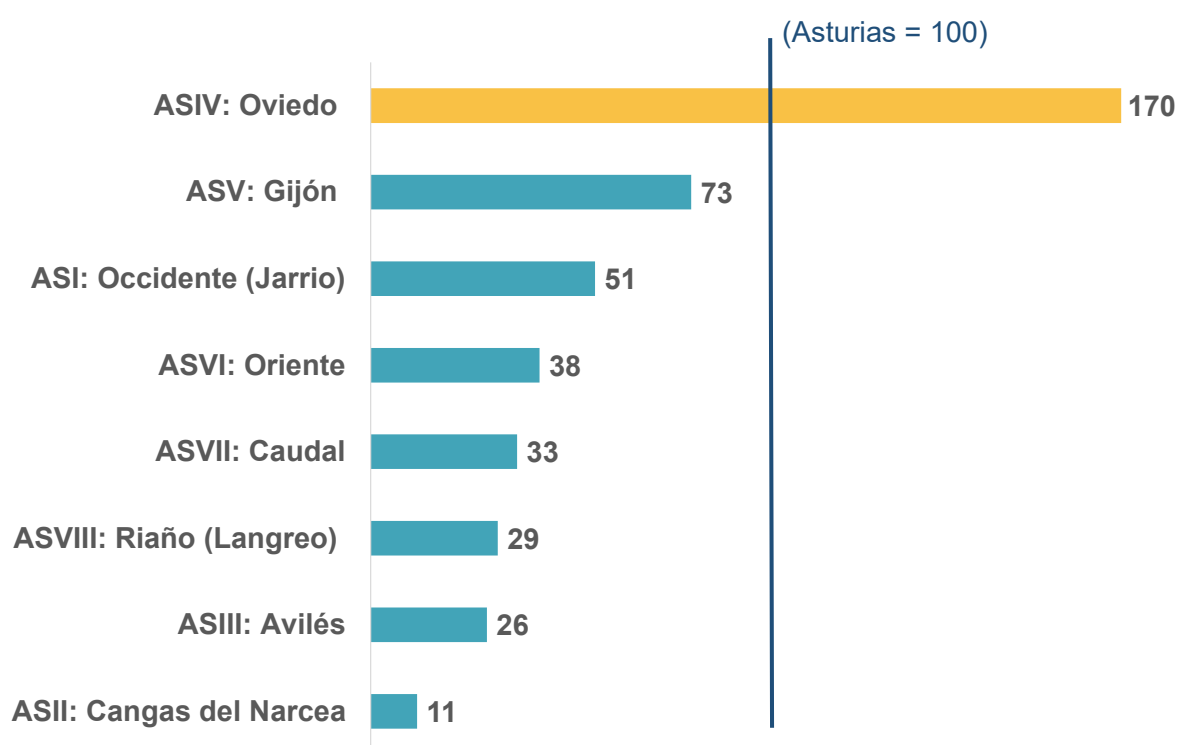
valorar adecuadamente lo que estos niveles implican, cabe tener en cuenta, que este índice se ha elaborado mediante la referencia del valor provincial (Asturias) y que en la comparativa nacional Asturias cuenta con uno de los menores índices de desarrollo del sector a nivel nacional. Es decir, los valores del IDOP serían aún menores si se calcularan respecto a la media española.

El área sanitaria uno, Occidente, cuenta con un índice un punto superior a 50, por lo que, de acuerdo con la clasificación propuesta, la oferta del sector presenta un subdesarrollo moderado. El 6,3% de la población asturiana mayor de setenta años reside en los municipios que componen esta área, sin embargo, solo cuenta con el 3,2% del empleo del sector. El área cinco (Gijón) ha obtenido una puntuación de 73, también inferior al valor autonómico.

Por el contrario, el área cuatro (Oviedo) cuenta con un índice de 170, es decir, en esta área el nivel de desarrollo del sector es un 70% superior al de la media del Principado.

En resumen, **se observa un importante desequilibrio territorial en el sector de los cuidados profesionales en el Principado**, que se concreta en niveles de **infradesarrollo severo del sector en cinco de las ocho áreas sanitarias consideradas** y en un **desarrollo muy superior al de la media provincial en Oviedo**.

Gráfico 12. Indicador de Desarrollo de la Oferta Profesional (IDOP) del sector de cuidados en Asturias por área sanitaria. Año 2022. Número índice (Asturias=100)



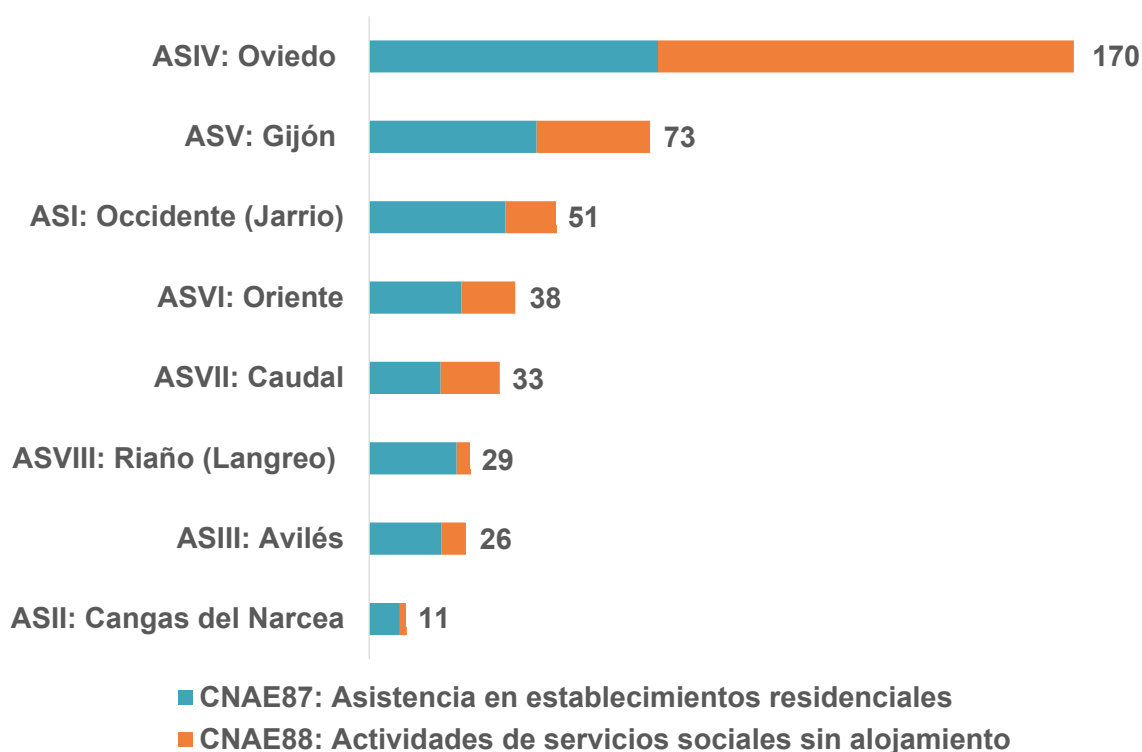
Nota: IDOP = (N.º de personas empleadas en el sector) / (N.º de personas mayores de 70 años) .

Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social, Sociedad Asturiana de Estudios Económicos y Sociales (SADEI) (a 31 de diciembre).

Profundizando en el IDOP de las diferentes áreas sanitarias asturianas, se ha elaborado una desagregación del mismo diferenciando entre actividades con y sin alojamiento¹³. Los resultados dan lugar a diferencias interregionales muy superiores en los servicios sin alojamiento que en los servicios residenciales.

La inclusión de los dos tipos de servicios de cuidados en el indicador **permite observar que las disparidades en el desarrollo del sector entre áreas sanitarias se explican principalmente por las diferencias en el grado de desarrollo de la oferta profesional de actividades de servicios sociales sin alojamiento entre el área de Oviedo y el resto de áreas sanitarias**, donde su desarrollo es muy pequeño en términos relativos. (Gráfico 13)

Gráfico 13. Indicador de desarrollo de la oferta del sector de cuidados en Asturias por área sanitaria y CNAE. Año 2022.



Fuente: Abay Analistas a partir de la Base de datos de la Seguridad Social, Sociedad Asturiana de Estudios Económicos y Sociales (SADEI) (a 31 de diciembre)

Con el objetivo de explicar las diferencias del indicador del desarrollo de la oferta profesional por áreas sanitarias, **se ha elaborado un Indicador Compuesto de Atención a las Necesidades de cuidados (ICAN)**¹⁴ que incluye tanto el desarrollo de una oferta profesional de servicios de cuidados como las prestaciones económicas de la Ley de Dependencia, entendidas éstas como un recurso que permite dar respuesta a las necesidades de cuidados.

¹³ En este caso el IDOP es calculado como sigue: $IDOP = \frac{[(N.º \text{ de personas empleadas en actividades de cuidados con alojamiento}) / (N.º \text{ de personas mayores de 70 años})] + [(N.º \text{ de personas empleadas en actividades de cuidados sin alojamiento}) / (N.º \text{ de personas mayores de 70 años})]}{2}$

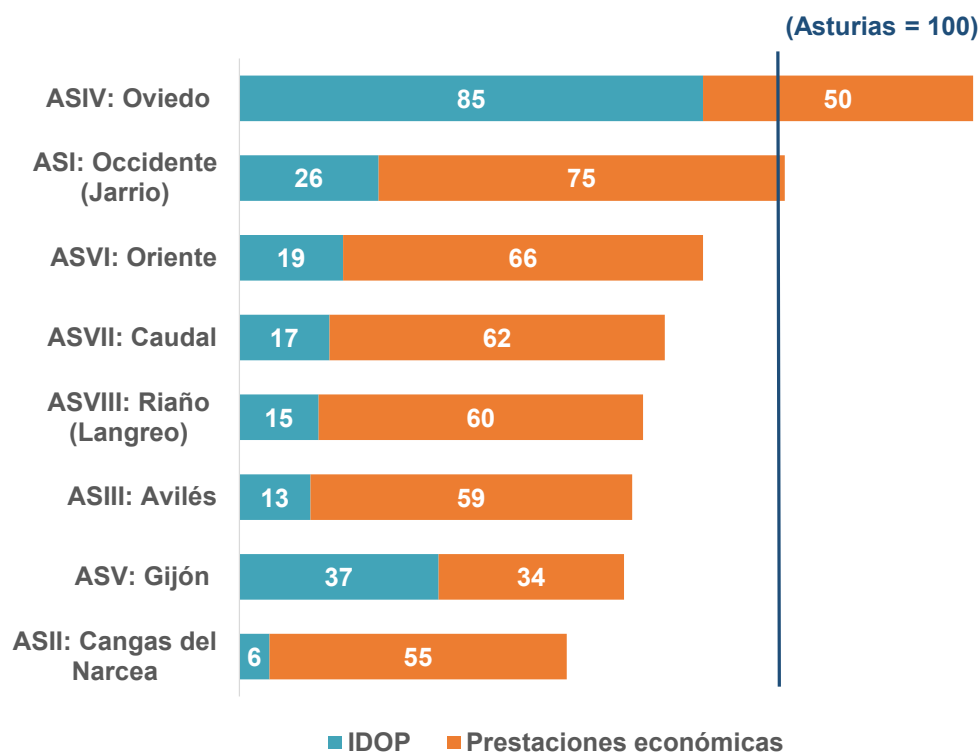
¹⁴ Este índice está integrado por el indicador de desarrollo de la oferta y la ratio del número de prestaciones económicas recibidas por área sanitaria y la población mayor de 70 años de la misma.



El resultado del índice compuesto refleja que, generalmente, aquellas áreas con un menor desarrollo de la oferta profesional presentan un nivel relativo de prestaciones económicas superior, lo que implica una corrección, en la mayoría de los casos, de las grandes diferencias observadas en el desarrollo de la oferta profesional de cuidados entre áreas sanitarias.

Algunas áreas sanitarias optan por las prestaciones económicas en mayor medida que otras, lo que seguramente está relacionado con tasas de actividad femenina menores. La menor incorporación de las mujeres al mercado laboral permite que los cuidados se asuman más en el ámbito familiar. Sin embargo, es importante señalar la dificultad de que estas situaciones sean sostenibles en el tiempo, principalmente por el envejecimiento de las cuidadoras, que pasarán a ser demandantes también de cuidados. Por tanto, también en estas zonas, el sector de cuidados requerirá una reorganización para dar respuesta a un aumento de la demanda en la próxima década.

Gráfico 14. Indicador Compuesto de Atención a las Necesidades de cuidados. Año 2022. Número Índice (Asturias=100)



Nota: El índice de prestaciones económicas ha sido representado como el cociente entre: Número de prestaciones económicas recibidas por personas mayores de 65 años y demanda potencial del sector (población mayor de 70 años)

Fuente: Abay Analistas a partir de Base de datos de la Seguridad Social, Sociedad Asturiana de Estudios Económicos y Sociales (SADEI) (a 31 de diciembre), Observatorio Asturiano de Servicios Sociales – Observass.

3. El tejido empresarial en el sector de los servicios de cuidados

Los epígrafes anteriores recogen la evolución y el grado de desarrollo del sector de los cuidados en Asturias desde el punto de vista del empleo. A continuación, se realiza un análisis de su tejido empresarial, es decir, de las empresas que conforman la oferta de servicios del sector, con especial atención a la Economía Social, concretamente a su dimensión, distribución y comportamiento. La base de datos utilizada en este epígrafe se ha elaborado a partir de información del registro mercantil

En un primer epígrafe se muestra la distribución de las empresas y entidades de la ES de acuerdo con su tamaño y localización geográfica y a continuación, una comparativa de las mismas con las empresas mercantiles del sector.

La Economía Social en el sector de los cuidados

Se entiende como empresa de la Economía Social a aquella entidad que “persigue bien el interés colectivo de sus integrantes, bien el interés general económico o social, o ambos” (Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social, 2011). De acuerdo con la definición aportada y la clasificación de entidades correspondiente al artículo 5 de la misma ley¹⁵, es posible identificar un total de **veinticinco empresas y entidades de la Economía Social en el sector de los cuidados en Asturias**.

Todas las empresas de la Economía Social del sector de los cuidados en Asturias son pymes (pequeñas y medianas empresas). Concretamente, atendiendo como criterio al número de trabajadores¹⁶, un 32,0% son microempresas, un 48,0% son pequeñas y un 20,0% del total se corresponde con entidades medianas. No hay ninguna entidad que supere los doscientos cincuenta trabajadores.

Aunque prácticamente la mitad de las empresas de la Economía Social del sector son pequeñas, las medianas recogen la mayor parte del volumen de negocio del sector. Pese a representar el 20% del número total, recogen el 67,8% de los ingresos de explotación generados por la ES en el sector de los cuidados. En el caso de las microempresas, se da el efecto contrario: representan el 32% del número total de empresas, pero únicamente cuentan con el 2,5% de los ingresos de explotación. El 29,7% del volumen de negocio restante se corresponde con empresas pequeñas.

El Valor Agregado Bruto (VAB) sigue la misma dinámica que el volumen de facturación, concentrado en las empresas medianas (63,6%). Las empresas pequeñas representan un 33,2% del VAB generado por la ES en el sector, y las microempresas, un 3,2%. Por lo tanto, **aunque las entidades de la ES sean mayoritariamente pequeñas empresas y microempresas, son las medianas las que recogen la mayor parte tanto del volumen de negocio (67,8%) como del VAB (63,6%) del sector**.

15 Artículo 5. Entidades de la economía social. 1. Forman parte de la economía social las cooperativas, las mutualidades, las fundaciones y las asociaciones que lleven a cabo actividad económica, las sociedades laborales, las empresas de inserción, los centros especiales de empleo, las cofradías de pescadores, las sociedades agrarias de transformación y las entidades singulares creadas por normas específicas que se rijan por los principios establecidos en el artículo anterior.

16 Microempresas: (<10 trabajadores), empresas pequeñas(>10 trabajadores y <50 trabajadores), empresas medianas:(>50 trabajadores y <250 trabajadores) y empresas grandes (>250 trabajadores)



Tabla 12. Número de empresas, volumen de negocio y VAB de las empresas de la Economía Social del sector de los cuidados en Asturias. Clasificación por tamaño. Año 2022

| | Número de empresas | | Volumen de negocio (miles) | | Valor Agregado Bruto (miles) | |
|-------------------|--------------------|-------|----------------------------|-------|------------------------------|-------|
| | Absoluto | % | Absoluto | % | Absoluto | % |
| Microempresas | 8 | 32,0% | 740 | 2,5% | 655 | 3,2% |
| Empresas pequeñas | 12 | 48,0% | 8.633 | 29,7% | 6.911 | 33,2% |
| Empresas medianas | 5 | 20,0% | 19.727 | 67,8% | 13.219 | 63,6% |
| Empresas grandes | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Registro Mercantil

Nota: Se han realizado estimaciones para la información faltante de algunas empresas.

Atendiendo a la distribución geográfica de la ES del sector de cuidados, se observa una ligera concentración en torno a las áreas cuatro (Oviedo) y cinco (Gijón), las más pobladas. También destaca la ausencia de entidades de ES en las áreas dos (Cangas del Narcea) y tres (Avilés). Cabe mencionar que el criterio por el que se ha establecido la localización de estas entidades es el domicilio social. Por tanto, cabe la posibilidad de que la ES tenga presencia en el sector de los cuidados en las distintas áreas aunque no tenga empresas domiciliadas en ellas (Tabla 13).

Algunos hechos a destacar derivados del análisis geográfico son:

a) No existe ninguna correlación entre el tamaño de las empresas y la distribución geográfica. Es decir, las empresas de mayor tamaño, al igual que las más pequeñas, no se concentran en ninguna área, sino que se encuentran dispersas por el Principado. Sí que se observa, sin embargo, que las empresas de la ES situadas en las áreas más pobladas (Gijón y Oviedo) son mayoritariamente microempresas y empresas pequeñas.

b) Todas las áreas en las que se han identificado empresas de la ES, a excepción de la ocho (Riaño), cuentan con empresas en servicios residenciales y servicios a domicilio. Esto evidencia, por lo tanto, un equilibrio entre la actividad de las empresas y su distribución por área sanitaria.

c) Las entidades de la Economía Social de las áreas de cuatro (Oviedo) y cinco (Gijón) presentan niveles de productividad ligeramente superiores al resto. Cabe mencionar que se trata de áreas con un volumen poblacional muy superior al resto y con empresas ubicadas en núcleos urbanos

Tabla 13. Distribución geográfica de las empresas de la Economía Social del sector de los cuidados de Asturias. Año 2022

| Empresas de Economía Social | Número de empresas | |
|-----------------------------|--------------------|-------|
| | Absoluto | % |
| AS I: Occidente (Jarrio) | 3 | 12,0% |
| AS II: Cangas del Narcea | 0 | 0,0% |
| AS III: Avilés | 0 | 0,0% |
| AS IV: Oviedo | 7 | 28,0% |
| AS V: Gijón | 7 | 28,0% |
| AS VI: Oriente | 4 | 16,0% |
| AS VII: Caudal | 2 | 8,0% |
| ASVIII: Riaño (Langreo) | 2 | 8,0% |

Fuente: Abay Analistas a partir de datos del Registro Mercantil

Nota: Se han realizado estimaciones para la información faltante de algunas empresas.

Situación comparada de la Economía Social en el sector de los cuidados

La comparativa entre la situación de las entidades de la Economía Social y las entidades mercantiles permite contextualizar la posición de las primeras en el sector. **La representación de la ES en el sector en base al número de empresas es del 10,5%**. Se trata de 25 entidades de la Economía Social frente a 213 empresas mercantiles. En lo referente al tamaño de unas y otras, variables como el volumen de negocio, el valor agregado y el número de empleados evidencian que **las empresas y entidades de las ES son, de media, más grandes que las empresas mercantiles**. Así, aunque la ES representa el 10,5% de las empresas del sector, cuenta con el 13,6% del número total de trabajadores/as del sector y recoge el 13,8% del volumen de negocio y el 13,4% del VAB total generado por el sector.

En valores promedio, una empresa de la ES tiene entre 37 y 38 trabajadores, frente a los 29 de las empresas mercantiles. Con respecto al volumen de negocio y el VAB, una empresa media de la ES cuenta con un volumen de negocio un 36% superior a la empresa mercantil y un VAB, un 32% más alto (Tabla 14).



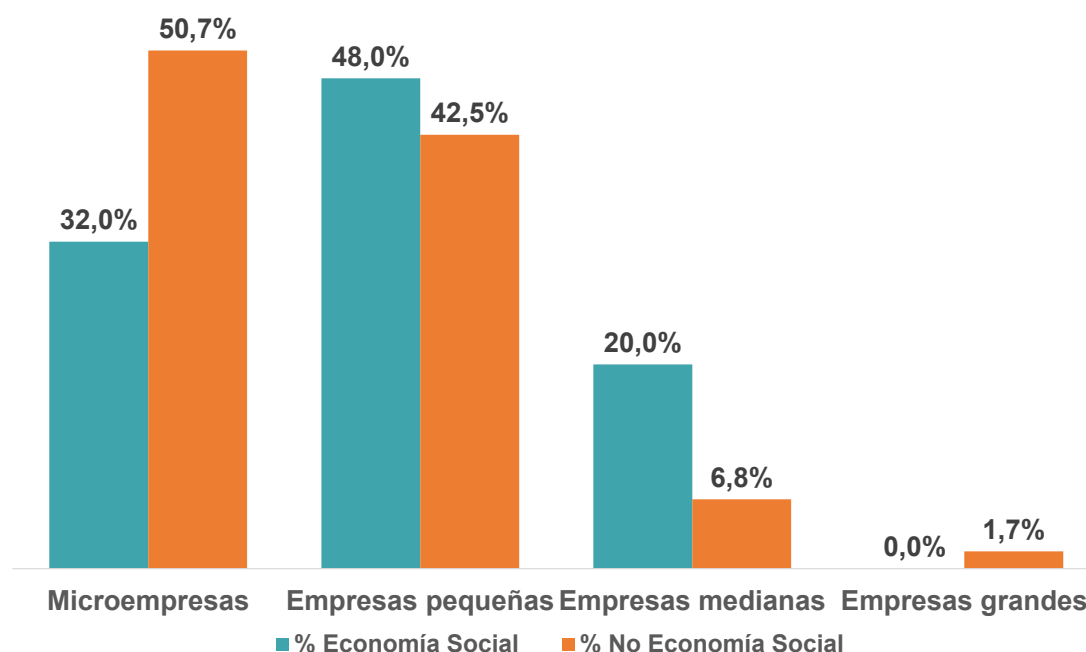
Tabla 14. Número de empresas, volumen de negocio, VAB y número de empleados de las empresas de la Economía Social y mercantiles del sector de los cuidados en Asturias. Año 2022

| | Economía Social | | No Economía Social | | Total |
|-----------------------------|-----------------|-------|--------------------|-------|-----------|
| | Absolutos | % | Absolutos | % | Absolutos |
| Número de empresas | 25 | 10,5% | 213 | 89,5% | 238 |
| Volumen de negocio (miles) | 29.100 | 13,8% | 182.013 | 86,2% | 211.113 |
| Valor Añadido Bruto (miles) | 20.785 | 13,4% | 133.906 | 86,6% | 154.691 |
| Nº de empleados | 938 | 13,6% | 5.950 | 86,4% | 6.888 |

Fuente: Abay Analistas a partir de datos del Registro Mercantil

La diferencia en el tamaño promedio de las empresas de la Economía Social y las empresas mercantiles del sector está causada principalmente por el gran volumen de microempresas registrado en las empresas mercantiles. Más de la mitad de las empresas mercantiles (50,8%) cuentan con menos de 10 trabajadores, frente al 32,0% de la Economía Social. La diferencia disminuye en el caso de las empresas pequeñas, que en la Economía Social representan un 48% en el total de empresas mercantiles supone un 42,5%. Las empresas medianas, en términos relativos, son casi cuatro veces más recurrentes en la Economía Social (20,0%) que en el total de empresas mercantiles (6,8%), (Gráfico 15).

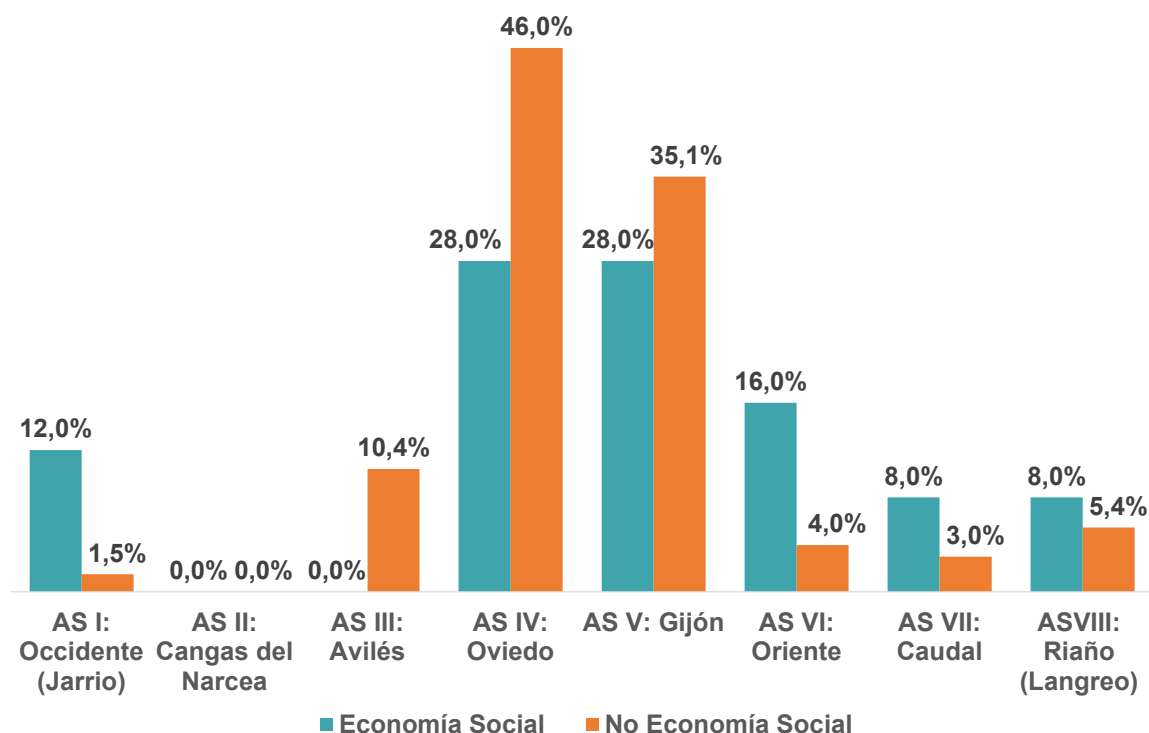
Gráfico 15. Tamaño de las empresas de la Economía Social y mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. Valores porcentuales (Nº de empresas). (2022)



Nota: Se han realizado estimaciones para la información faltante de algunas empresas.
Fuente: Abay Analistas a partir de datos del Registro Mercantil.

Con respecto a la comparativa sobre la distribución geográfica de las empresas de la ES y mercantiles se identifican diferencias significativas. En ambos casos hay una concentración en las áreas cuatro (Oviedo) y cinco (Gijón), aunque esta se da en menos medida en la Economía Social. El 56% de las empresas de la Economía Social tienen domicilio social en las áreas cuatro y cinco frente al 81,1% de las empresas mercantiles. Consecuentemente, la Economía Social tiene mayor presencia en las áreas uno (Occidente), seis (Oriente), siete (Caudal) y ocho (Riaño). También destaca la ausencia de empresas con domicilio social en el área dos (Cangas del Narcea) y la superioridad en la presencia de empresas mercantiles (10,4%) en el área dos (Avilés) ante la ausencia de entidades de la Economía Social.

Gráfico 16. Distribución geográfica de las empresas de la Economía Social y mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. Valores porcentuales (Nº de empresas). (2022)



Fuente: Abay Analistas a partir de datos del Registro Mercantil.

Nota: Se han realizado estimaciones para la información faltante de algunas empresas.

De acuerdo con el criterio de clasificación CNAE, la actividad del sector de los cuidados con mayor representación en Asturias, en base al número de empresas, es la “asistencia en establecimientos residenciales para mayores”, con un número de empresas superior al resto de actividades juntas, 121. Las actividades restantes cuentan con una representación de entre 2 y 33 empresas. Destacando por la parte alta: “actividades de servicios sociales sin alojamiento para las personas mayores” (33 empresas) y la “asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (19 empresas). Y por la parte baja: “actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad (2 trabajadores) y “asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física” (5 trabajadores).

Con respecto a la comparativa entre ES y no Economía Social, destaca el volumen relativo de empresas de la ES relacionadas con “actividades de servicios sociales sin alojamiento para las personas mayores” (CNAE 8811). Estas representan un 32% del número total de empresas de la Economía Social siendo, consecuentemente, la actividad con mayor representación (Tabla 15).



Tabla 15. Actividad de las empresas de la Economía Social y las empresas mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. Nº de empresas. Año 2022

| CNAE (Nº Empresas) | Economía Social | No Economía Social | Total |
|---|-----------------|--------------------|-------|
| 8710. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios | 5 | 14 | 19 |
| 8720. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia | 1 | 16 | 17 |
| 8731. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores | 4 | 117 | 121 |
| 8732. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física | 0 | 5 | 5 |
| 8790. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales | 0 | 2 | 2 |
| 8811. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores | 8 | 25 | 33 |
| 8812. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad | 0 | 2 | 2 |
| 8891. Actividades de cuidado diurno de niños | 4 | 14 | 18 |
| 8899. Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento n.c.o.p. | 3 | 18 | 21 |

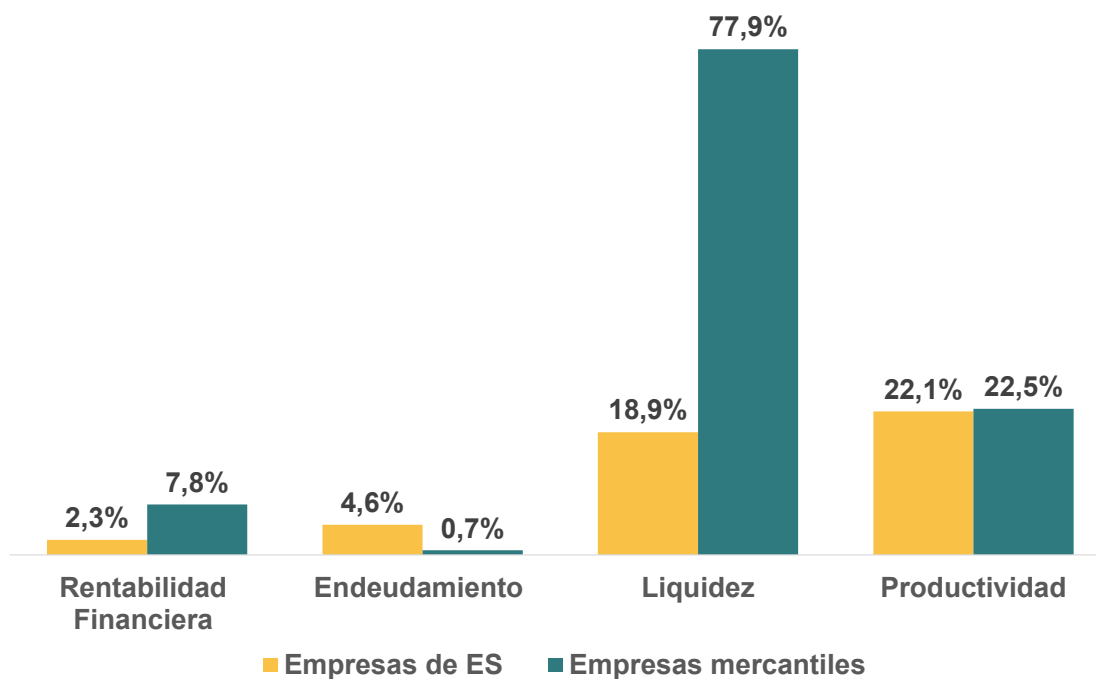
Fuente: Abay Analistas a partir de datos del Registro Mercantil.

Nota: Se han realizado estimaciones para la información faltante de algunas empresas.

Otro pilar clave en la comparativa entre entidades de la ES y empresas mercantiles es el análisis de las ratios financieros (Gráfico 17). En este caso se analizan las ratios de rentabilidad financiera, endeudamiento, liquidez y productividad.

- La ratio **de rentabilidad financiera** representa el rendimiento de una empresa sobre los fondos propios. Además, se obtiene a partir del beneficio tras deducir los intereses e impuestos. La ratio rentabilidad financiera de las empresas de ES y las que no pertenecen a la ES es, respectivamente, 2,3% y 7,8%.
- La ratio **de endeudamiento** representa el balance entre financiación externa y fondos propios. Las empresas de la Economía Social presentan un 4,6% y las empresas mercantiles un 0,7%. En ambos casos se trata de niveles de endeudamiento bajos, por lo que la dependencia sobre financiación externa de las empresas del sector no es alta.
- La ratio **de liquidez** representa la capacidad de una empresa de hacer frente a sus deudas en el corto plazo. En este caso las empresas mercantiles cuentan con ratios superiores a las empresas de la ES (77,9% y 18,9%).
- La ratio **de productividad** representa el valor agregado que produce un trabajador anualmente, los valores de ambos tipos de empresas son muy parecidos: 22,1% para la ES y 22,5% para la economía mercantil.

Gráfico 17. Ratios financieros de las empresas de la Economía Social y las empresas mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. (2022)



Fuente: Abay Analistas a partir de datos del Registro Mercantil.

Nota: Nota: Se han realizado estimaciones para la información faltante de algunas empresas.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DAFO DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Introducción

La revisión de fuentes documentales y el análisis de la evolución del empleo en el sector y los indicadores de desarrollo elaborados ad hoc en el capítulo anterior permiten elaborar un Análisis DAFO del sector en el Principado. Este análisis tiene, como el resto del Informe un enfoque económico y, por ello, es complementario a otros realizados con anterioridad, como los incluidos en la Estrategia Cuidas, que se centran más en los aspectos más operativos de los distintos servicios.

El análisis DAFO es una metodología que ayuda a sistematizar el análisis de la situación de un determinado sector a partir de la identificación de sus principales características y circunstancias agrupadas en una matriz con cuatro cuadrantes (Tabla 16)

Tabla 16. Principales componentes de un análisis DAFO

| | |
|--|--|
| DEBILIDADES | FORTALEZAS |
| Las debilidades son los aspectos negativos internos, del propio sector y que frenan su avance. | Las fortalezas (o puntos fuertes) son los aspectos positivos internos, en los que el sector se puede apoyar para seguir avanzando. |
| AMENAZAS | OPORTUNIDADES |
| Las amenazas son procesos externos que pueden actuar como obstáculos para el sector y limitar su desarrollo. | Las oportunidades son procesos externos que pueden actuar como facilitadores para el desarrollo del sector. |

Fuente: Abay Analistas

1. Análisis DAFO del sector de cuidados en el Principado de Asturias

El Análisis DAFO que se incluye a continuación, hace una identificación exhaustiva de las debilidades del sector, de sus principales fortalezas, de sus amenazas y de sus oportunidades y es el marco de referencia imprescindible para abordar las oportunidades que la Economía Social puede encontrar en este sector en la próxima década.



Tabla 17. Principales debilidades y fortalezas del sector de los cuidados en el Principado de Asturias

| DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|--|--|
| <p>DEMANDA DE SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La demanda de cuidados es muy superior a la oferta actual (pública y privada), es decir, hay hogares con necesidades que no están recibiendo ningún apoyo (ni público ni privado) ▪ La población con recursos medio-bajos, justo por encima del umbral de acceso al sistema público, tiene problemas para optar a los servicios de cuidados formales y acaba optando por la economía sumergida. ▪ El acceso a los servicios está muy burocratizado. ▪ Los tiempos de tramitación del acceso efectivo a los recursos formales son muy largos (petición, evaluación, propuesta de recursos, acceso al recurso) y hay un importante número de usuarios en el “limbo administrativo”. ▪ Hay una parte significativa de los hogares con necesidades que no llega a acceder a servicios formales (incluidas las empleadas de hogar) por no poder pagarlos. ▪ Hay una parte significativa de los hogares con necesidades que no llega a solicitar los servicios formales por falta de información. ▪ Hay una parte significativa de los hogares con necesidades que no llega a solicitar los servicios por obstáculos culturales (no quiere personas “desconocidas” en su domicilio). ▪ No hay evaluaciones que permitan conocer en qué medida los recursos formales se adecuan a las necesidades de las personas usuarias y su entorno. <p>OFERTA DE SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La participación de las personas y su entorno en la planificación de su propia atención es muy escasa en el modelo actual. ▪ El modelo de atención actual está excesivamente centrado en el servicio en lugar de en la persona, está poco personalizado. ▪ El modelo de atención actual tiene una importante rigidez organizativa y no permite la adaptación con flexibilidad de los recursos a los cambios en las necesidades o preferencias de las personas usuarias. ▪ Hay dificultad para incorporar personas al empleo de los servicios de cuidados, especialmente en el caso de la ayuda a domicilio. | <p>SISTEMA ACTUAL DE CUIDADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El desarrollo alcanzado por el sistema de cuidados en la región, con una alta variedad de servicios y una importante cobertura de necesidades. ▪ La implicación de distintos niveles administrativos en el desarrollo del sistema de cuidados. ▪ Las/os cuidadoras/es informales (familiares) siguen siendo un pilar clave en la atención de las necesidades de cuidados actuales. ▪ Las empresas y entidades que prestan los servicios de cuidados cada vez tienen un mayor compromiso con la calidad y el avance hacia una mayor personalización de los servicios. ▪ Algunos centros y empresas están avanzando en innovar para diseñar servicios más personalizados y más acordes a las preferencias de las personas usuarias. <p>TRÁNSITO HACIA UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La opinión pública demanda cada vez con más fuerza un cambio en el modelo de cuidados. ▪ Las Administraciones Públicas están concienciadas y comprometidas sobre la necesidad de hacer una transición hacia un nuevo modelo de cuidados. ▪ La Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias ya recoge las líneas principales para avanzar hacia el nuevo modelo. ▪ Hay un alto grado de acuerdo entre los actores implicados sobre la transición del nuevo modelo de cuidados hacia el que hay que avanzar |

DEBILIDADES

- Los recursos humanos de los servicios de cuidados formales profesionalizados tienen una formación insuficiente.
- La precariedad laboral de las personas empleadas en los servicios de cuidados es alta.
- Los salarios de las personas empleadas en los servicios de cuidados son bajos.
- El reconocimiento social de los profesionales de cuidados es insuficiente.
- La economía sumergida (personas que trabajan sin cotizar a la seguridad social) en los servicios de cuidados es alta.
- La formación de las personas contratadas como empleadas del hogar es insuficiente.
- La formación de los cuidadores informales (familiares) es insuficiente.
- La coordinación entre actores en el modelo de atención actual es baja.

EQUIDAD TERRITORIAL

- Se observan importantes desigualdades en la cobertura de las necesidades de cuidados entre las grandes ciudades y las zonas rurales.
- La dispersión de la población, las condiciones climatológicas y otros elementos hacen que el coste medio de los servicios en las zonas rurales sea muy superior, especialmente en el caso de la ayuda a domicilio.
- Las zonas rurales cuentan con una menor oferta de servicios de cuidados (menor variedad).
- La oferta de servicios actuales no se adapta a las necesidades de las personas usuarias, especialmente en las zonas rurales.

Fuente: Abay Analistas

FORTALEZAS



Tabla 18. Principales amenazas y oportunidades del sector de los cuidados en el Principado de Asturias

| AMENAZAS | OPORTUNIDADES |
|--|---|
| <p>DEMANDA DE SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Se espera un aumento de la demanda importante en la próxima década, debido al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida, y mantener o elevar las tasas de cobertura actuales es un importante desafío. Se espera un aumento de la demanda importante en la próxima década debido al aumento de los problemas de salud mental, y mantener o elevar las tasas de cobertura actuales es un importante desafío. <p>OFERTA DE SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> El deterioro de las finanzas públicas puede limitar la atención de las necesidades en los servicios de cuidados en los próximos años. Sólo se podrá dar respuesta al fuerte aumento de la demanda con una reducción de costes y es difícil hacerlo sin que afecte a la calidad de los servicios. La participación de las cuidadoras/es informales (familiares) se reducirá como consecuencia del envejecimiento de la población. El avance de la digitalización del sector elevará muchísimo la necesidad de formación y de recualificación en los recursos humanos del sector de los cuidados. A medida que avance la digitalización del sector habrá que diseñar medidas específicas para aminorar la brecha digital de los potenciales usuarios. <p>EQUIDAD TERRITORIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> El envejecimiento de la población puede limitar la incorporación de nuevos trabajadores a las empresas que prestan los servicios de cuidados, especialmente en las zonas rurales. El nuevo modelo se apoya en los servicios de base comunitaria, pero los recursos comunitarios en las zonas rurales están muy debilitados por el envejecimiento y la emigración a zonas urbanas. | <p>DEMANDA DE SERVICIOS- CAMBIOS EN LAS PREFERENCIAS Y HÁBITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Las personas usuarias cada vez van a ser más exigentes con su participación activa en los servicios de cuidados que reciben. Las personas usuarias cada vez van a demandar servicios de cuidados más personalizados, flexibles y ajustados a ciertas normas “éticas”. Los demandantes de los servicios de cuidados y su entorno cada vez tendrán mayores competencias en digitalización y eso permitirá la provisión de algunos servicios, o de parte de ellos, en formato digital. <p>TRÁNSITO HACIA UN NUEVO MODELO DE CUIDADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de base comunitaria (atención a domicilio y comunitaria) frente a los institucionales ofrecen una mejor “calidad de vida” a la persona usuaria y, por tanto, debe priorizarse su desarrollo. El nuevo modelo tendrá como objetivo prolongar todo lo posible la permanencia de la persona en su hogar y en su entorno comunitario habitual. Ello requiere el desarrollo de nuevos servicios, de carácter más integral. La promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia deben ser elementos troncales en el nuevo modelo de cuidados. Ello requiere el desarrollo de nuevos servicios, que aúnen el enfoque salud física y mental con necesidades sociales. El nuevo modelo va a favorecer la innovación en el sector de los cuidados porque habrá que pensar en nuevos servicios y en nuevas formas de prestar los servicios actuales. La digitalización permitirá aumentar la productividad de los servicios de cuidados. La digitalización permitirá mejorar la participación en el diseño, en el seguimiento y en la evaluación de los servicios de las personas usuarias y su entorno. El nuevo modelo deberá potenciar en mucha mayor medida el apoyo a los cuidadores informales y el desarrollo de servicios dirigidos a ellos. (formación, asesoramiento, servicios de respiro, atención psicológica...). La atención a domicilio y comunitaria frente a la institucional es, a medio plazo, menos costosa que la institucional para las administraciones públicas. |

- La recualificación y certificación de la experiencia de personas que han trabajado en los servicios desde la economía sumergida es una buena oportunidad para aflorar estos empleos.
- El desarrollo del nuevo modelo requerirá desarrollar ampliamente la cooperación público-privada.

OFERTA DE SERVICIOS

- Los nuevos servicios son una oportunidad para la creación de empresas participadas por los trabajadores/as y/o por los usuarios de los servicios de cuidados.
- Es importante acompañar el tránsito hacia el nuevo modelo y sus servicios de base comunitaria con encuestas que identifiquen las necesidades y preferencias de los potenciales usuarios.
- Es importante acompañar el tránsito hacia el nuevo modelo con evaluaciones sobre la calidad de los servicios y el impacto en la calidad de vida de las personas usuarias.

EQUIDAD TERRITORIAL

- El nuevo modelo, basado en la atención a domicilio y comunitaria, puede mejorar las tasas de cobertura de las necesidades en las zonas rurales y ciudades intermedias.
- El nuevo modelo favorece el mantenimiento de la población y de las economías rurales.
- El nuevo modelo genera nuevas oportunidades de negocio y de empleo, especialmente en las zonas rurales.
- Es necesario ampliar la delimitación de los servicios de base comunitaria dirigidos a los servicios de cuidados para incorporar recursos no específicos que pueden jugar un importante papel en el nuevo modelo.
- El nuevo modelo puede favorecer un mejor aprovechamiento de recursos públicos y comunitarios (infraestructuras, recursos humanos, recursos presupuestarios) o porque pueden elevar su grado de utilización o porque actualmente no tiene un uso definido.
- El cambio climático puede estabilizar la demanda fluctuante de personas mayores que ahora reside en Asturias de forma estacional en zonas rurales.

Fuente: Abay Analistas



CAPÍTULO IV. LA ECONOMÍA SOCIAL EN EL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN EL PRINCIPADO. LA VISIÓN DE LOS ACTORES CLAVE



LLES LIVING LAB
ECONOMÍA
SOCIAL



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



**ECONOMÍA
SOCIAL**
ASTURIAS

Introducción

En los capítulos previos se ha realizado una aproximación cuantitativa al sector de los cuidados en el Principado, a su evolución histórica y a las empresas y entidades de la Economía Social que operan en el mismo. **En este y los siguientes capítulos se introduce un enfoque metodológico distinto, apoyado** en la participación de actores clave y en el análisis cualitativo del contenido de sus discursos. Este enfoque se ha apoyado en la realización de **dos grupos de discusión y nueve entrevistas en profundidad** a distintos perfiles de personas expertas en diversos campos de interés para el desarrollo del modelo comunitario de cuidados (ver Anexo III).

En este capítulo se profundiza en la visión que la Economía Social tiene del escenario actual de los cuidados desde la perspectiva de sus organizaciones en el sector de los cuidados y en los denominados servicios de apoyo al desarrollo de un modelo de cuidados comunitario. Se introducen aquí dos conceptos claves en el marco conceptual de este capítulo y los siguientes. El primero de ellos, **servicios de apoyo** alude, a aquellas actividades que contribuyen de forma significativa a mantener a las personas dependientes en su domicilio y en su entorno. El segundo, **modelo comunitario de cuidados**, es un modelo donde toda la comunidad se implica en los cuidados y en la calidad de vida de las personas que requieren cuidados y sus familias. Un modelo en el que instituciones públicas y privadas, sin ánimo de lucro y con él se implican en movilizar, organizar recursos económicos, humanos y relacionales para mantener a las personas que requieren cuidados como miembros activos de la comunidad y dar espacio e integrar a la vejez y a la dependencia en dicha comunidad como procesos naturales.

Más concretamente, en este capítulo se identifican los elementos claves que, desde el punto de vista de la ES, integran el escenario actual, los obstáculos y elementos facilitadores que encuentran en el mismo las empresas y entidades de la ES y las iniciativas empresariales (de la ES o no, también autónomos y micropymes que no pertenecen a la ES) que están surgiendo para dar respuesta a las necesidades emergentes. Asimismo, se recogen las necesidades y demandas, que, en su opinión, deberían atenderse para avanzar en un modelo comunitario de cuidados en el que ellas tuvieran un espacio adecuado y pudiesen maximizar su aportación al mismo.

1. El escenario actual de los cuidados en el principado visto por la Economía Social

Desde el punto de vista de las empresas y entidades de la Economía Social y del resto de participantes en los grupos, los dos elementos que en mayor medida definen el escenario actual son: (1) el fuerte crecimiento actual de la demanda de cuidados (que se prevé aún muy superior a medio plazo) y (2) el impulso que se está dando a la transformación del modelo de cuidados de larga duración desde la administración autonómica, que va a implicar retos muy importantes para todo el sector. Cómo combinar y llevar adelante con éxito dos procesos de tanta envergadura que coinciden en el tiempo parece ser el reto principal de los próximos años.

Aumento significativo de las necesidades de cuidado y de la demanda de los servicios

Demanda creciente de servicios de cuidado profesionales por el fuerte aumento de las necesidades

Todos los actores de la oferta observan un fuerte incremento de las necesidades de cuidado en los últimos años, lo que mantiene los recursos con índices de ocupación muy elevados. En las zonas donde la renta per cápita de la población mayor es elevada, por



contar con pensiones relativamente altas, los recursos alcanzan niveles de ocupación elevados incluso sin subvención pública. Sin embargo, en este punto parece haber diferencias significativas de unas a otras zonas del Principado.

La previsión del crecimiento de la demanda se prevé importante a medio y largo plazo, en la próxima década y la potenciación de todos los recursos se ve imprescindible.

El centro de día se queda pequeño, porque es un centro dentro de un concejo, que es chiquito, no es tampoco tan grande.

A nosotros el concierto nos llegó en abril del año pasado. Hasta ahora éramos centro privado, y teníamos el centro lleno (centro de día en zona rural).

Yo creo que lo mismo que pasó cuando el baby boom en los colegios, hubo que concertar con los colegios privados porque había tal cantidad de gente para tener que ir a clase que no había infraestructuras. Ahora está pasando con los mayores. ¿Y qué pasa? que hay que potenciar los (recursos) intermedios, va a haber más intensidad de atención (en ellos), porque no hay residencias.

Pero estamos en una situación... en la cresta de la ola. Somos una provincia donde la población está especialmente envejecida y con una trayectoria de envejecimiento inminente. Y eso creo que es de dominio de todos, que Asturias es una provincia o región, con vistas a que la economía de cuidado sea algo prioritario en un futuro a corto plazo.

Aumento de los niveles de dependencia de los usuarios

El fuerte incremento de la demanda observado tiene, además, algunos elementos que caracterizan la evolución reciente de esta demanda y uno de los más importantes es, atendiendo a lo señalado por las empresas y entidades de la Economía Social el cambio en el perfil de las personas usuarias, que cada vez llegan con mayores niveles de dependencia a todos los recursos. Este elemento determina el contenido de los servicios de cuidado que se prestan en todos los recursos y también los avances, por ejemplo, hacia un modelo más integrado en la comunidad.

- Tenemos gente que les dan el grado 3, y no llegan a disfrutarla (la prestación), para que me entendáis.... Y que se nos mueren, de lo que ha tardado en llegar a este punto. A veces, incluso me atrevería decirlo, a lo mejor hasta suena feo decirlo, pero que en muchos casos un grado 3, se queda súper corto. Hay casos que dices tú, "¡madre mía!". Es una persona que está en casa, pero es que está sondada o que no se mueve de ninguna manera. La familia está sobrepasada, desbordada.

- Perdona, o no tienen familia.

- O no tienen familia, sí, perfecto. Entonces, claro, dices tú: "no los quieres sacar de casa porque es su entorno, (fuera) no están felices, no está cómodos..." Pero quizás nos vemos cojos, a veces, con las herramientas que hay.

[Hablando de la necesidad de mayor interrelación con la comunidad] Es que yo ahí veo un problema, que es el perfil de persona mayor tenemos ahora mismo en una residencia. Que no digo que no tenga la misma necesidad de tener contacto con la comunidad [] Sí, promueves que salgan, pero tienes que acompañarlos. Vuelve a ser (más) recursos, vuelve a ser tiempo...

Cada vez que salimos, es una ingente cantidad de tiempo, de recursos.

Los cambios asociados al tránsito hacia un nuevo modelo

El segundo eje del escenario actual de los cuidados en el Principado es el impulso que actualmente se le está dando al tránsito hacia un modelo de cuidados de larga duración más personalizado, más integrado en la comunidad, en definitiva, como objetivo último, hacia un modelo comunitario de cuidados

El cambio de modelo es ahora. Quiero decir, aunque lleva mucho sonando, ahora es como el "no va más". Y, además, ahora, es a toda pastilla.

Las empresas y entidades de la Economía Social indican que en sus centros ya se han introducido cambios muy significativos para avanzar en la dirección de un modelo más personalizado, pero se reconoce que es un reto de gran envergadura.

Nosotros tenemos en gestión ahora mismo en Asturias 4 centros. En total son algo más de 250 plazas residenciales, 24 horas de atención a personas mayores. Y, también, como decía la compañera, pues intentando adaptarnos a lo que supone la atención centrada en la persona, dentro del ámbito residencial. Teniendo en cuenta que la residencia es el domicilio, es la casa de esas personas y que debe ser lo más parecido, en habitabilidad, en trato, en actividades de apoyo que necesiten... Supone un reto grande. A nivel económico también es un sobre esfuerzo muy importante, pero entiendo que todos estamos implicados, no sólo entidades privadas, entidades sin ánimo de lucro, como es nuestro caso, (si no también) los organismos autonómicos. Esto abarca muchas cosas.

Incertidumbre respecto a los cambios asociados a la implementación del nuevo modelo

Un elemento importante del escenario actual de los cuidados es la incertidumbre en torno a la implementación de las directrices que marcarán los avances hacia el nuevo modelo.

La información referida a los cambios aún es parcial y llega de forma no oficial lo que favorece las especulaciones y la preocupación sobre cómo van a afectar a los actores. Y entre estas incertidumbres, destacan las relacionadas con los aspectos económicos, especialmente en estas entidades que, como se señalará más adelante, cuentan en muchos casos con rentabilidades muy reducidas.

¿Dónde quiere estar la gente, en su casa? Perfecto, pues vamos a ello. ¿Pero y cuando ya no pueda estar en casa? ¿Cuál es el recurso? ¿La residencia? Pues entonces vamos a preparar residencias para lo que vamos a atender. Qué no son hospitales, ¿eh?

A mí eso me parece muy bien. Me parece perfecto. Pero entonces vamos a hablar de lo que pasa en las residencias cuando llegan las personas. No son un grado dos, ni siquiera un grado uno, como lo estaban pagando hasta día de hoy en las plazas. Son grado tres en la mayoría de los casos. Pues, entonces, paguémoslo como tal.

- Lo que tenemos en común, es que hay carencias económicas. El elemento común es que no lo pagan.

- O que lo pagan mal. Ni lo pagan ni lo valoran, que no sé qué me duele más, que no lo paguen o que no lo valoren.

Yo creo que, si vas a mandar un modelo de cosas que tenemos que hacer, o exigencias que me nos vas a pedir, por lo menos, moléstate en ver cuál es la realidad en cada caso y pídelo acorde a las necesidades. Porque no son las mismas necesidades las nuestras, las de ellas, que las de ellas, porque no hacemos lo mismo. Entonces claro, pídenos cosas que podamos hacer.

Por ejemplo, el caso que decía antes, en una hora de ayuda a domicilio, no me pidas que haga..., es que no voy a poder hacerlo. En cambio, yo entiendo que, en una residencia, a lo mejor, o en un centro de día, [] Quizás, las auxiliares en el centro de día sí tienen más.

La sostenibilidad económica del nuevo modelo también preocupa porque se considera que las administraciones por sí solas no van a poder abordar el coste de un modelo como el que se propone, y con un crecimiento de la demanda tan alto. Y, por otra parte, se señala que las familias no tienen aún una predisposición al pago por estos servicios suficiente para mantener el nuevo modelo. Se apunta el riesgo a que esta falta de sostenibilidad económica, se traslade a las empresas y entidades y a las condiciones de trabajo de las personas empleadas.



El otro problema es el poder adquisitivo de las familias, no nos engañemos. Y el poder adquisitivo... O sea, el papel lo aguanta todo, el catering a domicilio... Y que te vayas allí, que te cuenten la película, pero ¿quién te paga la hora? o ¿los dos sueldos que van a estar con él y no sé qué? Eso viene detrás. Y si todos miramos a las administraciones, las administraciones eso no lo van a poder hacer.

Entonces hay una lucha entre que todavía no somos conscientes que estos cuidados hay que pagarlos, porque la atención sociosanitaria implica que tú estás en casa. Cuesta dinero, pero todavía no está la mentalidad. Tenemos que ir educando a las sociedades. Y luego están luchando para tener unos convenios adecuados. Y la lucha la tienen con los empresarios, no la tienen con la administración pública...

Cambios en las expectativas de las personas usuarias y sus familias

La situación vivida en la pandemia de la COVID 19 y la información que se va avanzando sobre el nuevo modelo han generado, especialmente en las residencias, por una parte, mayores niveles de supervisión por parte de las familias; y, por otra, la expectativa y el reclamo de servicios más abiertos, con más interacciones fuera de las residencias, también el caso de las personas más dependientes.

Es que las residencias sustituían aquello que en un hospital económicamente no te sale rentable. Entonces, ¿a dónde? A la residencia que es más barato. Y ¿qué necesidades hay que atender? Las básicas. Levantarles, darles de comer, vestirlos, ayudarles en lo que necesiten, cambiarles el pañal.

Resulta que, desde la pandemia, todo esto que, ya que veníamos viendo desde hace muchos años los que estábamos dentro, parece como que salta por los aires. Se vieron esas deficiencias, porque resulta que todo el mundo pensaba que en las residencias había médicos 24 horas, enfermería 24 horas, etcétera. Y no.

- ¿Han cambiado las demandas por parte los usuarios?

- Hay un nivel de exigencia que es estratosférico.

- No. Es que no tienen formación, no conocen el modelo... Lo cuestionan absolutamente todo.

(Hablando de cambios de personal) alguien se va a quejar. Que entiendes que lo que hacemos es una cuestión íntima, que es normal que tenga cierta reticencia (al cambio de personal), pero también son personas las que les van y también tienen necesidades, no son robots, no son máquinas.

Salimos, hacemos muchas salidas terapéuticas, hacemos una ingente cantidad de personal, de movimiento, tenemos transporte adaptado. Si hace falta, alquilamos autobuses. ¿Qué nos está pasando? Claro, ¿Quién va? Quién pueda Pues claro, lo que nos está pasando, es que las familias de los que no pueden ir, siempre te dicen "es que te centras en los que pueden ir". Pero es que no llego...

2. Principales obstáculos de las empresas y entidades de la ES en el escenario actual

Dificultades en la captación y retención de personal cualificado

Las dificultades de las empresas y entidades de la ES para incorporar y retener personal cualificado aparecen en el discurso como uno de los principales obstáculos en el desarrollo de su actividad diaria y la apertura de nuevas líneas de actividad en el sector de los cuidados. Este tema acapara gran parte del tiempo total de los grupos de discusión y parece ser un obstáculo central. Además, es especialmente acuciante en los servicios de ayuda a domicilio, por las peculiaridades que tienen los procesos de prestación de estos servicios y sus peores condiciones de trabajo respecto a otros servicios de cuidados. Y en las zonas rurales, por la menor oferta de trabajo. Cada una de estas

dimensiones o intersectorialidades elevan la incidencia negativa de este obstáculo sobre las empresas y entidades de la ES.

Entre las **causas de la escasez de mano de obra cualificada** se citan expresamente,

a) Las **propias condiciones de trabajo**, que no son buenas (horario, retribución, contenido del trabajo, cargas físicas...). Este punto se desarrolla con más detalle en el epígrafe siguiente.

b) La **competencia con otros sectores**, especialmente en el periodo estival, de las actividades relacionadas con el turismo, que ofrecen mejores condiciones de trabajo.

“Luego llega verano, hay que coger personal, contratamos al que sea, no importa. Este no acabó, da igual. Lo cogemos igual. Porque no hay personal. ¿Cómo puede ser? Hay un modelo impartido cercano, hay talleres de empleo y luego no hay nadie. No entiendo.

c) La **competencia con el sector público** en los períodos en los que requiere también ampliar personal,

Si, esto es un problema de cada verano. Como les llamen de Jarrio (del hospital), se me van.

Pero es que la propia administración te veta: si trabajas en el SESPA, te está puntuando, trabajas en la privada y no te puntúa.

Saben que allí tienen un lugar en la lista. Y ahí tienen algo que luego les puntúan. Lo mío no les puntúa, por cómodas que estén. Las que llevan tiempo no, porque te aseguro que hacemos todo para que estén a gusto. Se intenta pagar con cosas que salgan de nosotros, pero es que llega un momento que no da para más, por más que sigamos haciendo... No hay forma de sacar esto de otra manera adelante.

d) Y la **falta de interés de las personas desempleadas**, que, en muchos casos, tienen prestaciones económicas que cubren sus necesidades básicas y desincentivan la incorporación al empleo.

... hacer un taller de empleo, en el que cobro y luego si quiero trabajo, o no trabajo. Porque había gente que estaba en desempleo y luego ninguno siguió en el trabajo. Ninguno trajo ni un solo currículum. Ni uno.

En esta región, hablo de ella porque es la que la que un poco conozco, se está haciendo abuso de esas prebendas sociales. Hay mucha gente que está haciendo (de ellas) su “modus vivendi”.

Y llamas a la gente para trabajar, llega el verano, empiezas a preparar paquetes de trabajo y empiezas a llamar a todo el mundo y “No, no me llames, que estoy cobrando el paro”, “No, no, no me llames que tengo el salario social porque tengo un hijo”. No, no, no.

Una me dijo que estaba de vacaciones, que en septiembre la llamara. Te hablo de junio, para cumplir vacaciones de junio. Entonces yo llamé al director del SEPE de (nombre de concejo) y me dijo “Mándame los currículums”. Si los cortaron la ayuda, si pasó algo, no lo sé, pero es que no me importa porque me da mucha rabia. Que llames a una persona para trabajar y que te digan estoy cobrando el paro, estoy cobrando la ayuda social...

Entre las **estrategias seguidas por las empresas para mejorar la incorporación y la retención de personal cualificado**, se señalan algunas actuaciones, todas ellas **infructuosas**, como:

a) La **mejora de las condiciones laborales**. No obstante, se señala que, incluso cuando estas condiciones son relativamente buenas, es difícil retener a las trabajadoras.

[Nombre de empresa] tiene a todo el mundo a jornada completa y se trabajan entre 6:30 y 7 horas al día. Y luego trabajan un sábado y descansan el domingo; el siguiente descansan el fin de semana entero. Al siguiente, descansan el sábado y trabajan el domingo. O sea, que trabajan al mes, un sábado y un domingo. Todo el mundo a jornada completa y tres festivos al año. Y se nos va la gente. Todo el mundo cobra por convenio. Y se nos va la gente.



b) La **impartición de formación propia**, que permite formar de acuerdo a los modelos de intervención de las entidades y en las competencias más valoradas.

Nosotros tenemos una escuela de formación, es decir, tenemos el módulo privado en la residencia porque teníamos problemas para encontrar personal cualificado. Se forman en el modelo de atención que nosotros queremos, hacen las prácticas en la residencia. ¿Cuántos salieron de allí? Uno, que podías aprovechar...

- *[Hablando de cómo se resuelven las necesidades de personal] -¿Generando formación interna para poder cubrir las necesidades de cualificación?*

- *Esa era una gran expectativa, que no está funcionando tampoco.*

c) La rebaja de los estándares de cualificación habituales o deseados.

Como no hay gente. Cualquier persona que se forme con un curso de cualquier tipo, ya vale... ¡No, perdona!

- *A nosotros nos preocupa que se está potenciando muchísimo la figura del asistente personal, pero que creemos que al final va a ser exactamente el mismo problema que los auxiliares de ayuda a domicilio [] nosotros pensamos, qué bien, vamos a tener muchos asistentes personales, pero luego resulta que el primer problema con el que te topas es con la formación de esos asistentes personales.*

d) **Asumiendo las socias de las empresas los aspectos más negativos de las condiciones de trabajo** de los perfiles de más difícil cobertura para así mejorar las condiciones de las trabajadoras asalariadas y la tasa de retención en las plantillas.

- *Antes habéis comentado varias cuestiones que son como necesidades: mantener al personal, que el personal esté cualificado, ¿cómo cubrís eso? Ellas decían, trabajando el fin de semana*

- *Tampoco está funcionando. ¿Hay alguna manera más que tengáis, alguna estrategia más para cubrir esas necesidades?*

- *Machacando a los mismos socios continuamente cuando hay una incidencia, punto. Ya está. En lugar de trabajar 6:30, 7 horas que tienes previsto, trabajan 10 ese día. Porque hoy llamó una, que no puedo ir porque estoy mala, porque no sé qué. Porque si mi padre ingresó, si se opera mi abuela. Entonces machacando a los mismos, a los socios.*

Cuando hay una necesidad a nivel de flexibilidad horaria, de recursos, yo me dejo la piel para darlo siempre, porque por lo menos las (trabajadoras) que tengo, que son buenas y funcionan.... Yo si tengo que ir el sábado, el domingo para ayudar en esto, en lo otro, yo lo hago. Es un desgaste de las que son socias porque no das para más.

Las **necesidades de personal cualificado más acuciantes** o las vacantes de más difícil cobertura, parecen concentrarse en las Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), pero se extienden a más perfiles.

- *¿Qué ocupaciones, ahora, en este modelo de des institucionalizar?, ¿qué perfil?*

- *El propio personal de cuidados, el auxiliar sanitario toda la vida, es la titulación que se pide, bueno con los distintos nombres que hay.*

- *Sí, un título de grado medio, tanto de TCAE, como sociosanitario.*

- *¿Cuáles eran las vacantes con más difícil cobertura?*

- *Nosotros, enfermeros, fisioterapeutas y terapeuta ocupacional, que es el primer año que nosotros no lo tenemos cubierto.*

- *Nosotros auxiliares. Bueno, es que es lo que tenemos, auxiliares o personal de limpieza de edificios, que es otra cosa distinta.*

El **relevo generacional no se está dando en el sector** por las duras condiciones de trabajo y los cambios en los valores culturales de las generaciones más jóvenes y preocupa el impacto de esta falta de relevo en las empresas y en un modelo que se reconoce inadecuado e insostenible.

Lo que decía la compañera antes, tu busca ahora a gente joven que esté dispuesta a hacer lo que hacemos nosotros, a estar ahí, a sacrificar vidas, sacrificar familia. ¡Búscala!. Ellos trabajan para vivir, no viven para trabajar. ¡Te lo dicen así, abiertamente!.

Pero yo no sé cómo se va a sostener todo esto, porque sale a base de esfuerzo, de horas, de vida dedicada a esto, de comprensión de tu familia, de abandono a tu otra familia, porque nuestros padres son mayores y vivimos en la residencia. Nosotros por lo menos vivimos por y para la residencia. [] Al final eso no se puede normalizar.

La falta de personal cualificado está limitando la aparición una oferta de calidad en las zonas rurales, que se agudiza por el compromiso de la ES con la calidad de los servicios.

Con lo cual ahora, por ejemplo, decíamos, ayuda a domicilio. Con las necesidades sociales que hay, con esto de que ahora estamos fuera del mercado, porque ya hay que des institucionalizarse ¡Me parece fenomenal!, Pero digo “¿Cómo?” Yo quiero salir en ayuda a domicilio, ¿Cómo lo hago? ¿De dónde saco a la gente?”. Tendría que salir con mi gente, que ya tengo más o menos formada. Si tengo que coger gente nueva y al final no encuentro gente muy cualificada o con vocación, que es fundamental... No quiero cuidar de cualquier manera, por mucho que me lo pidan.

Condiciones de trabajo de las plantillas

Las condiciones de trabajo están en el origen, aunque no son la única causa, de las dificultades que las empresas tienen para incorporar y retener personal cualificado, como se ha señalado en el punto anterior.

Las empresas y entidades de ES declaran de manera explícita, entre sus principios y valores, el propósito de poner a las personas en el centro de sus empresas. Quizás por ello, son especialmente críticas con las condiciones de trabajo de las personas empleadas en el sector, y las gerentes y responsables de las empresas manifiestan continuamente su frustración por no poder mejorarlas. Como se verá más adelante, vinculan la precariedad laboral a las condiciones económicas de los contratos y convenios con la administración, especialmente a la insuficiencia de los precios, y a las características de la actividad, que no permite una organización de los procesos productivos adecuada. Las condiciones de trabajo más precarias parecen observarse en la ayuda a domicilio y en las zonas rurales.

Algunos de los aspectos más desfavorables en relación con las condiciones de trabajo son:

a) **La inestabilidad laboral y la incertidumbre sobre el tipo de jornada**, especialmente en la ayuda a domicilio en zonas rurales.

Los horarios, de pronto, los tienes súper establecidos, como tienes una rotura de horarios, porque unos (personas beneficiarias de la ayuda a domicilio) ingresan, otros mueren... La tarea laboral es muy complicada para los trabajadores. Por ejemplo, no puedes garantizarle básicamente la jornada laboral o el cobro a fin de mes, para que entendáis. Es muy complicado, porque hablamos de personas, desgraciadamente es así, y no las controlas. No tienes la previsión real. Es así.

b) El **desgaste físico y emocional** de las trabajadoras. En algunos casos, de edades avanzadas

- En un gremio, además, en el que yo creo que el desgaste físico, por ejemplo, para las trabajadoras, es brutal, es exagerado. Tenemos una tasa de bajas, de normal, alta.

- Una prevalencia de 85 bajas laborales en el 2022. Es insostenible.

La trabajadora se jubila con la edad, igual que el resto de personas, a pesar de que el trabajo de carga física, de que tú tienes que ser él sostén de otra persona que no se aguanta derecha, o no todo lo bien que debería. Que muchas veces con una persona no



basta (para sostenerla). Y, sin embargo, va una sola a los domicilios. Entonces, todo eso crea una situación... el desgaste psicológico y físico es brutal.

En otros sectores están prejubilando a la gente porque no adaptan a las tipologías. Y aquí, creo que está evidenciado el desgaste, y que tengas gente trabajando hasta los 60. Además, es que son situaciones dramáticas. Yo tengo gente que enferma, por situaciones drásticas. No le reconocen la incapacidad.

Ni son psicólogas para entender toda la carga emocional que tiene esa persona detrás.

c) **Los salarios no son atractivos**, ni respecto a otras actividades ni a las mismas ocupaciones en el sector público y las compensaciones por desplazamientos son muy bajas.

- Es que se trata de hacer atractivo a este sector. Al final, lo que no podemos hacernos un gueto con determinados perfiles profesionales con baja cualificación, que es el trabajo al que accedo, porque es de lo que hay. Y es que ese es el problema. Hay que hacer atractivo, y hay que pagarlo.

- ¿Atractivo el sector? Lo primero que tiene que ser un convenio y con buena remuneración.

Cada vez estamos más convencidas de que se necesita mucha formación, además de unos sueldos dignos también. Nosotros que trabajamos con el convenio de discapacidad... O sea, los sueldos, el dinero por kilometraje, es bajísimo. Entonces, ¿quién se queda? Nadie. La gente que al principio está un año o dos, que es joven, que acaba de terminar de estudiar y tiene mucha ilusión. Pero luego, cuando ves que por mucho que te quieras comer el mundo, eres más pobre que una rata, pues al final te vas a buscar otra cosa.

Se queda la gente que tenga mucha vocación y que tenga la suerte de que no haya una necesidad tan importante económica en casa, para que se pueda mantener, porque si tienes una necesidad muy grande, ya no puedes, es así de sencillo, no llegamos y no puedes hacer nada

Condiciones económicas de la contratación y concertación pública

El papel del sector público en los mercados de servicios de cuidados es dominante por su condición como regulador y financiador principal de la demanda, de manera que estos mercados, desde un punto de vista económico son mercados regulados y con dominio de los procesos de contratación o concertación públicas. Estos aspectos introducen numerosas rigideces en la organización de los procesos productivos de los servicios de cuidados, en la gestión del personal y en los aspectos financieros de las empresas y entidades. Y, en muchos casos, estos mismos aspectos determinan su baja rentabilidad económica y comprometen su viabilidad.

Las condiciones vinculadas a la contratación y concertación públicas que en mayor medida dificultan la actividad de las entidades de ES son las siguientes:

a) **Falta de adecuación de las condiciones de la contratación pública** a las especificidades de estas empresas, que en muchos casos integran a colectivos con especiales dificultades de acceso al empleo.

Siempre fuimos una cooperativa especialmente protegida, pero desde el 12 nos hicimos una cooperativa de iniciativa social. Somos una cooperativa sin ánimo de lucro. Los contratos que tenemos con la administración, pues son contratos como en el 90% de las empresas, bien de empresas al uso o bien cooperativas; que en Asturias solo quedamos desgraciadamente [nombre de las dos cooperativas], de unas 15 ó 20 que había en los distintos concejos. Con el precio de las horas y la situación que hay... Es complicado.

Está muy complicado, a la espera de que se actualice y se pueda sacar a contratación con cláusulas (sociales), como debería ser. Es lo que hoy día estamos pidiendo para mejorar la calidad de los cuidados y también mejorar las condiciones de contratación (de las trabajadoras). Porque es verdad que... piensas en la empresa, en trabajadores, piensas en la gente mayor.

Tú tienes un usuario que le ingresan 15 días, incluso un mes, dos meses y tú dejas de tener la hora. Has perdido de golpe 20, 30 horas, las que sean. Con la pandemia, imagínate la cantidad de horas que perdimos nosotros.

a) **Precios de los servicios inadecuados**, que no recogen los costes reales de las actividades, que ponen en riesgo la viabilidad de las iniciativas y que no se revisan con la frecuencia adecuada.

Yo, con el tema de la Administración estoy indignada, no, lo siguiente. No lo comprendo porque nosotros, por ejemplo, fuimos a una licitación en el año 2015, pues se fijó un precio, 1.223 € la plaza, un precio fijo que, además, iba siempre a la baja. Y desde el 2015 me están pagando ese precio, y además te ingresan sin discriminación de grado. Es decir, da igual el grado en el que ingresen, te pagan ese dinero.

- Y nosotros tenemos domicilios a los que vamos cuatro veces al día... [] en un pueblo que está en las faldas del puerto Pajares. Nieve, haga frío, sol, relampaguea. ¡Cuatro veces!] Es media hora para subir y media hora para bajar. Tú cobras media hora y estás hora y media de trabajo.

- Hay veces que lo hacen. En urgencias lo hacen, pero llega un momento que dices: “Yo estoy trabajando tres horas por la tarde y cobro dos, o una y media”.

Claro, y dices, ¿de dónde lo sacas? Porque no entra en la cooperativa en ningún momento ese dinero. Facturamos por usuario. Nosotros sólo tenemos una hora, hora y media. ¡Imagínate!, Pero tardamos media hora en ir y media en volver. Y eso, eso suponiendo que no te encuentres un tractor por medio, porque son carreteras para un vehículo. Lo que te toque, nevado o helado.

La incidencia de las inadecuadas condiciones económicas de los contratos y conciertos públicos y la escasez de personal disponible llevan a las iniciativas a trabajar con una importante **infradotación de recursos humanos y financieros**. Y, de nuevo, esta circunstancia tiene una incidencia especialmente negativa en las zonas rurales por las complejidades organizativas del servicio que se dan en ellas.

Sí. Y nosotros, además, sumaríamos el plus de la zona rural, y trabajar el fin de semana, cuando no hay ningún apoyo, no hay nada. O tener libres (las trabajadoras) -para cubrir bajas “a corre, corre”, urgencias “a corre, corre”- cuando no hay estabilidad laboral es muy complicado. Esa persona está libre, pero y ¿de qué vive?, ¿del aire? Tiene que estar para cubrir cosas, pero ¿cómo la mantenemos en la empresa para que cubra cosas? Si no hay con que. Está todo súper ajustado. Es muy complicado.

Es nuestra realidad. La realidad de [nombre de empresa] es exactamente la misma. Es que tenemos muchísimas similitudes: en zona rural, lleváis 26 o 27 años. 31 (nosotros), fíjate, y en zona rural, con una dispersión geográfica tremenda.

Los fines de semana, los sábados, trabajamos nosotras (las socias). Pero es un poco, para mantener el personal. Porque ya que encontraste alguien (como asalariada) ... Pues los sábados nos los cargamos nosotras, el transporte lo hacemos nosotras, nos lo cargamos todo nosotras.

Extenso marco regulatorio que afecta a las actividades de cuidados

La regulaciones administrativas y procedimentales de los servicios de cuidados son muy extensas, afectan a múltiples ámbitos de la actividad, y son muy muy rígidas. Los requerimientos y el cumplimiento son especialmente costosos, en tiempo y recursos, en las empresas más pequeñas. Además, la introducción de restricciones en la gestión del personal, limita la flexibilidad necesaria para organizar los servicios en condiciones de inestabilidad de las horas demandadas.

Y luego, inspecciones. Dos en este año. Una de ergonomía. Pues nada, ¡curso de ergonomía para todos!, Para ver cómo somos ergonómicamente viables para la ayuda a domicilio. Pero si cada paisano es distinto. Y cada circunstancia en cada hogar es distinta.



Ósea, la ergonomía..., Es muy bonito el curso, pero cada domicilio tiene sus peculiaridades.

Y luego inspección de trabajo, también por el tema de kilometraje. Claro, “tienen mucho kilometraje”, como si estuviéramos metiendo parte del sueldo... Que, digo yo: “¿os podéis poner a hacer el desplazamiento, y nos lo contáis?” Pero, ¡menuda inspección de kilómetros! De mandar meses y meses papeles que hay, hasta el último momento.

Nos pasamos la vida registrando, para nada. Ya, perdona. Debemos cuidar. ¿Queréis que nos centremos en los mayores?, ¿que vayamos de paseo juntos al jardín?...

... y solo hay una coordinadora., ¿Qué hace, se multiplica? Yo en mi caso, trabajo todos los días del año. Y te dicen: “No, no es que hasta que no llegemos a 200 usuarios...” No sé cuánto es..., ya entran dos coordinadoras. Antes no te lo puedes permitir porque económicamente nadie lo paga. Y eso hace falta porque lo que pasa es que una persona no puede trabajar de lunes a domingo con festivos incluidos. Yo estoy reventada. Lo digo en serio.

Y también hay preocupación por la información que está llegando sobre los nuevos requerimientos que se proponen incorporar a los servicios, ante la posibilidad de que eleven enormemente los costes de cumplimiento.

Yo creo que deberían pensar en algún momento la exigencia que nos piden. Estamos promoviendo un modelo de cuidados.... Yo estoy viendo documentos del Principado ahora mismo... Una fila de papeles, de todo lo que nos quieren pedir, de todo lo que va a puntuar, lo que es necesario para tramitaciones y demás... Y yo solo veo papel, papel y papel. Y burocracia. No te están solucionado nada.

Nos están pidiendo cosas, que tú, a lo mejor en una residencia o un centro de día o en un centro rural, quizá, tengas más tiempo con el usuario, para sentarte con él y pensar en su pasado... A hacer unas fichas, que es lo que básicamente empiezo a leer yo en esos documentos... Pero en ayuda a domicilio, os digo que la hora llega de milagro para todo lo que hay que hacer en un domicilio, donde en una hora tienes que hacer todo para que ese señor o señora al día siguiente esté viviendo con dignidad hasta que tú vuelvas otra vez.

... y buscar cosas que realmente mejoren lo que hacemos. No papeles, papeles que dicen que haga una ficha el usuario, lo que le importa, que no le importa. Un papel de cada usuario. Pero, ¿han mejorado el trabajo para el auxiliar? Si el auxiliar hace todo esto, no lo va a duchar, no lo va a vestir. Es que no hay tiempo.

Falta de reconocimiento

Las empresas y entidades demandan un mayor interés de las administraciones públicas por su situación y sus necesidades como organizaciones que prestan unos servicios de gran importancia social; y un mayor reconocimiento de aquellas entidades que consideran que trabajan con buenos niveles de profesionalidad. Hay una percepción de falta de apoyo, que se evidenció también en el complejo escenario de la pandemia.

Todo el día estamos demostrando que somos buena gente. Inspecciona más. Vete a los que ya sabes que lo hacen mal.

Las inspecciones son casi nulas y cuando existen, exclusivamente van a inspeccionar aquello con un cumplimiento exhaustivo, radical. Y se van. El resto no les importa. Desde el 2014 no nos vienen a inspeccionar... El otro día le dije “Hombre, bienvenida”. Me dijeron, “Es que vamos a incrementar el número de profesionales” Diré yo lo mismo cuando no tengo gente para atender, “que atiando irregularmente porque no tengo profesionales”. A mí no me parece coherente.

En plena pandemia, pues lo mismo. Nada más que exigencias, exigencias. He llegado a tener tres amenazas de inspecciones de tres ámbitos diferentes. Que dije “Por favor, pedidme un informe de ocho hojas diciéndonos que nos van a ayudar a revisar la letalidad, a ver a qué atendía, porque eran contradictorios unos con otros. Nadie te contesta.

Reducido nivel de transformación digital en el sector

El nivel de transformación digital en los servicios de cuidados es muy bajo. La tecnología está ya disponible, pero choca con la brecha digital en las generaciones que actualmente son demandantes de estos servicios y con grandes obstáculos culturales en su consumo (desconfianza, inseguridad, falta de habilidades digitales mínimas...). Se espera que, en un futuro, a medida que se vayan incorporando nuevas generaciones con mejores competencias digitales a la demanda, los niveles de penetración de estas tecnologías vayan aumentando.

Lo que podemos es automatizar procesos. Y donde se necesitan muchos recursos que no hay, a lo mejor podemos simplificar trabajo para que, con los recursos existentes se llegue a atender a todo el mundo. Y, además, yo creo que podemos aportar, con la experiencia que tenemos, independencia y confianza a personas que han ido perdiendo capacidades y que se sienten frágiles, que se sienten débiles o que se sienten pequeñas frente al entorno.

Tenemos soluciones de control de sueño, de control de movimientos, de localización de personas. Todo eso es nuevo. Entonces pues entran muchas dudas. Para conseguir una venta, tienes que ir a que el cliente lo entienda -que el cliente normalmente es la hija de la persona mayor o de la persona dependencia- y vea que le va a ayudar a cuidar a su padre o a su madre mejor. Y luego que al usuario le encaje.

Dificultad, pues la brecha digital, es así.

Pero sí recurriremos a la domótica, porque cuando llegue un momento que una persona de noche pueda caerse, la domótica tiene esas soluciones.

Lo que comentabas antes de los sistemas, tenemos en la tele asistencia domiciliaria. Hay una serie de mejoras en los contratos en los que se ofrecen dispositivos, por ejemplo, de control de presencia, de humo, de apertura de cierres automáticos y demás. Nos cuesta mucho todavía. La gente mayor de hoy no es como la gente mayor de hace 15 años, pero todavía no es la gente mayor que seremos nosotros. Entonces, "a mí que me pongas eso en una puerta y que me lo abra una desde Madrid". ¿Sabes? Todavía tienen ese miedo, esa desconfianza.

Obstáculos culturales al consumo de nuevos servicios

Y los obstáculos culturales, vinculados a la dificultad para aceptar una oferta profesional en servicios que han sido prestados siempre en el ámbito familiar, o a pagar por ellos, o a consumir nuevos servicios es aún muy significativa, especialmente en el ámbito rural y amenaza la supervivencia de los emprendimientos en servicios de apoyo a los cuidados y al surgimiento de una oferta privada en ellos.

Soy la administradora de Cooperativa [Nombre]. Digo "soy todavía" porque hemos cerrado. Lamentablemente, hemos perdido la cooperativa de trabajo asociado. Hemos tenido que cerrar. Hemos enfocado esto a un servicio de comida a domicilio para personas mayores, pero en el entorno.

La mayor dificultad fue no tener el apoyo institucional, porque claro, lo que vimos es que no podíamos ir con una puerta debajo del brazo recorriendo todas las aldeas diciendo "mirad qué bien cocinamos, qué bien hacemos las cosas". Porque la gente, sobre todo en las aldeas y en el entorno rural [] la gente es muy desconfiada.

Entonces, tenía que venir todo de manos de otra persona. De alguien de su confianza, que le dijese, "oye mira, prueba esto", porque no es una cosa que inventásemos nosotros. Este sistema de comida a domicilio en el entorno rural, aquí en Asturias hay varios sitios. Y están funcionando muy bien. Y en el resto de España, por supuesto, también.



3. Elementos facilitadores de las empresas de la ES en el escenario actual

En el escenario actual, las empresas y entidades de la Economía Social no sólo se enfrentan a obstáculos, sino que también cuentan con apoyos y elementos facilitadores en el desarrollo de su actividad y en la consolidación de su posición en el sector. A continuación, se destacan algunos de los señalados en los grupos de discusión y las entrevistas.

La implicación de la administración local en la resolución de las necesidades

La implicación de algunos concejos en la resolución de las necesidades de sus vecinos es un elemento clave en la articulación de las actividades de cuidados y, de cara a la articulación de un modelo comunitario, en los grupos se ha evidenciado cómo el compromiso de los actores y su coordinación pueden suponer un cambio radical en el funcionamiento del sistema de cuidados.

Yo esa problemática no la tengo. Nuestros trabajadores sociales van a los domicilios, a visitar a la gente y a hacer la solicitud de ayuda a domicilio. Es que os lo dije, que los servicios sociales de Lena, funcionan muy bien.

- Nosotros llegamos a un sitio y si la familia tiene una grúa, estupendo. Si no la tiene, pues nada...

- No. Nosotros, el ayuntamiento tiene 20 grúas, que pone a disposición de la comunidad, 40 camas articuladas y 200 colchones anti escaras. En ese sentido, Pola de Lena funciona muy bien.

- ¿Qué tenéis una alcaldesa, o un alcalde?

- Una alcaldesa. Tenemos un trabajador social que creo que es el alma mater.

- Esta corporación tiene que reunirse con otros trabajadores (sociales). Hay que exponer lo que funciona, para que otros lo puedan copiar.

- Somos la excepción. Es que voy a todas las reuniones, y somos la excepción. Están hablando de cosas que en el Ayuntamiento de Lena ya hace años que trabajamos así.

Sí, es un pequeño pueblo, de 12.000 habitantes, nada más, prácticamente nos conocemos todos. Entonces, nos coordinamos muy bien con el Ayuntamiento y la ayuda a domicilio. Tenemos mucho trato con la residencia. La verdad es que nosotras en ese aspecto, lo tenemos todo muy, muy a favor.

Reconocimiento de la aportación de la ES a la cohesión social y territorial

El apoyo de las administraciones públicas, especialmente de la administración local a las empresas y entidades de Economía Social, a las que reconocen como un actor clave en la cohesión social en su territorio, es otro de los principales elementos facilitadores señalados por este tipo de empresas.

Somos una empresa formada mayoritariamente por mujeres en zona rural, con familias monoparentales, con una serie de cosas, somos políticamente correctos en nuestra zona y somos ciento y pico trabajadores. Empezamos cinco pelagatos, hace 25 años. Y somos ciento y pico. Bueno, pues quiero decir..., estamos mimados por la administración local, eso he de decirlo.

Nosotros prestamos un servicio a la ayuda a domicilio, tenemos un contrato con la administración y nos apoyan, tanto el técnico municipal como todos los partidos políticos, prácticamente desde el minuto cero.

A nosotros también, igual que vosotras. Tenemos mucho apoyo por parte de la administración local, del ayuntamiento.

Implicación y compromiso de los trabajadores

El compromiso de las trabajadoras socias de las empresas de la Economía Social ya se ha señalado en los puntos anteriores, en los que se ha visto cómo su dedicación es determinante en un contexto de infradotación de recursos y servicios que se demandan veinticuatro horas al día, siete días a la semana. Sin embargo, se señala que el compromiso de las trabajadoras asalariadas y su implicación es también clave en este tipo de empresas y entidades.

Por vocación o porque realmente lo sienten, porque realmente están comprometidos. En nuestro caso, en cada residencia siempre tienes a un grupo que tira y que tira mucho. Porque está por lo que estamos haciendo, porque siente ese compromiso..., pero al final es muy individual. Quiero decir, no es porque nadie apoye, no. Es que dentro de toda la organización siempre hay unas personas que tiran, pues a base de esfuerzo personal, de sacrificio, de muchas cosas.

Como las (personas) que se han ido de vacaciones, pero siguen pendientes. Porque luego quieren volver y que eso esté como lo han dejado. No volver y que sea aquello un caos. De hecho, están pendientes del móvil, por si le hace falta algo a la que está cubriendo.

Reconocimiento de los usuarios a la calidad del servicio

A pesar de que la demanda lleva a las empresas y entidades a través de la contratación pública, el reconocimiento de las personas usuarias, ya sean de la demanda pública o privada es también un importante elemento facilitador. De hecho, la mayoría de las empresas y entidades señalan el reconocimiento de los usuarios en la calidad de los servicios.

A nosotros nos mueve el boca a boca y nuestro trabajo diario.

Integración de servicios

Por último, entre los elementos facilitadores del desarrollo de la actividad de estas empresas y entidades es la integración de servicios en los centros o los acuerdos de colaboración con otros servicios de apoyo para organizar de forma conjunta la prestación de algunos servicios.

Nosotras intentamos, dentro de lo que es el horario del centro, de 08:30 a 18:30, que tengan todos esos servicios cubiertos dentro del centro. Peluquería, logopeda... todos los servicios.

Hay muchísimos problemas con las entidades financieras. A lo mejor es una cuenta que se bloqueó o una autorización... Y tienes que andar con una persona en silla de ruedas, pero ¿dónde se vio eso? Suba usted, que es el director del banco y agilice. Unos días al mes, aunque sea, que no hace falta todas las semanas. No lo consigues.

4. Necesidades y propuestas

Se les ha preguntado también a las empresas y entidades de la Economía Social cuáles son sus principales necesidades y propuestas para que este tipo de empresas, además de su aportación claramente diferencial al empleo y a la cohesión social, pudieran contribuir también a una optimización de los recursos disponibles. En concreto, cómo podría dar mejor visibilidad a la contribución diferencial que estas empresas realizan y mejora la colaboración con otros recursos.

La mayoría de las propuestas formuladas, con la excepción de las cláusulas sociales, no son para la ES, sino que las empresas y entidades aportan propuestas para mejorar el modelo de cuidados, aquellos aspectos que identifican desde sus diferentes posiciones



y que podrían favorecer todo el modelo en su conjunto. Este aspecto muestra también la implicación de estos actores con el sector en su conjunto.

Cláusulas sociales

Una de las principales propuestas formuladas por las empresas y entidades de la ES ha sido la aplicación de cláusulas sociales, cláusulas que reconozcan de manera explícita su contribución a la cohesión social y territorial, y que les facilite el acceso a la contratación pública. Esta es una demanda antigua, que no se ha visto satisfecha hasta el momento. La Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público ya prevé distintos mecanismos de discriminación positiva, de hecho, consolida y amplía la figura de la reserva de contratos, pero parece que su utilización está siendo muy reducida. La administración señala que sus intentos de discriminación positiva se ven frenados por la falta de capacidad financiera (o tamaño) de las empresas o la dificultad de hacer lotes en los contratos. Sin embargo, desde la ES se entiende que falta voluntad política para aplicar las posibilidades que contempla la Ley.

- En cuanto a la contratación pública, quizá sea el impulso para que finalmente se tengan en cuenta estos nuevos modelos que deberían mejorar el servicio; porque apuesten por empresas o modelos empresariales que, a lo mejor, quieran tener en cuenta ese tipo de mejoras en una empresa, o simplemente el hecho del ambiente laboral o la flexibilidad horaria. O lo que sea que tengas que tener para que trabajar no sea una esclavitud.

- Llevamos 30 años peleando con las administraciones y ahora la Ley de Contratos del Estado que lo permite, permite reserva de contratos con pequeñas cooperativas. Siguen sin hacerlo, porque para una funcionaria o un funcionario es mucho más sencillo decir, "yo hago una gestión con [Nombre de una gran empresa] que me lleva 4.000 usuarios a la vez".

- Hay reservas de contratos. Sí, sí. Incluso para sacar a concurso, que está pasando en toda España. Vamos a ver, es un tema que tiene pruebas. Tenemos cooperativas en las zonas rurales y no las tenemos en las grandes ciudades por esa situación.

- Cuando estaban (las cooperativas), que estaban en Oviedo, que estaban en Avilés y que estaban en Gijón, no había nada que subrogar. Cuando llegaron los grandes, cogieron lo que quisieron... Ese es un problema de la Economía Social y de las administraciones. Treinta años llevamos planteándolo, vamos a hacer cuarenta años.

Asimismo, se señala que, dada la importancia que este tema tiene para la ES, su organización representativa ha realizado incluso distintas actuaciones de sensibilización en los concejos,

- ASATA se ha planteado dar a conocer qué es la Economía Social, a qué se dedica, qué es lo que puede aportar a los diferentes ayuntamientos, pequeños me estoy refiriendo, es por algo. ASATA ha visto que existe esa necesidad, que hay un desconocimiento muy grande por parte de pequeños ayuntamientos, de que hace dos o tres años cambió la legislación y que ahora ya se pueden contratar empresas bajo la modalidad de reserva de contrato.

Una de las cosas que veo es que se exige prácticamente lo mismo a un pequeño emprendedor, a una pequeña cooperativa, que, a una gran empresa. Eso asfixia.

Se limitan a hacer todos los años lo mismo, todos los meses, el mismo evento que hicieron el año anterior. Y en el caso de empresas que se crean, o iniciativas que se crean, lo que estábamos hablando antes, el papel que está haciendo ASATA, es porque les da miedo. No salen del copia y pega, como tengan que cambiar algo ahí del copia y pega, "Uy no, no".

Es que estar en la zona de confort, es muy fácil. Estar ahí metida.

Dotación de recursos económicos y humanos suficientes para el desarrollo del nuevo modelo

Las empresas y entidades de la ES demandan recursos económicos y una oferta de personal cualificado suficiente para hacer del nuevo modelo de cuidados, más centrado en la persona, una realidad sostenible.

Están diseñados unos modelos que... Yo todavía no vi el soporte económico de ese modelo. Están queriendo definir unos procesos de atención con un criterio de profesionales que no tiene una cualificación adecuada. Si queremos un modelo de atención con calidad, con calidez, con todo ese tipo de criterios, no vale cualquiera. Están habilitando formaciones de cualquier tipo, cursos de no sé cuántas horas ¿Y ya están preparados para cuidar a la persona mayor?, No, perdona. Están hablando de auxiliares de referencia, bueno, que sean como confidentes, no son psicólogos. Tienen que tener todas las cualidades de un montón de profesionales. Están diseñando algo súper idílico, pero sin tener en cuenta las realidades que tenemos.

Estamos muy preocupados por la sostenibilidad de esto [proyecto piloto]. Hemos creado un equipo multidisciplinar financiados por la Unión Europea hasta el 2024, en el que eso se va a acabar, en el que tenemos psicóloga, terapeuta ocupacional, maestra de educación especial, persona de pedagogía Waldorf, una persona ha trabajado con personas con discapacidad y en talleres de arte y una maestra de infantil. Entonces, claro, es perfecto. Y una preparadora laboral, entonces claro, es magnífico, porque, además, ocupa todas las edades

Mayor coordinación de recursos de cuidados

Otra demanda de las empresas y entidades de la ES se concreta en que la Administración impulse una mayor coordinación entre los recursos que operan en un mismo territorio, lo que redundaría en una mejor calidad de vida de las personas con necesidad de cuidados y su entorno.

Nosotros sí que nos dedicamos a la atención residencial a personas mayores. Pero sí que es verdad que existe una descoordinación, incluso desconocimiento, de un montón de recursos que hay alrededor y que quizás si trabajásemos todos más en colaboración, podríamos sacar muchísimo más, incluso con la ayuda a domicilio. Pero es que esto tampoco se plantea desde la Administración, que sería desde donde se debería dar un poco el impulso.

Está muy bien hablar de la atención centrada en la persona, pero y ¿la integralidad de esa atención? Es decir, vale, yo vivo en un pueblo y a lo mejor ahora mismo, la ayuda a domicilio me satisface, esas necesidades de apoyo. Y luego, pueden existir momentos puntuales en los que necesite otro recurso, yo qué sé, un descanso familiar. ¿Por qué no coordinarse con la residencia que exista en la zona? Y que todos podamos, de alguna forma integramos, si es que al final le damos la atención a las mismas personas.

Valoración social del sector y de los servicios que se prestan

La falta de valoración del trabajo realizado y de la aportación que estas empresas y entidades realizan al bienestar colectivo es, como se ha señalado, un obstáculo que genera frustración en los profesionales del sector. Por ello, se solicita que esta valoración sea amplia y englobe desde los aspectos económicos a los culturales, pasando por los medios de comunicación.

Son necesidades básicas, tan esenciales en la sociedad y, a la vez, tan poco valoradas, a nivel económico, tan poco valoradas en cuanto ayudas o facilidades, digamos.

[Hablando de la situación en la pandemia y la mala imagen del sector durante la misma] Todavía, algo queda. A la mínima noticia, que sale de las residencias, estamos todas en el ajo. Te llega una familia durante la comida, los propios residentes...



Pero, es que, la propia sociedad mira a otro lado (de las residencias). Y en temas de comunicación, nos están demonizando siempre.

Nos sentimos muy presionados. Aparte, encima, la sensación de que somos como los malos de la película, en las residencias, en los domicilios. No. Estamos intentando ayudar a la gente, a que no haya que institucionalizarla, porque no les gusta dejar su casa. Yo lo entiendo, pero llega un momento que ya no tiene solución con una vez al día. Y creo que ya basta, que hay que quitar el demonio de lo que es la residencia.

Incorporación del enfoque preventivo en todos los servicios

Los profesionales de la ES señalan la falta de desarrollo del enfoque preventivo y las implicaciones que algunas decisiones cortoplacistas o la excesiva protocolización de los servicios tienen en el deterioro de la salud de los pacientes y en el agravamiento de sus niveles de dependencia. Estas decisiones son contrarias a un modelo que tiene como uno de sus pilares claves alargar la estancia de las personas en sus domicilios.

Yo, por ejemplo, en mi campo... me doy cuenta que está todo muy protocolizado. No puede ser que una persona que tenga 84 años y necesite una prótesis de cadera, como no le va a dar rendimiento a esa prótesis, porque se va a morir en 20 años, 10 o 15 a lo sumo, no te hacen un recambio de prótesis. Y esa señora la dejas en su casa caminando mal. Cada día va a caminar peor, con muchos dolores y no le prestas atención a esa señora.

La gente que está en casa, que no puede llegar al hospital, [] está destinada a no hacerse ellos la rehabilitación y perder movilidad. Y luego tener que tirar de ayuda a domicilio de familiares o de una residencia.

Y el fisio, que es el que está continuamente con los pacientes, Él es el que los trata, porque el rehabilitador los ve una vez cada 15 sesiones que le dan. No tenemos potestad para cambiar el tratamiento, si vemos que no está bien hecho o que (al paciente) no le mejora.

La cultura preventiva, en todos los terrenos, tanto en el social como el sanitario, tiene muchas carencias. "Es muy difícil hacer cultura preventiva". Pero habrá que empezar por algún lado, porque esto es un problema.

Más apoyo para los cuidadores no profesionales

Las propuestas dirigidas a un mayor apoyo a los cuidadores no profesionales no surgen de manera espontánea en el discurso de los grupos de trabajo. Preguntados sobre qué tipo de cuidados o de necesidades tendrían estos cuidadores o cómo podrían generarse servicios de cuidado para las familias de las personas dependientes, sólo surgen necesidades vinculadas al cuidado de las personas con discapacidad y necesidades de apoyo en la toma de decisiones familiares relacionadas con la gestión de la dependencia.

Hay familias que están sufriendo, desde los padres que acaban de darse cuenta que tienen un hijo con parálisis cerebral, sordera lateral, con síndrome, lo que sea. Y que lo que les dan es apoyo a ese crío. ¡Para ti no hay nada!, Las medidas que hay son de risa y la comprensión y el entendimiento de la sociedad de estas cosas es nulo.

¿Qué falta, desde nuestro punto de vista? Falta: primero, que haya realmente un equipo más allá de la atención temprana que acompañe a los padres en ese duelo inicial, en el que realmente te explique un poco, vaya contigo y te lleve de la mano diciendo qué va a ocurrir.

Todas esas etapas de la vida necesitan que haya alguien que acompañe ese proceso en todos los sentidos, a la persona y a los padres, que sepan cómo educar a sus hijos tan difíciles de educar que no se parecen a sus hermanos, ni a sus sobrinos, ni a sus primos, y que lo único que hace es levantar culpas, levantar frustración porque las familias piensan que no pueden, que no saben. Y que, al final, queda todo en una indefensión aprendida enorme, en la que ya no te atreves a quejarte porque te sientes culpable, porque crees que eres tú el que lo hace fatal.

Muchas veces se nos planteó. Llega gente con su madre y su padre, con grado 3, o mucho peor incluso: "Es que queríamos saber qué tenemos que hacer para que venga al centro de día" ... Y nosotras nos quedamos... "Es que aquí no puede estar. Es que un centro de día, no es para venir y dejarlo ahí en un sillón. Para estos casos hay otros recursos, como una residencia", ¡Ay, no, no, la residencia no!

Herramientas para que los usuarios y sus familias planifiquen sus servicios de cuidados

Los actores de la ES dan también bastante importancia a dotar a las familias y a las personas en general de herramientas que les permitan planificar los servicios de cuidados que van a necesitar en un futuro, a gestionar adecuadamente la dependencia o la discapacidad.

Les digo a mis padres, un día se me ocurre decir en casa: "Oye, mira que es que para que todo funcione mejor, podríamos empezar a hablar de cosas, de cómo queremos el futuro, cómo podemos afrontar la vejez." Y me dice mi padre: "Oye, si vas a hablar de eso, vete para la residencia, que aquí queremos estar mucho más alegres". No quieren afrontar la dependencia, ni la atención, ni cosa que se parezca...

Es responsabilidad nuestra decidir cómo queremos ser tratados después. Es que yo a mis padres también se lo digo: que no llegue el momento en el que sea yo la que tenga que decidir cómo van a ser las cosas. Tendréis que ser vosotros, que tenéis vuestra cabeza en su sitio para determinar dónde y cómo. Yo entiendo que es incómodo, pero es que, con suerte, es una etapa de la vida, con suerte, que puede durar muchos años.

La vejez es fea, lo feo no gusta, no vende, no lo enseñamos, lo escondemos. Pero es que vamos a llegar todos a mayores, si Dios quiere. Y vas a llegar y vas a querer, cuando llegues a eso, ya te pasa con tus padres, pero vas a querer que eso sea hecho con cara y con ojos. Yo no quiero que mi hija, por ejemplo, sufra por tener que decidir qué hace con su madre y con su padre, sino que tenga herramientas.

La propia sociedad cuestiona mucho a las familias que ingresan a los mayores en la residencia. ¡Con lo que cuesta...! Porque nadie quiere.

La palabra es autogestión. Porque en los cuidados pasa mucho que las personas quieren decidir cómo quieren vivir. Hay veces que no se puede, pero cuando pueden, quieren decidirlo. Es una de las cosas que puede aportar el cohousing o los alojamientos colaborativos. Al final son modelos autogestionados. Es una cooperativa la que lo promueve y se organiza mediante asamblea. Ellos van a decidir cómo quieren que sean esos cuidados, cómo quieren vivir, qué servicios van a querer tener. Y creo que es muy importante esa línea dentro de los cuidados.

Mayor visibilización de la vejez y la dependencia

Dar una mayor visibilidad a la vejez y a la dependencia se considera un aspecto importante que facilitaría una mayor integración de los recursos de cuidados y de sus usuarios en la comunidad.

A nadie le gusta una residencia, a nadie le gusta hablar de la vejez, a nadie le gusta la dependencia, a nadie. Entonces, ¿tienes a un familiar dependiente? no te va a gustar. Míralo por ti misma, no te va a gustar.

Pero es que es un problema educacional. A los críos de ahora, les ocultamos todas estas cuestiones, como si no fuésemos a pasar por ellas. Y luego, el desapego, porque hay mucho desapego social también.

Con la discapacidad pasa lo mismo []. Entonces, de repente, en una persona con parálisis cerebral, que no tenía demasiada conexión con el mundo, hemos aprendido que determinado gesto, pues resulta que significa que te está diciendo un sí o un no. Entonces, yo, de repente, me siento súper contenta y se lo quiero contar a alguien. Pero donde yo



veo un logro, las personas están pasando un mal rato, espantoso tener que ver aquello. Realmente están pensando: ¡Madre mía, que lástima de familia, por Dios!

Bueno, ciudades más amigables con la tercera edad. Y luego, si quieres ir un día con ellos a la compra, que los miren a los ojos, que les traten como a humanos.

CAPÍTULO V. TENDENCIAS Y PERSPECTIVA DE LA DEMANDA DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS



LLES
LIVING LAB
ECONOMÍA
SOCIAL



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



Introducción

El sector de los cuidados en Asturias se encuentra formado, por una parte, por una red de servicios tanto públicos como privados, y por otra, por el conjunto de la población asturiana que recibe dichos servicios. Mientras que el capítulo anterior se centraba en la perspectiva del sector de los primeros, la oferta, este capítulo pone su foco en la demanda. Un campo a tener en cuenta antes de establecer los objetivos a seguir por la Economía Social de cara a la transición del modelo. En este contexto, el objetivo principal de este capítulo es identificar las principales tendencias, tanto actuales como futuras, de la demanda del sector de los cuidados. Con el fin de aproximar este objetivo, se plantean una serie de subobjetivos específicos:

- Identificar las principales necesidades de la demanda del sector de los cuidados en Asturias. Esto incluye: necesidades satisfechas, necesidades insatisfechas, necesidades mal cubiertas y necesidades emergentes.
- Recoger la valoración que desde la perspectiva de la demanda se manifiesta sobre los bienes y servicios ofertados en el sector.
- Determinar cuáles son los obstáculos que desplazan la demanda potencial del sector de la demanda efectiva. Es decir, aquellos factores que de una u otra forma generan insatisfacción en el demandante de un servicio y, consecuentemente, le llevan a desestimarlos.
- Analizar aquellos factores que, desde la perspectiva de la demanda, pueden tener un impacto alto sobre el desarrollo del sector de los cuidados en Asturias.
- Establecer una relación entre las necesidades y obstáculos identificados, los factores transformadores del sector analizados y el modelo de cuidados de base comunitaria.

La investigación de carácter cualitativo desarrollada en el marco de este estudio, y especialmente el análisis de las entrevistas realizadas a asociaciones representantes de la demanda (asociaciones de personas con discapacidad física, intelectual y de mayores), permite resolver las cuestiones planteadas anteriormente en forma de subobjetivos. Dando como resultado el capítulo que se presenta a continuación y que tiene la siguiente estructura: un primer apartado recoge las principales necesidades de la demanda del sector; en el segundo, se identifican los obstáculos en el acceso a determinados servicios del sector; el tercer apartado expone aquellos factores que, desde el punto de vista de la demanda, tienen una mayor capacidad de transformación sobre el desarrollo del sector; el cuarto y último apartado desarrolla la posición del modelo comunitario bajo la coyuntura presentada en los apartados anteriores.

1. Necesidades expresadas por la demanda del sector de los cuidados

Las necesidades recogidas y expresadas por los representantes de la demanda del sector de los cuidados asturiano pueden ser agrupadas en torno a tres factores: a) El incremento de la autonomía de las personas dependientes; b) El alcance de un mayor grado de especificidad en los servicios del sector; c) El apoyo a los cuidadores informales, que pese a no ser receptores directos de la mayoría de servicios del sector, son agentes clave de este.

Demanda de mayor autonomía por parte de las personas dependientes

Más allá del grado de dependencia de la persona, se identifica una demanda generalizada por aumentar su grado de autonomía. Para ello, se demanda una mayor flexibilidad en la oferta de servicios y la movilización de los recursos necesarios para incrementar su nivel de independencia.

Flexibilidad y cobertura

La rigidez horaria de los servicios impone una rutina concreta sobre la persona dependiente, dando lugar a situaciones de incompatibilidad entre el servicio y la necesidad del demandante. Además, algunos servicios no ofrecen cobertura durante algunos periodos de tiempo (festividades, vacaciones, fines de semana, etc.). Es decir, **los servicios no se adaptan a la situación de la persona dependiente, sino que la persona es la que se tiene que adaptar a las condiciones de la oferta de servicios.**

Por este motivo, y con el objetivo de aumentar su autonomía, se demanda la flexibilización de los horarios tanto en el día a día como a lo largo del año, especialmente en los servicios de ayuda a domicilio.

Un inconveniente es que se necesitan otros horarios de ayuda a domicilio, se necesitan unos horarios más amplios. Las personas no tienen necesidades de lunes a viernes, tienen necesidad de lunes a domingo y no tienen necesidad sólo de levantarse, también hay que acostarse. [...] A lo mejor van a las 18:30 de la tarde, claro, es que a las 18:30 a lo mejor no me quiero acostar.

Otro factor al que se enfrentan las personas dependientes, aunque principalmente las mayores, es el aislamiento. En ocasiones los recursos no son suficientes y algunas personas quedan aisladas, especialmente en zonas rurales. En estos casos, se dificulta el acceso a muchos servicios quedando algunas personas aisladas.

Pero sí es verdad que, a pesar de los recursos, llega un momento que las personas mayores quedan en las casas solas, pues ahí sí que tenemos una gran dificultad.

(Con respecto al aislamiento en el entorno rural) La evolución en los últimos años ha ido hacia atrás. Por ejemplo, mientras puedes conducir, bien, pero los que ya no conducimos nos quedamos incomunicados. El médico antes era fijo, ahora ya no. [...] El transporte público es muy limitado. El autobús pasa un día a la semana, tienes que conseguir que la consulta médica coincida con el horario del transporte de ese día.

Independencia

Además, las personas dependientes, especialmente aquellas con discapacidad tanto física como intelectual, manifiestan la necesidad de aumentar su autonomía incrementando su nivel de independencia.

Para ello, las personas con discapacidad física necesitan **apoyos que vayan más allá de la cobertura de sus necesidades básicas de higiene.**

Antes las necesidades eran principalmente de aseo, ahora son de acompañamiento, de apoyo dentro de casa para hacer la comida, que te hagan la compra, otro tipo de necesidades.

Para lograr esto, se propone el diseño de un sistema en el **que la persona con discapacidad cuente con un apoyo que le permita elegir por sí misma qué es lo que quiere y necesita.**

Si me dices a nivel profesional, yo creo que lo ideal es que la persona decida por sí misma. Yo quiero ir al cine, yo quiero y quiero ir solo, quiero ir con mi pareja. [...] El modelo ideal es aquel donde la persona con discapacidad tiene capacidad para poder elegir lo que quiere en cada momento.



La solución podría pasar por la asistencia de un profesional que atendiese a la persona con discapacidad de acuerdo con sus necesidades. Que le ayude a desplazarse, a ir al trabajo, al parque, a la universidad o a ver una película en el sofá de su casa.

El modelo asistente personal no es un acompañamiento a algo determinado, es algo que decide la persona con discapacidad. [...] Eres una herramienta. De la misma manera que tienes una silla para desplazarte, tienes otra herramienta que es una persona que te ayuda a hacer lo que tú quieres. Es un apoyo técnico como cualquier otro, no se emiten juicios.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual la demanda pasa por incrementar su independencia vía integración social. Para ello se demanda la movilización de recursos como viviendas o la facilitación de la inserción al mercado laboral.

(Con respecto a personas jóvenes con discapacidad intelectual) Tienen muchas ganas de conseguir trabajo. A ver, tienen las mismas expectativas y las mismas metas que cualquier otro joven. Entonces quieren trabajar, quieren vivir con sus amigos, su pareja, etc.

Demanda de un mayor grado de especificidad en la atención y los servicios

Desde la demanda se considera que **algunos de los servicios del sector no se encuentran suficientemente adaptados a las necesidades específicas de las personas**, sino que se desarrollan en base a unas necesidades “estándar” que dan lugar a una respuesta genérica dirigida a la persona dependiente “promedio”.

Las personas dependientes, especialmente aquellas con algún tipo de discapacidad destacan la dificultad de encontrar servicios adaptados a las necesidades relacionadas con las características concretas de su discapacidad.

Con respecto a las personas con discapacidad física, **existe una homogeneización generalizada del perfil de persona con discapacidad física** que eclipsa las necesidades del resto de personas con discapacidad, especialmente aquellas con un alto grado de especificidad.

Los edificios municipales están prácticamente adaptados para personas en silla de ruedas, sobre todo si pueden manejar la eléctrica. Ese tipo de lesiones para mí están más cubiertos a nivel social y de recursos. Quiénes se han quedado fuera en ese sentido deberían recibir más atención por parte de la administración pública, o que los recursos se pongan a disposición sean adaptados para facilitar su acceso.

Consecuentemente, algunos colectivos quedan desatendidos, aislados y no disponen, por ejemplo, de servicios de ocio y entretenimiento, o de la correcta adaptación de los espacios públicos a sus necesidades.

Pero lo que decíamos es que personas en silla de ruedas en piscina tenemos dos. El resto de usuarios podrían utilizar un normalizado si estuviera adaptado. Pones una silla en la ducha, le pones un banco al lado, le pones una percha, y ya está y lo puede utilizar como cualquier otra persona. Que la gente vea a una persona con discapacidad en un vestuario y que la gente normalice, que lleve prótesis, se la quite, se la ponga, está en el mismo escenario que tú. Se normaliza él y se normaliza el entorno, porque tendemos a aislarlos.

De esta forma, quedan satisfechas las necesidades básicas relacionadas con la higiene o la salud, pero no se va más allá, y otras necesidades relacionadas con el ocio o el bienestar personal y social quedan desatendidas.

Cuando tú tienes una discapacidad o cuando tiene alguien de tu entorno una discapacidad a ti te preocupa mucho satisfacer sus necesidades primarias y las de sanidad, sobre todo todas las relacionadas con salud, pero luego lo que es bienestar a largo plazo, o el ocio, eso pasa a un segundo nivel totalmente.

Lo prioritario es el aseo, no sé por qué, pero no es prioritario que tu salgas a hacer la compra o que te acompañe al cine. Si hablamos de acompañamientos a rehabilitación a terapias sí, pero el ocio ya desaparece totalmente, no forma parte de su vida.

Desde la demanda se identifican dos factores que contribuirían a la mitigación de la ausencia de especificidad en los servicios del sector. En primer lugar, apoyo, una persona disponible en determinados espacios que pueda ejercer de ayudante.

Yo creo que es fundamental la figura de un educador o una persona de referencia, en los centros de salud, incluso en los centros municipales, que llegue una persona con cierta dificultad y que haya una persona que le ayude en ese proceso. Tiene que haber una persona allí que haga realidad el que sea accesible.

Y segundo, formación, que facilite la difusión de las pautas a seguir con personas de acuerdo con su perfil de forma rápida y efectiva.

Quizá formación no vendría mal. No creo que lo estén haciendo mal ni muchísimo menos porque las familias están satisfechas. Pero formación a lo mejor sí que haría falta, porque muchas veces. [...] Necesitamos que, por ejemplo, en educación haya una respuesta de efectivos de apoyos en las aulas y sea más ágil. Hay centros todavía en los que a lo mejor hay que esperar hasta octubre para contar con todos los apoyos.

Demanda de apoyo por parte de los cuidadores no profesionales

Con respecto a los cuidadores informales (familia, amigos, gente cercana, etc.), desde los agentes entrevistados destaca, de forma recurrente, la necesidad de contar con apoyos que les sirvan de “respiro”, que faciliten su descanso. Es decir, recursos que den lugar a espacios en los que el cuidador no sea el responsable principal del cuidado de la persona dependiente. La demanda de estos “respiros” ha sido identificada para todos los colectivos del sector.

Nos íbamos de fin de semana en pequeños grupos, eso permite que el viernes las familias dejen a esa persona con los profesionales que tienen desde el viernes hasta el domingo. Los cuidadores tienen tiempo para sí mismos ya pueden irse de viaje, pueden quedar en casa, pueden hacer lo que les apetezca. Ese es el respiro, 48 horas que tienes a disposición para ti, que habitualmente no tienes.

Al final utilizas el recurso propiamente dicho, incluso el ir a rehabilitación un par de horas, para romper esa dinámica. Siempre te dicen bueno, es que mientras la persona está en ese taller, yo tengo un espacio para hacer cualquier cosa o para irme a dar un paseo, a tomar un café. [...] Yo creo que están muy saturados, muy saturados del cuidado. Pero no te piden ayuda, no te piden ayuda porque consideran que es su obligación, que no hay otras alternativas.

2. Obstáculos en el acceso a servicios

Entre los principales obstáculos o elementos que dificultan o condicionan el acceso de los demandantes a los servicios del sector de los cuidados asturiano se identifica: el precio, la calidad, la inadecuación y la ausencia.

Por otra parte, se ha identificado una serie de obstáculos que dificultan o condicionan el acceso de los demandantes de servicios del sector a los recursos que necesitan.

Precio de los servicios

El precio es identificado como uno de los principales obstáculos para el acceso de las personas dependientes a determinados recursos disponibles.

Las personas dependientes con rentas bajas no disponen de recursos suficientes para hacer frente al pago del coste de los servicios que necesitan. La única opción es acudir a los servicios ofertados por la administración pública.



(Con respecto al principal obstáculo en el acceso a determinados servicios) Los precios, las pensiones son muy bajas y apenas nos dan. Como para pensar en contratar a una persona.

Y en cuanto a las ayudas técnicas dentro de tu propia casa, nosotros tenemos aquí usuarios que se han quedado con pensiones altas, con grandes invalideces, donde se han hecho casas a medida, con todo perfectamente preparado para que no dependas absolutamente de nadie. Casa automatizada.

En el caso de las personas con rentas altas, que no cuentan con ayudas públicas para acceder a determinados servicios o tienen que hacer frente a copagos cercanos al coste íntegro del servicio, **los servicios públicos son desestimados y se opta por alternativas económicamente más atractivas** o de mayor calidad.

(Con respecto a la ayuda a domicilio) Hay personas que tienen patrimonio e ingresos, entonces puede salir el máximo el 90% del coste de la hora. Entonces, que les pueda salir a 10 €. Claro, ellos te dicen que no es que no la quiero, por 10 € no quiero la ayuda de domicilio municipal porque me tengo que ajustar a horarios. Para eso paga una señora que va por 10€.

Calidad de los servicios

Otro de los principales factores que condicionan el acceso a determinados servicios de cuidados es la calidad, que en ocasiones lleva a los usuarios a desestimarlos.

Se señala de forma recurrente **la formación de los auxiliares y otros profesionales** del sector, que en ocasiones no están suficientemente preparados para desarrollar el servicio pertinente o a hacerlo con la calidad necesaria.

Yo, por ejemplo, una cosa que veo que hace falta es formación de las auxiliares de la ayuda a domicilio. Yo lo que creo es que en nuestro trabajo la formación continua es básica, ellas deberían tener esa formación continua, ya no solo para mejorar en lo que hacen, en la práctica diaria, sino también como grupo, porque extraña muchísimo que las personas que van casa por casa y que están escuchando los problemas, las necesidades, los agobios de tantas personas, no necesiten un espacio de desahogo.

Además de la formación se identifica el **tiempo de traslado** como uno de los principales factores que limitan la calidad del servicio, especialmente en el entorno rural debido a los tiempos de desplazamiento.

En domicilios donde tienen una hora y hay que rascar para el desplazamiento, dan muy poco tiempo para estar más, casi parece una receta, mirar que esté bien e irse.

Otro factor que condiciona la calidad del servicio es su **disponibilidad** ya que, como se desarrolló en el apartado anterior, limita las opciones para las personas dependientes de realizar algunas actividades. Además, la **rigidez del sistema de ayudas** condiciona el día a día de los usuarios en exceso.

Entonces la ayuda a domicilio para que realmente responda a las necesidades de las personas mayores tendría que ser, no 24 horas, pero al menos 12 horas. O 10 horas mínimo y todos los días. Ahora, por ejemplo, en marzo, que tiene muchos días laborables, pues es un buen mes para la ayuda a domicilio. Pero es que vienen las navidades o viene Semana Santa y tenemos un problema. ¿Qué hacen jueves, viernes, sábado, domingo? Porque aquellos que necesitan acompañamiento para acostarse, por ejemplo, o para el aseo. ¿Qué pasa con aquellos a los que solo les llevan comida? Están calentando comida sábados y domingos.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual, se identifica un obstáculo añadido: **El “hermetismo” y el desconocimiento a partir del que desde determinados sectores se atiende al colectivo.**

O sea, hay entidades con las que sí tenemos coordinaciones habituales y demás, pero hay otras que hay cierto hermetismo. Muchas veces se considera al colectivo como clientela y no es eso realmente. [...] A veces no consiguen respuesta porque falta

información entre los profesionales. Falta de conocimiento, la mayoría de las veces es desconocimiento realmente.

Inadecuación de los servicios

Otro de los obstáculos identificados es la inadecuación de los servicios. **La demanda, en ocasiones de naturaleza intervenida, se encuentra disociada de la demanda real de la persona dependiente. Este desajuste provoca el desarrollo de rigideces que obstaculizan la satisfacción de las necesidades del usuario.**

Esto ocurre, por ejemplo, con los servicios de compañía, que tienen como objetivo mitigar situaciones de soledad o aislamiento, pero no incluyen servicios de limpieza, cocina o higiene.

Es que prefieren tener limpia y arreglada la casa. Y eso también hay que ir cambiándolo y reconduciéndolo. Cuando dice “no hace nada, es que no hace nada, llega aquí y está hablando”. Es que es eso, en el programa individual que hizo la trabajadora social y que le trasladó a la auxiliar de ayuda a domicilio, era eso, que te acompañase, es lo único. Pero también es algo que tienen que ir cambiando las personas mayores, porque si no ven movimiento, consideran que se está perdiendo el tiempo y lo están pagando.

Además, existen barreras culturales que obstaculizan la aceptación del desarrollo de algunos servicios, especialmente entre la gente mayor. Por ejemplo, la entrada de personas “desconocidas” a realizar determinados servicios en viviendas.

Tienen miedo a que entre alguien de fuera y cuesta romper esa barrera y dejen ayudar. [...] Si que es verdad que hay personas que dicen “a mí que no me cuide nadie”, porque les da pudor, porque no quieren a nadie en su casa.

En estos casos, especialmente en aquellos en los que la persona dependiente es un hombre, la persona que queda a cargo del cuidado es el cónyuge o algún familiar cercano.

Yo no quiero que venga nadie porque me cuida mi mujer, porque me cuida mi hija, entonces ahí sí que es verdad que se lo decimos, inténtenlo, porque eso es una actitud egoísta. Pero sí que hay sobre todo hombres, y también mujeres con respecto a sus hijas, esa actitud de, no es que a mí me cuida mi hija. [...] Y estamos hablando de actitudes machistas, actitudes donde que mi hija se queda a cuidarme, mientras que la hija a lo mejor no quiere, pero tiene que quedarse y encima no recibe ella el dinero [en referencia a la ayuda económica], lo recibe el padre, la madre, el hermano o hermana.

Carencia de servicios

Un último factor que supone un obstáculo en el acceso a determinados servicios es la indisponibilidad. Es decir, si el servicio no es ofertado, el demandante no puede acceder a él. Esto se puede deber a factores culturales, sociales, económicos, etc. Por ejemplo, los servicios de ocio para personas con discapacidad física tienen problemas de rentabilidad debido a la dificultad de adaptación a las características de cada una de las personas del grupo.

Claro también que es una dificultad, una experiencia común, porque al final las personas con discapacidad que más o menos tienen lo mismo, se identifican unos con otros. Claro, aquí cada uno se mira su ombligo y cada uno tiene sus necesidades, sus tiempos.

(Con respecto a las actividades de ocio para personas con discapacidad física) ¿Hay para físicos? Nada, no hay. No es rentable porque tienes dos o tres en un cursillo. Es que no puedes juntar a diez personas iguales.



3. Factores transformadores de la economía de los cuidados en Asturias

A lo largo del ejercicio cualitativo realizado en el marco de este proyecto, se han identificado ciertos factores clave en el desarrollo del sector. Se trata de aspectos que desde la perspectiva de la demanda definirán la evolución de los servicios de cuidados en el medio y largo plazo. Estos recogen desde las principales tendencias de la demanda hasta la inserción de recursos tecnológicos.

Soberanía del usuario

Se ha identificado un cambio tendencial en el comportamiento del demandante de servicios de cuidados basado en “elegir con libertad” qué servicios, qué prestador, qué horarios, etc.

Personas que no quieren salir de su casa, que no quieren irse a una residencia, porque el modelo de residencia para mí está caduco. En el sentido de que ahí hay unas normas. O sea, hay que vivir como marca el Principado. Que el Principado lo hace con toda su buena voluntad, pero, oye, el Principado a veces exige que tienes que levantarte a tal hora porque tienen que limpiar la habitación. Es necesario que surjan alternativas.

Se identifica un **aumento de la demanda de servicios paralelos a la prolongación del tiempo de residencia en la vivienda** y la promoción de la independencia.

(Con respecto a la posibilidad de permanecer en el domicilio): Sería ideal, sería estupendo poder contar con servicios el día que por ejemplo tenga que dejar de cocinar, o si me pongo enferma.

Realmente cuando ya se está buscando un centro residencia es porque surgen más necesidades de apoyo.

Las personas con discapacidad física consideran las residencias como el último recurso, cuando se encuentran con grandes limitaciones físicas y el grado de dependencia es muy alto.

La gente tiende a permanecer en su entorno mientras puede, como cualquiera de nosotros. Tú quieres estar en tu casa. Si tomas la decisión yo creo que intentas permanecer en tu casa con los apoyos que te permitan quedarte el máximo tiempo posible. Yo creo que la gente que va a residencias es gente encamada o muy limitada físicamente, con un grado de dependencia muy alto.

Tecnología y cuidados

Uno de los recursos con mayor impacto sobre la proyección del sector de los cuidados es la inserción de recursos tecnológicos. Sin embargo, aún no está claro cuáles serán, de qué forma llegarán o cómo serán asimilados

La tecnología no es un recurso a desarrollar, ya existe. Actualmente, su implementación no está condicionada por la ausencia de desarrollo tecnológico, sino a otro tipo de factores.

Existe un montón de tecnología que puede facilitar el día a día, o por lo menos a tener información sanitaria, como las pulseras de actividad. Adelantarte a situaciones que pueden ser de falta de actividad, de emergencias. Hay mucha tecnología. Hay mucha. El tema es por qué no se expande tanto, ¿no?

En el corto plazo, una de las únicas potencialidades es la prevención

O sea, la tecnología ofrece la posibilidad de anticiparse o de tener más información de una persona. Es decir, ese apoyo no es solo para la persona, sino para los profesionales. Para tener más información.

La introducción de recursos tecnológicos avanzados a los cuidados debe de producirse en el medio y largo plazo, ya que ahora existe una serie de barreras que obstaculizan su implementación.

Estamos trabajando para que de aquí a diez años no sea todo lo que ahora se intente mejorar. No es tampoco directamente para las generaciones actuales, sino para la siguiente generación, que tendrá que tener otra perspectiva de sus cuidados.

Las barreras que dificultan la implementación de tecnología en los cuidados actualmente son: a) barreras culturales; b) funcionamiento del mercado del sector; c) ausencia de colaboración intersectorial.

Los receptores de los servicios de cuidados del Principado son, generalmente, personas mayores. Muchas de ellas han vivido sin muchos de los recursos tecnológicos disponibles hoy en día. Por ello **se identifican ciertas reticencias con respecto a su aceptación.**

La tecnología puede ayudar, pero la tecnología tiene que ser también aceptada por el usuario. En la atención domiciliaria actual, las personas mayores no quieren. No, no aceptan la tecnología tan fácilmente en sus vidas. Lo que quieren es el trato directo humano.

El funcionamiento del mercado del sector de los cuidados está caracterizado por un alto grado de intervención pública. Este factor condiciona la inserción de recursos tecnológicos sobre los servicios de cuidados a un doble nivel. Primero, debe haber una voluntad activa por parte del sector público, ya que es el encargado de la articulación de los servicios del sector.

Claro, pero no está en el mercado porque son mercados públicos, donde la decisión de incorporarlo tiene mucho que ver con el sector público o porque no son tecnologías que puedan llegar al usuario a un coste asequible.

Y segundo, el funcionamiento del proceso de concesión de servicios a empresas privadas, principalmente mediante concurso público, limita la innovación empresarial. Es decir, que la innovación tecnológica está disponible, pero los costes de su implementación restan competitividad en el corto plazo a la empresa prestadora del servicio que por lo tanto se ve obligada a desconsiderar la innovación.

Los servicios sociales del Ayuntamiento van a la vivienda. Valoran y deciden. Bueno, pues esta persona necesita.... ¿Una hora diaria para hacer tal y tal y tal, no? Y eso se saca a concurso público, y el concurso público lo que valora y lo que exige es precio. Entramos en una rueda en la que la empresa no invierte tampoco. O considera que el despliegue de tecnología es un coste que no le revierte tanto porque realmente no se valora, no se valora la prevención, no, es te vas a la casa de la persona, la levantas, la limpias, etc.

Además de las barreras culturales y la obstaculización de la innovación, **la escasa colaboración sociosanitaria es considerada una limitación para la maximización del rendimiento de los recursos tecnológicos disponibles.** Estos podrían contribuir a la capacidad potencial de prevención de los servicios a domicilios, cuyos efectos se vería repercutidos de forma positiva sobre los costes de los servicios sanitarios.

Sí, yo creo que ahí también se tiene que hacer una reflexión de cuál es el coste beneficio. Y por lo menos yo creo que lo que se trata es de prevenir, de adelantarse a situaciones que supongan una hospitalización o ingreso residencial, ¿no? [...] La dificultad suele ser cómo valorar ese coste beneficio, no sólo el coste que te supone implantar una tecnología en una vivienda. Y claro, para eso hay que hacer también buenos pilotos, o sea extensos, no de un proyecto de tres meses de probar una tecnología, no un despliegue pequeño, sino un compromiso que se dé desde asuntos sociales o de hacer un estudio amplio, ¿no?



Incorporación de los *boomers* a la demanda del sector

La incorporación de una nueva generación a la demanda del sector, *los boomers*, pertenecientes a las grandes cohortes de las personas nacidas en las décadas de los años sesenta y setenta, supone uno de los principales factores de carácter transformador de la estructura del sector de los cuidados. En primer lugar, el incremento de la dimensión demográfica conlleva un aumento directo del número de personas demandantes de los servicios del sector. Segundo, un mayor nivel de digitalización, lo cual puede favorecer, tal y como se especifica en el apartado anterior, la incorporación de nuevos recursos tecnológicos en los servicios. Y tercero, el surgimiento de nuevas preferencias, que dan lugar a un cambio en el comportamiento en la demanda del sector.

4. Posicionamiento del modelo comunitario

El modelo comunitario como alternativa

Ante las necesidades planteadas en los epígrafes anteriores y los factores transformadores del sector, el modelo comunitario plantea una respuesta mediante la innovación de la organización social. Las organizaciones comunitarias (organizaciones sin ánimo de lucro y entidades de la Economía Social) son capaces de atender la demanda de las personas dependientes y movilizarse con mayor facilidad que la administración pública. Todo ello, además, alejado de la óptica de persona dependiente como paciente o cliente, y enfocado en la integración y la calidad de vida.

Entonces, la misión de esas organizaciones comunitarias es innovar, porque se considera que es más fácil para estructuras más ligeras, comunitarias, el adaptarse a las necesidades emergentes de la población.

El modelo comunitario requiere un cambio de perspectiva, alejado de la idea servicio-cliente y centrado en la lógica de la calidad de vida de la persona dependiente. [...] Que tengan una vida de calidad en la comunidad y no una vida en servicios de calidad. [...] Al usuario hay que integrarle absolutamente, pero hay que integrarle más allá de su rol de paciente, hay que dejarle expresarse no solo como paciente, sino como ciudadano.

La puesta en marcha del modelo requiere de la articulación de redes sociales, que permitan a la persona vivir con un mayor grado de autonomía y alargar el tiempo de residencia en sus casas. Para ello **es esencial poner el foco en la importancia de la dimensión social de la salud**. Entender el ocio, el entretenimiento, la autorrealización, etc. como una forma más de salud. Sin reducir el rol de las personas mayores o discapacidades al de una persona que necesita cuidados y no tiene nada que aportar.

La dimensión social de la salud es extremadamente importante. En salud mental hay ahora mismo perspectivas que están siendo objeto de investigaciones internacionales muy amplias, muy interesantes y que llegan a demostrar que se reduce el número de personas que son diagnosticadas con problemas extremos de salud mental, se reduce el impacto de cronicidad, la cantidad de hospitalizaciones, la cantidad de medicación que toman las personas. Tenemos una visión de que cuanto más especialización psiquiátrica o médica, mejor para las personas o los servicios y este tipo de paradigma está dándole la vuelta al tema.

(Con respecto a personas con problemas de salud mental). Si esta persona tiene una dificultad (vive una crisis de angustia, empieza a oír voces o empieza a tener una situación extremadamente difícil) lo importante es que le mantengamos a nivel escolar, en los estudios, en el trabajo, etc. Si tiene un problema de ansiedad, que encuentre una persona que le ayude a gestionar la ansiedad. A lo mejor necesita a alguien que le apoye para la planificación, el mantenimiento de los estudios o el trabajo, que se apoye su vida en la comunidad.

(Con respecto al caso de una persona de 95 años que asiste a cursos de baile): Es una forma de que no pierda el contacto con la gente. Le ilusiona acicalarse, encontrarse con

otras personas. Al igual que otras personas que asisten con problemas de salud mental, viene, se divierte, se ríe... El ocio es salud, es una forma de terapia.

Características del modelo comunitario

El modelo comunitario, tal y como se plantea en este apartado se compone de tres principios. Primero, la **intergeneracionalidad**, que hace referencia a la importancia DE hacer partícipe tanto a la gente más mayor, como a la más joven.

En segundo lugar, la **intersectorialidad**, que se basa en la comunicación y colaboración entre profesionales y que supone un factor clave para la articulación de un modelo ágil y eficiente.

Es decir, que los organismos que están trabajando a nivel local se conozcan unos a otros, que los profesionales puedan comunicarse rápidamente para encontrar las soluciones y que se trabaje en colaboración. Los directores de organizaciones tienen que estar también implicados en ciertos encuentros periódicos, para crear trayectorias de servicios, para abrir puentes y pasajes entre un servicio y otro. Y que todo eso se haga teniendo comités que se reúnan regularmente con los usuarios que van a estar diciéndonos lo que estamos haciendo bien y lo que estamos haciendo mal.

Y tercero, la **reciprocidad**, esto es, entender el rol de las personas dependientes como personas que dan y reciben, y no reducir su papel al de un objeto que necesita ayuda.

Porque es ahí donde no hay relación de reciprocidad, sino que está siempre en un solo papel. Y eso es fundamental. El hecho de pensar en los medios de vida que pueden ser más institucionalizados o más colectivos para que no se genere la reducción de roles. [...] Las instituciones totales reducen identidad. ¿Cómo se puede repensar los medios de vida para que haya una pluralidad? ¿Por qué yo si entro en ese medio de vida, porque soy muy mayor, no me puedo mover? Porque efectivamente, si necesito una serie de cuidados, mi identidad no debe ser reducida al objeto de cuidados.

Articulación del modelo comunitario

La articulación del modelo de cuidados comunitario debe llevarse a cabo mediante la movilización de redes. Para ello, es importante que la estrategia se centre en la **movilización de espacios existentes**, no en la creación de nuevos.

Hay que reducir la idea de que lo que hay que crear es cada vez más locales y más equipos. Puede ser que para resolver situaciones de poblaciones específicas haya que pensar en nuevos equipos y nuevos locales. Pero no se puede seguir pensando que un local y un equipo nuevo va a arreglar el problema.

El objetivo para poder articular estas redes debe ser, por lo tanto, la **comunicación**. Que entidades ya existentes se pongan en contacto y construyan lazos que sirvan para resolver sus problemas.

Entonces, ¿cómo se hace para que se generen en esas redes locales? Podemos ponernos en contacto con asociaciones y grupos que trabajan en otros sectores. Hay que hacer mucha intersectorialidad, porque en lo local hay que implicar al sector educativo, hay que implicar al sector cultural, al sector lúdico. Hay que implicar lo máximo posible.

Han sido identificadas tres herramientas cuya aplicación de forma estratégica contribuiría a forjar estas relaciones necesarias para la formación de redes. En primer lugar, las **herramientas tecnológicas**, que pueden jugar un papel clave a la hora de superar los obstáculos que plantea la organización comunitaria de servicios.

Pero efectivamente, hay un potencial actualmente de utilización de tecnología, tecnología médica, tecnología asistencial, etc., que abre posibilidades de capacitación enormes, que no estaban pensadas antes. Incluso las tecnologías que se pueden utilizar para fomentar y mantener estas redes, porque ahora hay posibilidades de construir cartografía de



servicios, de recursos, de necesidades, de efectos sobre localidades de algunos factores, etc. Es decir, tenemos la posibilidad de reflejar a través de instrumentos tecnológicos cómo se pueden organizar colectivamente los servicios.

En segundo lugar, la **financiación**, necesaria para poner en funcionamiento las estrategias de colaboración.

Entonces hay que financiar la colaboración. Se puede financiar no solamente que un proyecto se lleve a cabo, sino cómo las organizaciones se ponen en funcionamiento o en relación. Entonces pueden financiarse proyectos de colaboración, pero también generar unas instancias de liderazgo compartido.

Y tercero, fomentar la **participación**, indispensable para construir un modelo de cuidados basado en las relaciones sociales mediante fórmulas innovadoras.

Generar participación. Y yo siempre hago la distinción entre los estándares o los indicadores, las orientaciones y la uniformización. No es bueno uniformizar a ultranza, porque las soluciones pueden venir de sitios inesperados, pero el tener orientaciones, principios y estándares muy claros es muy importante, porque si no tienes los criterios claros con los que estás evaluando las cosas. [...] Y ahí hay que tener indicadores fuertes, sólidos sistemas de comunicación. Saber que para implantar las innovaciones necesitas agentes que lleven a cabo esa misión. Si quieres generar colaboración, tiene que haber agentes que generen esa colaboración.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE CUIDADOS COMUNITARIO APOYADO EN LA ECONOMÍA SOCIAL



LLES
LIVING LAB
ECONOMÍA
SOCIAL



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



ECONOMÍA
SOCIAL
ASATA
ASTURIAS

Introducción

A lo largo de este informe se ha realizado una aproximación completa, utilizando distintas metodologías, al sector de los cuidados en el principado de Asturias y a la posición y situación de la ES en el mismo.

No hay duda de que este sector es un sector emergente, con un importante potencial de creación de empleo en el territorio, pero ese potencial debe simultanearse con el cambio de modelo en el sistema de cuidados, un cambio que ya está iniciado. El sistema sociotécnico de los cuidados prepandemia -entendido como el conjunto de normas, regulaciones, actores e interrelaciones- es un sistema que ha llevado a la ES a los márgenes del mismo. Las empresas y entidades de la ES, por su tamaño, por sus principios y valores, no han encontrado en él una posición adecuada. Sin embargo, el sistema de cuidados está transitando a otro modelo donde la ES no sólo puede estar en una mejor posición, sino que es seguramente un actor imprescindible en su construcción.

En este capítulo, a modo de conclusión de todo el estudio, se analiza, en un primer apartado las dificultades que la ES han tenido en el sistema prepandemia y los riesgos que corre en este periodo de tránsito entre modelos. En un segundo apartado se realiza un análisis DAFO de la ES en el Principado. El modelo comunitario es la respuesta a una mejor ubicación de la ES en el nuevo paradigma de los cuidados, pero su construcción es un proceso laborioso que requiere aunar recursos y voluntades para lograr un ecosistema con actores y relaciones que lo hagan sostenible. A este punto se dirige el tercer epígrafe. Y el cuarto apartado recoge un conjunto de propuestas más operativas a desarrollar por la ES en Asturias.

Este capítulo, como ya se ha señalado, se nutre también de las aportaciones realizadas por actores clave en los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad realizadas (ver Anexo III).

1. La Economía Social: un actor en riesgo en periodo de tránsito entre modelos

Tanto del análisis cuantitativo como del análisis cualitativo realizado en el marco de este proyecto se puede concluir que la Economía Social es un actor que está acusando de manera importante las tensiones generadas por el tránsito entre los dos modelos de cuidados. Muchos de los elementos económicos y administrativos que determinan el funcionamiento de las empresas y entidades de la Economía Social en el sector de cuidados pertenecen a un modelo de cuidados prepandemia, pero se han ido introduciendo exigencias y han surgido expectativas entre los usuarios y sus familias más propias del nuevo modelo, en el que se busca una atención más centrada en la persona, más flexible y con un enfoque más integral. Y, en paralelo, las empresas de la ES, pequeñas y medianas, regidas por valores y principios de compromiso con las necesidades sociales, con el empleo en el territorio y con la calidad del mismo han quedado relegadas al ámbito rural del Principado, lo que determina para ellas un escenario de mucha mayor dificultad.

Esta asimetría entre el plano económico y las exigencias recogidas a nivel regulatorio ha provocado el cierre de numerosas cooperativas y sigue poniendo en riesgo la supervivencia de otras empresas e iniciativas de Economía Social.

Dos cooperativas en Onís, en Amieva y en la zona de Piloña, dos cooperativas de mujeres tuvieron que cerrar porque estuvieron años, pero años no fue un solo año, facturando por debajo del convenio, porque los ayuntamientos que he citado, sacaban la hora de domicilio por debajo del convenio. Y ellas, las trabajadoras (socias), lo aguantaban, pero claro, si tenían que contratar, tenía que pagar por el convenio. Quebraron las dos cooperativas, y los ayuntamientos lo sabían perfectamente, pero si la hora del convenio era 12€, la sacaban a 10€.

Entre las **causas** de este **impacto diferencial negativo** de la situación actual en los **modelos de empresas de Economía Social** cabe señalar las siguientes:

a) **Las condiciones de la contratación pública favorecen que los servicios de cuidados en las ciudades se adjudiquen a empresas de gran tamaño y con gran capacidad financiera** (concursos de gran presupuesto, una importancia alta del precio en los criterios de adjudicación, no división en lote de los contratos, solicitud de garantías, condiciones de subrogación del personal...). En muchos casos, estas empresas pertenecen a grandes grupos empresariales sin vinculación con el territorio, pero la dinámica de la contratación pública y el escaso uso de las cláusulas sociales les ha favorecido.

b) **Las empresas y entidades de la Economía Social han ido desapareciendo o han quedado relegadas al ámbito rural**, a los contratos públicos de concejos medianos y pequeños que no son tan atractivos para las grandes empresas. Y operar en el ámbito rural en el sector de los cuidados tiene dificultades adicionales muy importantes. La incidencia de los obstáculos señalados (dificultad para incorporar y retener personal cualificado; mayores costes; dificultades en la organización de los procesos de prestación del servicio; menor capacidad económica de los concejos, que se traduce, en muchos casos, en menores precios de los servicios; mayores obstáculos culturales al consumo de los mismos; mayores dificultades para introducir innovaciones en ellos...) es mucho mayor que en las ciudades, especialmente en los servicios de ayuda a domicilio.

La ayuda a domicilio (en el ámbito rural) es el patito feo de todo esto.

Los que estamos aquí, muchos, somos del entorno rural, porque Laviana, Luarca, Tapia de Casariego, y Lena, somos el entorno rural. Algo tiene que significar que solamente estemos aquí el entorno rural.

Imaginaros Lena. Lena es uno de los concejos más grandes (en extensión geográfica) que hay en Asturias, una dispersión geográfica tremenda y tenemos pueblos... La capital del concejo es Pola de Lena, pues hasta Pajares hay 40 kilómetros, 30 y pico kilómetros. Eso, Pajares. Por carretera, por la Nacional 630. Ahora, métete a Tuiza, por Peña Ubiña...

Hay auxiliares que hacen 2.500 kilómetros al mes. ¡Qué se dice pronto!

Luego también depende de lo que nos pidan, porque, por ejemplo, en zonas rurales, no sé si os pasa a vosotras, a nosotros sí, si el enfermero no va a la casa, entonces, claro, el auxiliar que sea enfermero, que haga las curas. ¡No, perdona!

Y la gente mayor no conoce al fisio. Yo he ido a domicilios que me llaman sus hijos, sus nietos y la señora no dejarme entrar en casa. Entonces yo siempre intento ir con un hijo o un nieto, algo que sea un intermediario. Sí es verdad que ahí suelen reaccionar, pero suelen ser muy reacios. Yo los trato, les hago rehabilitación, les mando ejercicios.

c) Esta **presencia alta de obstáculos** y la interrelación entre los mismos, **lastra la rentabilidad económica de las iniciativas empresariales**, determina su infradotación de recursos humanos y afecta a las condiciones de trabajo, especialmente de las trabajadoras socias, que suplen las carencias señaladas a través de su tiempo y su esfuerzo personal.

Yo es lo que digo con el modelo de ACP¹⁷ que quieren implementar. Si el sistema actual que hay no funciona, y sabes las carencias que tienes y no las afrontas, ¿a dónde vas a soñar? Es que, por favor. Baja al terreno, habla con la gente que está a pie de obra, y empieza por ahí. Pero empieza hablando de números, que son horribles, igual que la vejez, pero son los que mandan. Porque (esto) lo que no es, es sostenible. Ya no es sólo por el dinero, mira el número de entidades sin ánimo de lucro que somos... El problema es que nos salga de la vida de las personas. Porque que te venga a decir la gente joven, "nosotros vivimos para trabajar, no trabajamos para vivir". Se te queda una cara de idiota...

¹⁷ Atención Centrada en la Persona



d) Las **carencias organizativas y de recursos motivadas por la inadecuación de los precios estipulados en los contratos públicos tienen una incidencia negativa en las condiciones de trabajo**. Y estas situaciones **son especialmente mal aceptadas por las empresas de la Economía Social** -con valores y principios de compromiso con las trabajadoras y sus condiciones laborales- y generan tensión entre las socias o las personas responsables de la gestión.

Cuando contratamos a alguien nuevo, ¿qué le explico yo a esta persona? No le puedes decir “vas a cobrar tanto”. (Le tengo que decir) “Yo te voy a hacer el contrato por las horas que tienes, vamos a ir modificando cada vez que tengas más o menos usuarios, porque es lo que hay que hacer, cambiar la jornada... Pero no sé cuánto vas cobrar el 31 de agosto”.

¿Qué más quieren de mí? Porque realmente no llego a más. Yo me siento encorsetada, como si pidiéramos mucho por pedir que se cobre de forma justa. ¡Con la importancia que tiene este trabajo! Porque las empresas parece que estamos cobrando por encima. ¿Alguien se para de verdad a sentarse, a pensar ... lo que cuesta un contrato?

A nivel de empresa nos encontramos que queremos mantener una situación laboral estable para todas las trabajadoras, mantener trabajo todo el año, porque nosotros estamos en la zona turística en la que en verano siempre hay trabajo, pero llega septiembre y la gente se queda sin trabajo y casi no tiene de qué vivir hasta que llega el siguiente julio. Es decir, hablamos de trabajo de dos, tres meses al año. Y ¿el resto del año? Entonces, una de las primeras cosas que nosotros queríamos era tener empleo todo el año para las familias (de las trabajadoras) que tenemos con nosotros y que fuera de forma estable.

Y entonces, sí es verdad que dices “bueno, me dedico a esto, siento que tengo obligación, responsabilidad social empresarial de atender a este tipo de personas”. Pero, ¡Coño, es que esto a mí, económicamente, no me compensa! Es que tienes ahí una disyuntiva. Efectivamente, es lo que quiero; somos empresa de Economía Social sin ánimo de lucro y me comprometí con la sociedad hacer un buen servicio... Y creo que lo hemos conseguido durante estos 25 años. No está bien que yo lo diga, pero creo que somos un referente las dos cooperativas que quedamos (en Tapia y Lena).

2. Análisis DAFO de la Economía Social en el sector de los cuidados

A continuación, se presentan los resultados del análisis DAFO de la Economía Social en el sector de los cuidados en el Principado de Asturias. El análisis pone de manifiesto que la ES presenta importantes debilidades en el momento actual, pero también muchas oportunidades si se toman las medidas adecuadas para controlar las amenazas que pueden limitar su aprovechamiento.

Tabla 19. DAFO de la Economía Social en el sector de los cuidados en el Principado de Asturias.

| DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|---|---|
| <p>1. El sistema actual de cuidados ha relegado a la ES a las zonas rurales, donde las condiciones de la prestación de los servicios de cuidados son más difíciles y desfavorables debido principalmente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor escasez de personal cualificado ▪ Mayores dificultades en la organización de la prestación de los servicios que repercuten en peores condiciones laborales de las trabajadoras, especialmente en la ayuda a domicilio (desplazamientos -riesgo de accidentes, incomodidad, necesidad de coche- y parcialidad en el empleo por la dificultad de completar jornadas). ▪ Carencia de otros servicios claves para la permanencia de los usuarios en sus hogares (sanitarios, de movilidad, financieros...) lo que agrava sus necesidades. <p>2. Las condiciones de la contratación pública y de los conciertos con la administración lastran la sostenibilidad económica de las empresas y entidades de la ES y amenazan su supervivencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adjudicaciones de contratos públicos con precios muy reducidos, incluso por debajo del precio hora por convenio. ▪ Sistema de actualización de precios muy rígido, que no permite recoger cambios en las situaciones de las personas usuarias. <p>3. La baja rentabilidad económica de las actividades, especialmente en el caso de la ayuda a domicilio, determina el funcionamiento de las empresas y entidades con una fuerte infradotación de recursos humanos (auxiliares, coordinadoras...) que conlleva sobre esfuerzos continuos de las trabajadoras socias y de los puestos intermedios y de responsabilidad y deteriora las</p> | <p>1. Visibilización creciente del impacto diferencial de la ES sobre la cohesión social y territorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada vez más administraciones reconocen el compromiso de la ES con las trabajadoras de estas actividades y con el territorio en el que se ubican. ▪ Las iniciativas sociales presentes en los servicios de cuidados evidencian que los principios y valores de la ES y su compromiso con los trabajadores son imprescindibles en el desarrollo de un modelo comunitario basado en la cohesión social y territorial. <p>2. Contribución activa al desarrollo del nuevo modelo de cuidados a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El desarrollo de nuevos servicios como el de asistentes personales. ▪ La gestión de nuevos recursos, como los centros rurales de apoyo diurno. ▪ El desarrollo de una labor de prospectiva e innovación (a través de proyectos pilotos e innovaciones en los procesos productivos de los servicios). ▪ El avance hacia una mayor personalización en la prestación de sus servicios. <p>3. Capacidad demostrada de la ES para desarrollar nuevos servicios y aplicar esquemas de innovación por el tamaño de sus iniciativas y su flexibilidad.</p> <p>Los servicios de cuidados en el nuevo modelo requieren innovaciones de producto y organizativas y la Economía Social ha demostrado ser capaz de poder llevarlas a cabo (asistentes personales, serenos...)</p> <p>4. Los usuarios valoran la calidad de los servicios de la ES y, los que tienen capacidad económica, los adquieren, incluso con ayudas públicas reducidas (están dispuestos a pagar por servicios privados de calidad)</p> |



| DEBILIDADES | FORTALEZAS |
|--|------------|
| <p>condiciones de trabajo de las trabajadoras asalariadas (jornadas parciales, discontinuas, salarios...)</p> <p>4. Se señalan importantes dificultades en la captación y retención de personal cualificado y con interés en los empleos motivadas por los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las condiciones del trabajo son duras a nivel físico y emocional. ▪ Alta prevalencia de bajas laborales por enfermedad en las plantillas. ▪ Precariedad en las condiciones de trabajo de las trabajadoras de la ayuda a domicilio (dificultad para completar jornadas, incertidumbres sobre salarios...) ▪ La formación para el empleo relacionada con los cuidados se considera insuficiente (talleres de empleo) ▪ Las inversiones propias en formación no tienen un retorno adecuado, principalmente porque las personas desempleadas no siempre tienen interés en acceder al empleo. El sistema de protección social (desempleo, ayudas sociales...), en muchos casos, desincentiva la inserción laboral. <p>5. Las empresas y entidades están sometidas a una fuerte presión en el momento actual, de tránsito entre dos modelos de cuidados, que se deriva de distintos factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incertidumbre sobre la implementación del nuevo modelo de cuidados y los cambios que conllevará en la organización de los recursos. ▪ La exigencia cada vez mayor de requerimientos y seguimientos relacionados con la actividad, lo que conlleva una carga importante a nivel administrativo (inspecciones). ▪ La exigencia creciente de las familias motivada por la imagen negativa que los medios de comunicación dan de los recursos residenciales y por la implementación creciente de un modelo más personalizado en su imaginario, incluso para los usuarios con mayores niveles de dependencia. ▪ La falta de reconocimiento y de valorización social de sus servicios y de la importante contribución que hacen al bienestar colectivo y a los territorios, tanto por la atención de necesidades básicas para llevar una vida digna | |

| ANÁLISIS DE DEBILIDADES Y FORTALEZAS | |
|--|-------------------|
| DEBILIDADES | FORTALEZAS |
| como por la creación de empleo en los territorios. | |

| ANÁLISIS DE AMENAZAS Y OPORTUNIDADES | |
|--|---|
| AMENAZAS | OPORTUNIDADES |
| <p>1. Ausencia de aplicación de cláusulas sociales que prioricen, frente al tamaño de la empresa o el precio de los concursos, a las empresas comprometidas con las personas empleadas y sus condiciones de trabajo y con el territorio.</p> <p>2. Desaparición de parte del tejido productivo de la ES en el sector de los cuidados. Las debilidades señaladas y la falta de apoyo en la contratación pública han determinado la desaparición de una parte muy importante del tejido empresarial de la ES en el territorio y debilita la implementación del modelo comunitario de cuidados, especialmente en las zonas rurales.</p> <p>3. La falta de apoyo institucional en la superación de los obstáculos culturales (información, prescripción, acompañamiento), especialmente en las zonas rurales, amenaza la supervivencia de nuevas iniciativas en servicios claves en la construcción del modelo comunitario (servicios a domicilio, catering, servicios de fisioterapia, servicios deportivos...).</p> <p>4. Demoras en la implementación del modelo de cuidados comunitario y/o insuficiencia de recursos y de flexibilidad en el sistema para poder hacerlo realidad.</p> | <p>1. El modelo de cuidados apoyado en servicios comunitarios se posiciona como la mejor opción para cumplir con el deseo de las personas que necesitan cuidados por “una vida de calidad en la comunidad y no una vida con servicios de calidad”. Este modelo requiere elementos para su desarrollo que sólo la ES puede aportar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intersectorialidad (cuidados, salud, ocio, deporte, cultura, movilidad..) ■ Organización reticular de servicios y agentes ■ Co-liderazgo, colaboración y cooperación entre agentes ■ Participación ciudadana ■ Movilización de espacios existentes ■ Creación de espacios para la reciprocidad de las personas que reciben cuidados (de su contribución a la comunidad) <p>2. El avance en la implementación del nuevo modelo de cuidados requerirá procesos en los que la ES tiene una posición privilegiada. Entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo y nuevos servicios para los cuidadores no profesionales. ■ Actuaciones y servicios de carácter preventivo. ■ Visibilización e integración de la vejez, la discapacidad y la dependencia en la comunidad. <p>3. Los usuarios demandan cada vez un mayor protagonismo en la determinación de los servicios de cuidados y de apoyo que recibe (autogestión,</p> |



| AMENAZAS | OPORTUNIDADES |
|----------|---|
| | <p>capacidad de elección y de decisión, proactividad), lo que requerirá mayores niveles de personalización y flexibilidad en los mismos. Las empresas y entidades de la ES, por su tamaño, están en mejor disposición para introducir estas dos características.</p> <p>4. Las necesidades emergentes en el sector de los cuidados se ubican en actividades económicas donde la ES tiene una alta especialización (ocio, deporte, servicios de salud y prevención, acompañamiento y apoyo personalizado)</p> <p>5. La incorporación de nuevas cohortes a la demanda, con mayor nivel digital favorecerá el despliegue de nuevos servicios en el ámbito rural y permitirá mejorar la cobertura de la demanda de necesidades.</p> <p>6. La necesidad de incorporar nuevos recursos al modelo comunitario facilitará nuevas áreas de cooperación público-privada que pueden abrir nuevas oportunidades para la ES.</p> |

Fuente: Abay Analistas

3. Una estrategia para el desarrollo de un modelo de cuidados comunitario

Conceptualización del modelo de cuidados comunitario

Todo sistema socio técnico, y el de cuidados lo es, está compuesto por una regulación, unas normas, una tecnología, una infraestructura y una estructura social y estos elementos determinan su estabilidad y perdurabilidad.

El modelo de cuidados prepandemia venía siendo cuestionado desde hacía décadas, tal como se recoge en el capítulo primero de este informe, en el epígrafe denominado *De la institucionalización a la asistencia comunitaria* y la pandemia vino a elevar dicho cuestionamiento y las presiones para su transformación.

Como se ha señalado a lo largo de este informe, *el objetivo último de la atención comunitaria es permitir que las personas dependientes utilicen la misma gama de alojamientos, medidas de convivencia y formas de vida que el resto de la población, y que tengan una buena calidad de vida, participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida y en las formas en que elija cada persona* (Mansell y Beadle-Brown, 2011)

El modelo de cuidados comunitario requiere **servicios de base comunitaria** -variados, de calidad, disponibles y asequibles que sustituyan la asistencia institucional- y el **desarrollo de los recursos humanos** con el fin de asegurar la disponibilidad de personal suficiente y adecuadamente formado. Las personas expertas han identificado también la importancia de que este modelo se organice en torno a tres principios: intergeneracionalidad, intersectorialidad y reciprocidad (ver epígrafe 4 del capítulo previo).

Sin embargo, a medida que se ha ido avanzando en este proyecto, el modelo comunitario ha ido emergiendo como un ecosistema completo con múltiples agentes, recursos y, sobre todo, con potentes relaciones entre los actores. Pero, este ecosistema no surgirá de forma espontánea; lo hará parcialmente, lo que introducirá importantes asimetrías y limitaciones en su funcionamiento. Por ello, se requieren recursos, voluntades y actores comprometidos con el territorio para ponerlo en marcha, tal como se señala en los próximos epígrafes

La Economía Social es el actor clave en el desarrollo del modelo comunitario de cuidados

Sin la ES será muy difícil poner en pie un modelo comunitario de cuidados, especialmente fuera de las grandes ciudades, de ahí la importancia de preservar su tejido empresarial en el periodo actual, de tránsito entre modelos, en el que han surgido riesgos muy importantes para ella. Si no se conservan las empresas y entidades de la ES, no habrá oferta de servicios de cuidados implicada con el desarrollo del territorio ni con la cohesión social en él, o incluso, no habrá oferta de servicios por su escasa rentabilidad económica.

¿Por qué sin la ES no habrá modelo comunitario de cuidados en gran parte del territorio del Principado?

a) Por su presencia y liderazgo en el ámbito rural

El alto nivel de ruralidad del territorio en Asturias es un reto para el modelo comunitario de cuidados. La ES ya tiene o puede tener a corto plazo una oferta de servicios variada, tanto en cuidados como en servicios relacionados (prevención de la dependencia, empresas de catering, fisioterapeutas, etc.).

Es que aquí, en Asturias, excepto Oviedo, Gijón y Avilés, lo demás somos todos de pueblo. Y una dispersión enorme.



Pero tan importante como su presencia como oferente es su capital relacional en el territorio. La ES puede y debe coliderar la creación de la estructura reticular sobre la que se sustentará el modelo de cuidados comunitario.

b) Por su compromiso con el territorio y sus habitantes tanto desde el punto de vista de los cuidados como del empleo. La ES está principalmente configurada por pymes integradas por socios y capital local, que nacen con la finalidad de atender necesidades no satisfechas y/o crear empleo para los propios socios trabajadores, en su deseo de permanecer en su territorio.

Y tenemos un poco el reto también de lo rural, la dificultad de la ayuda a domicilio con la situación geográfica que tenemos. Estamos un poco apartados de todo. Pero bueno, es un reto y con ganas de hacerlo.

No es la cuestión a nivel económico, efectivamente, porque no es una empresa para enriquecerse, precisamente. Todo lo contrario, más bien al revés, de poner y poner para conseguir mantenerla, para dar trabajo.

Por qué somos 21 (empleadas) y suena poquito. Somos chiquitinas al lado vuestro, pero en un Concejo como es Tapia, que haya trabajo fijo todo el año para 21 familias, os digo que no es fácil. Y oye, que fijas población, que enriqueces la zona, que son muchas cosas.

Por otro lado, este proyecto (de asistentes personales) lo bueno que tiene, es que al final, los trabajadores van a ser trabajadores de la zona. Lo cual genera una riqueza en general, tanto para que la gente no se marche como para que la gente se quede aquí (usuarios), porque quieren tener un trabajo en la zona ayudando a las personas.

Los tres socios, en realidad, estamos relacionados con la hostelería y, en definitiva, era crear empleo dentro del propio concejo. No tener que irnos... [], de manera indirecta, estamos ayudando a que las personas se quedaran en su sitio de residencia. Esa fue la misión de dedicación que podíamos aportar con una empresa así, de catering o comida a domicilio, en el entorno rural.

c) Por su compromiso con los trabajadores

Es cuestión también de sacrificio de socios, sacrificio de coordinadores, de las auxiliares que son una maravilla. Son un tesoro y te da ganas de cuidarlas. Pero con el miedo que tienes de esa inestabilidad en cuanto a nivel económico... O ponerlo nosotras y venga a tirar., pero llega un momento que tienes un límite. No llegamos a más.

d) Por su flexibilidad y su capacidad para innovar en servicios

Como se ha visto en los capítulos anteriores, hay una demanda cada vez mayor de flexibilidad en los servicios y autogestión de los mismos, lo que requiere innovar tanto en el contenido como en el proceso de producción de los servicios. Las empresas y entidades participantes señalan dos experiencias en las que creen que han sido capaces de dar respuesta de manera mucho más satisfactorias a las necesidades de los usuarios: los/as asistentes personales y el cohousing.

Tienes 100% elección de tus horarios para lo que necesitas. ¿Tú que necesitas? Que te vengan a levantar, a duchar y acostar. Y se acabó.

Entonces, con el proyecto de asistencia personal que nosotros damos, sí lo tienes. Porque tú tienes uno o dos o tres trabajadores tuyos. Y dependiendo de los horarios que tú necesites, no vas a tener simultaneidad de horas con la misma persona. Entonces, tú tienes tres trabajadores que tú has elegido. Una bolsa que nosotros hemos filtrado de una bolsa mayor que hemos formado. Que hemos valorado por edad, aficiones, ocio, por lo que sabemos de las dos personas. Y luego, a esa persona, decides pedirle lo que tú necesites, a la hora que necesites, cuando lo necesites.

Con lo cual, es un trabajo 100% completo, que permite que esa persona sea 100% autónoma, independiente. Gracias a ese apoyo, sin ser juzgado, sin ser valorado y siendo ayudado siempre en todo lo que necesite. Yo siempre digo que esto es como un robot, pero bien hecho, porque un robot siempre va a tener fallos. Un humano..., somos muy

perfectos. Tienes una persona, que te va a ayudar, que te conoce, que te ríes con él, que disfrutas.

Un enfoque ecosistémico para el desarrollo del modelo comunitario apoyado en la ES

A continuación, a partir de los resultados obtenidos en las aproximaciones metodológicas desarrolladas en el marco de este estudio se identifican los diez elementos claves para desarrollar un modelo de cuidados comunitario apoyado en la Economía Social.

1. Pensar, definir y redefinir el modelo de cuidados comunitario en cada territorio

El modelo de cuidados comunitario debe definirse en lo local, de manera particular para cada territorio, pero apoyándose en unas premisas comunes:

a) La **identidad de las personas usuarias** no puede reducirse al ámbito de los cuidados. Las personas que reciben los cuidados deben tener un mayor protagonismo en su faceta de usuario de estos servicios (contenido de los mismos, mayor capacidad de elección y de decisión), pero también debe seguir siendo un miembro activo de la comunidad, con una participación activa en otras actividades y con diferentes roles.

Las personas, a lo largo de toda su trayectoria vital, o sea, desde que nacen hasta que mueren tienen diferentes necesidades de cuidados. El nuevo modelo pretende que la persona pueda vivir el máximo de tiempo posible en su entorno, como quiera, tomando sus decisiones y que tenga a su disposición una serie de recursos que le permitan elegir y vivir con calidad en ese entorno.

b) El modelo comunitario se configura como un **espacio de recursos intersectorial** (de cuidados, de salud, educativos, culturales, deportivos...) y con multiplicidad de actores (profesionales, voluntariado, familiares, amistades, vecindario, empresas, instituciones de todo tipo) que se organizan en torno a una estructura reticular en la que colaboran y comparten recursos con el objetivo de que la comunidad sea capaz de proporcionar una vida de calidad en ella a las personas que requieren cuidados.

¿Cómo? Desde cada uno, desde ese lugar tiene sentido construir una estructura de apoyo en el cual esté la residencia en los servicios sociales, pero también esté un servicio de rehabilitación o un servicio de catering, o en su caso, generación de nuevos modelos de vivienda...

Un aspecto clave en este punto sería trascender los cuidados proporcionados por los servicios sociales y extenderlos a los servicios de salud, en línea con la Estrategia Europea de Cuidados y la recomendación de cuidados de larga duración. Esta extensión conllevaría un importante ahorro de recursos en la atención sanitaria que podrían canalizarse hacia el modelo comunitario¹⁸.

La capacidad de la ES para crear este espacio de intersección entre los servicios sociales y sanitarios podrían ser clave porque se requiere flexibilidad, no siempre fácil de lograr en la administración pública. La ES ya ha demostrado su capacidad en otros esquemas, como los de inserción sociolaboral, apoyados también en espacios de intersección.

c) El **funcionamiento** del modelo comunitario es **ecosistémico** y, como tal, en él, tan importante como los actores y los recursos son las relaciones entre ellos. Los aspectos relacionales no surgen necesariamente de manera espontánea y la colaboración y coordinación deberá fomentarse, gestionarse y cuidarse como la pieza clave del

¹⁸ Un planteamiento en esta línea para Cataluña puede consultarse en <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/domiciliaria/model-aiss-entorn-domiciliari.pdf>



ecosistema de cuidados. Las relaciones por sí mismas no son suficientes para levantar un modelo de este tipo, pero los recursos físicos o materiales, por sí mismos, tampoco.

Creo que lo que es interesante es la red. Y yo creo que en muchas de las soluciones que hay que indagar ahora no es tanto los locales y los nuevos equipos, sino cómo esos locales son utilizados y cómo generan espacio complementario para producir nuevas iniciativas en una red local en la que la relación, la concertación y la organización de las actividades es más que la suma de las partes.

2. Liderar y coordinar el modelo comunitario

El concejo es un actor clave en la creación y coordinación del ecosistema del modelo de cuidados comunitarios: detectando necesidades, arbitrando soluciones, creando relaciones, apoyando nuevos servicios emergentes a través de la información, la prescripción y/o el apoyo económico. En los grupos de trabajo ya se han identificado casos donde el concejo realiza en gran medida este conjunto de funciones y, de manera informal, ha desarrollado un modelo comunitario de cuidados, en términos relativos, bastante completo. La mayoría de las personas participantes en los grupos sitúan en el nivel municipal el liderazgo y la coordinación de este modelo.

[Hablando de la problemática de ciertos beneficiarios] Volvemos a lo mismo. Es algo que tiene que surgir del trabajador social, que es el que tiene el caso de ellos, o con una empresa responsable, que decida llegar a acuerdos.

Sin embargo, la gobernanza del modelo comunitario requiere órganos plurales que garanticen la representación y participación de los principales actores en el territorio y que tengan funciones ejecutivas, no meramente consultivas (a semejanza de los denominados comités transversales en el modelo comunitario de Quebec). Estos órganos pueden estar integrados por profesionales que están en la primera línea de los cuidados, responsables de la planificación pública, representantes de las personas usuarias, demandantes de los cuidados, asociaciones ciudadanas locales...

Pero se podría plantear esto, que habláramos entre todos, que fuera integral de verdad, porque es que la ayuda a domicilio no es única, la residencia no es única. Hay muchos especialistas implicados, es decir, gente en el hospital, en el centro de salud, en la residencia o la propia familia. Entonces al final es un trabajo común. El problema es que se haga de forma aislada.

La colaboración entre actores y el liderazgo compartido entre los principales actores son ejes troncales en este modelo, pero como ya se ha señalado, deben dedicarse recursos, también financieros, a promover y gestionar esta colaboración.

Entonces hay que financiar la colaboración [...] Pueden financiarse proyectos de colaboración, pero también necesitas generar unas instancias de liderazgo compartido, porque si no..., en lo participativo hace falta mucho liderazgo y, de alguna forma, funcionalidades de gobernanza, de coordinación muy fuertes.

Hay otras dos funciones que debe desempeñar el liderazgo del modelo: generar una visión compartida entre los actores y establecer modelos de cooperación sólidos entre ellos. Estas funciones, ya las asumen, a iniciativa propia, algunas entidades de la ES.

Yo creo que la visión compartida es fundamental, que sea una visión también, que se module y que evolucione, pero tener una visión común.

Entonces no sé, yo creo que ahora mismo estamos en un momento de una desorganización. Cada uno tiene demasiados problemas dentro de su propio ámbito. Y necesitamos juntarnos porque muchos son comunes. Y a lo mejor las soluciones alcanzarían más a todos. Pero tenemos que pensar juntos.

Coordinación con el Centro de Salud estamos empezando a hacer, que también nos conozcan, porque los dispositivos al final estamos al lado, pero tú miras la salud y yo miro el cuidado, y es complementario. Y tenemos problemas con el hospital porque en el hospital van a curar.... Nosotros tenemos una visión mucho más holística, más global.

Por último, pero no menos importante, otra función a desarrollar por el liderazgo compartido es evaluar la implementación del modelo comunitario y de sus impactos sobre la calidad de vida de las personas. La evaluación es condición necesaria para que el cambio de modelo no quede en un mero cambio de terminología. La evaluación de su avance y sus impactos sobre la calidad de vida de las personas usuarias es clave.

(Hay que) Monitorizar también el sistema, la propia transformación

3. Crear estructuras de cuidado en el territorio

Atender las necesidades de cuidado no es una condición suficiente para que las personas que los necesitan permanezcan en sus casas y en sus entornos. Se requiere un conjunto de servicios más amplio, que sobrepasa el ámbito estricto de los servicios de cuidado. Estos servicios de apoyo a los cuidados tienen que ver con su movilidad, sus necesidades de atención médica, de ocio, de cultura, de servicios de mantenimiento y prevención de enfermedades, dirigidos tanto a las personas usuarias como a su entorno. Y las personas cuidadoras no profesionales tienen también necesidades de respiro, de formación, de información, de acompañamiento psicológico que hay que atender.

Es decir, y vas contactando con organismos que sé que se van generando, de artistas que van a implicarse como artistas en mantener una actividad lúdica, creativa, interesante, en la que se van generando nuevos espacios de contacto para en lugar de tener y decir esto es servicios sociales, esto es salud, esto es cultura, esto es educación, y que esas fronteras que son completamente arbitrarias. Entonces, cómo se hace para que se generen en esas redes locales u otro sector, o incluso ahí podemos ir más a lo regional. En lo local hay que hacer mucho intersectorial, porque lo local hay que implicar a la educación, hay que implicar al sector educativo, hay que implicar al sector cultural, al sector lúdico, al sector... Hay que implicar lo máximo posible.

Necesitamos servicios públicos, necesitamos transporte. Hay un transporte en el que puedes ir a trabajar y resulta que no puedes volver del trabajo porque no hay quien te traiga a casa. Hay gente que está haciendo unas prácticas profesionales, puede ir y no puede volver.

Aquí estamos entre todos, conjugando un poco como mejorar esa calidad de vida, a través del deporte, a través de la fisioterapia, a través de la domótica, a través de una manera distinta de vivir. Y nosotros llegamos, en nuestra parte y lo que estamos haciendo es, para que esa calidad de vida sea real al final, porque creemos que cada perfil de usuario necesita uno u otro servicio.

La ES tiene una alta especialización en la mayoría de estas actividades y, ante la carencia de una organización formal, atiende algunas de estas necesidades, aunque no se le esté retribuyendo explícitamente esta atención.

- Aquí surgen como otros sujetos, otros agentes dentro del escenario qué son como servicios de apoyo a vuestros propios servicios de apoyo. ¿Eso existe? ¿habéis llegado a acuerdos? Antes decíais viene la peluquera a mi centro. Yo no sé, se me ocurre...: un taxi que acerque a la persona, ¿cómo veis esa coordinación?

- Digamos que sale de la empresa nuestra, en nuestro caso, pero podría ser una cosa que fuera más común. Lo que hacemos es cuando a alguien le pasa esto, "hacemos cuidado", como lo llamamos nosotros. Llevamos a esta persona, lo acompañamos, se pide un taxi, porque que no tenemos licencia para llevar a nadie y, si pasa algo tienes un problema. Pero con un taxi se les acompaña, se les lleva a la consulta médica, lo que necesitan.

Nosotros en Lena hay un programa con Cruz Roja, que cuando tienen consultas médicas en el hospital, que nuestro hospital de referencia está en Mieres, nuestros servicios de ayuda a domicilio, los lleva Cruz Roja a la consulta médica. Quiero decir, pues sí lo hay.



Lo promovió la administración local y se gestiona cuando no tienen familia o cuando la familia no puede.

4. Desarrollar esquemas de innovación social en los que prospectar nuevas soluciones

La construcción del modelo comunitario es un cambio radical del modelo de cuidados y como tal, es en sí misma un esquema de innovación social, de innovación transformadora, donde la ES puede y debe jugar un papel clave también en la innovación, en la propuesta y experimentación de nuevas soluciones. Pero otros actores, como las administraciones públicas, deben jugar roles y atender funciones nuevas, promover de forma activa esta experimentación y eliminar esquemas que penalizan fuertemente la innovación, como los recogidos en epígrafes previos. Las administraciones deben prestar apoyo a las nuevas iniciativas ayudándolas a superar todo tipo de obstáculos en sus primeras etapas de vida.

El papel de la innovación social no es que sea necesario o muy importante, es que lo que estamos hablando es de la transformación radical de un sistema.

Entonces, estamos con este escenario, se están ejerciendo presiones para cambiar el sistema. Y luego, y esto es lo más interesante para el mundo de la Economía Social, siempre hay iniciativas que están analizando: “bueno, yo cómo hago para meterme en el mundo de los cuidados”, yo tengo esta vocación, yo soy una empresa de Economía Social, soy una fundación, soy una cooperativa y yo estoy aquí dándole vueltas... Y esto, en la medida en que se consiga una tendencia conjunta entre todas estas pequeñas iniciativas, puede también ejercer presión sobre el sistema, acabar por desestabilizarlo, que esto siempre suena muy radical en la teoría de la innovación transformadora.

[Hablando del nuevo papel que las AAPP deben jugar en el modelo comunitario] han identificado 100 iniciativas en el territorio, de alguna forma más o menos alineadas, o que tratan de romper con el sistema de cuidados actual. Es decir, que están más orientadas a un sistema de cuidado comunitario, centradas en la persona, muy basadas en aprovechar las oportunidades de la tecnología -que, por cierto, sería otra de estas tendencias que están presionando, abriendo ventanas de oportunidad, rompiendo, construyendo, etc. Han identificado 100 iniciativas en el territorio, de las cuales siete van a ser promovidas y a esto se llaman “nichos”, en la literatura los llaman nichos. Y el papel de la administración pública sería identificar “nichos”, y a partir de ahí, cuidarlos, protéjelos de los factores inhibidores del sistema, ayúdalos, nutrirlos, darles de comer.

O sea que un poco es dinero, un poco es la filosofía, un poco son las ideas, cosas que a lo mejor no se nos habían ocurrido y que pensando todos juntos... (se nos ocurren). Pero tiene que haber, ese grupo que esté dispuestos a escucharnos... Y alguien que informe a las familias, a las personas, que les apoye en el momento vital en el que se encuentren, en el que necesitan ayuda.

En aldeas, la gran mayoría son gente mayor que no se quiere ir de sus casas. Entonces lo que hacen es organizar: ¿cuánta gente dependiente hay? ¿diez, doce? Y esos servicios se organizan desde la administración. Incluso, en algunos sitios, se organizan desde una asociación. Entonces ahí se hace una especie de centro de día, de alguna forma, donde hacen la gimnasia, donde hacen los cursos, donde van a esos espacios comunes.

En Asturias necesitamos explorar otras soluciones. Otras soluciones que se están utilizando en Galicia, en Extremadura, sitios con el mismo problema de vejez que tenemos en Asturias. Yo creo que hay que explorar y empezar a plantearnos (el tema de) las casas de mayores. Llamémoslo como quieras: viviendas, aldeas, barrios.

5. Desarrollar nuevos servicios, más ajustados a las preferencias y necesidades de los usuarios

Los cambios identificados en la demanda serán cada vez más evidentes. La incorporación de los denominados *boomers*, de las grandes cohortes de los nacidos en las décadas de los años sesenta y setenta supondrá, a corto y medio plazo, cambios cuantitativos y cualitativos muy significativos en la demanda de los servicios de cuidados.



La demanda potencial de cualquier servicio se elevará de forma muy notable, pero, seguramente, también exigirán servicios más flexibles, más ajustados a sus necesidades. Además, sus competencias digitales permitirán una mayor penetración de la tecnología.

Lo que está claro es que vamos a tener más modelos. Y la alternativa no sólo va a ser que va a haber un cohousing. Va a haber muchas opciones. Y esas opciones van enfocadas a que vamos a vivir cada vez más y vamos a tener diferentes necesidades.

Yo creo que además de vivir más y querer vivir en nuestras casas, vamos a tener que socializar de otra forma. Y vamos a tener una actividad física o deportiva.

Es que como me parece que en ese Ayuntamiento funciona tan bien Servicios sociales, digo ¡por Dios! Decirle a la alcaldesa, al alcalde, a la corporación, que reúnan a sus colegas y les planteé, miren yo hago esto y funciona, ¿alguien lo quiere copiar? ¿alguien quiere venir aquí a ver cómo lo hacemos? ¿Por qué lo hacemos así? ¿Cuánto nos cuesta? ¿Es viable? Esta señora (la alcaldesa) está demostrando que la administración más cercana es la que más puede colaborar con los ciudadanos.

El proyecto más potente que tenemos ahora, precisamente el proyecto de SIAP (Servicio Integral de Asistencia Personal). Llevamos desde 2018 trabajando en ello. ¿Por qué tuvimos que pelear por la asistencia personal en Asturias? Es una pelea de hace tres o cuatro años con el Principado, para hacer entender que el formato que había no era el único, que había otro formato que estaba dominando. Llo normal es que haya una ayuda a domicilio, que es a tal hora, y a tal hora, y haces tu vida alrededor de esa ayuda a domicilio. Eso no es autonomía, sino todo lo contrario.

Con lo cual, es cierto que las soluciones que se estaban dando para ayudar a la gente en casa, eran muy estrictas. ¿Qué tiene de bueno la asistencia personal? Punto número uno. Estás en tu casa. Hay mucha gente que no quiere irse de su casa. Punto número dos [], es el cuadrante en donde tengo una jornada completa, para que sea un trabajo en buenas condiciones, con la tabla salarial que le corresponda, con todo cubierto.

Por ejemplo, nosotros, en nuestro programa de empleo del Ayuntamiento, se han hecho cursos de formación de asistente personal y la prioridad de los mayores de 45 años. Lo que quiero decir, es que al final es el trabajo que estamos haciendo, es cubrir necesidades y oportunidades.

Pues en mi campo, la mayor parte de los fisios, yo siempre digo, ¿porque la administración pública no hace un convenio con el Colegio de Fisioterapeutas? que la mayor parte tiene clínicas privadas, la mayor parte de mi promoción, el 80%, tenemos clínica privada. Es una pasada que abra un convenio, ¿que no podemos cobrar? Bueno, bajamos un poco la tarifa, pero vamos a tener un trabajo asegurado fijo.

Tiene que haber una manera de hacer un convenio, un listado, un cuadro de fisios, que los pacientes puedan asistir o los fisios a sus casas. Los fisios, digo fisios, enfermeras, lo que sea.

6. Integrar los recursos de cuidados en el conjunto de la comunidad

En el modelo de cuidados comunitarios se promueve la integración de las personas usuarias en su entorno a través de su visibilización, de su presencia en todos y cada uno de los espacios de la comunidad y, especialmente, en aquellos en los que puedan jugar roles diferentes al de “persona cuidada”, aquellos en los que ellos aporten experiencia, conocimiento, iniciativa y apoyo a otros miembros de la comunidad.

Nosotros tenemos un especial empeño en abrir la residencia a los chiquillos, a la sociedad en general, y sobre todo a la gente joven. Entonces tenemos un montón de proyectos intergeneracionales que compaginamos con las redes de voluntariado que están en la fundación.

Todos los días se les saca, si hace bueno. Van al mercadillo, van a la plaza del pueblo, los llevamos a la playa, vamos al muelle, porque son cosas que les gustan. Los integramos en las festividades que hay, preparan cosas para las actividades, que vengan las familias.

Me llamaron para hacer un vídeo de una campaña, Muévete, de un programa que tienen dentro del centro de salud, para que yo, como fisio, dijese que las infiltraciones en un lumbago, una protrusión discal, no tenían beneficios. Un médico de cabecera me llamó para que yo grabase un pequeño eslogan. (Los pacientes) Responde muy bien, porque la gente está deseando sentirse atendida.

7. Alinear el entorno con el modelo comunitario de cuidados

Las personas que reciben los cuidados habitan un entorno físico e institucional que debe tener también una apertura y una disposición a colaborar con la implementación del modelo comunitario. Sin esta colaboración, mantener y desarrollar la identidad de las personas usuarias como miembros activos de la comunidad es muy difícil. Y este alineamiento va desde la accesibilidad y la adaptación de los entornos y servicios hasta la participación en el resto de servicios comunitarios, o la visibilización de la vejez, la discapacidad o la dependencia.

No hay una atención para estas personas. Hay carriles bici, carril para motoristas, todo, todo. ¿Y los mayores, dónde van? Ponen bancos de cemento para la gente mayor. ¿Me lo estás diciendo en serio?

Entonces, lo que ideamos fue, pues vamos al mercado, salimos por la mañana si hace sol y damos un paseo por Laviana. Vamos a ver la iglesia, que tenían mucha ilusión por ver la iglesia. Pues acercarlos un poquitín al pueblo donde viven, porque al final hacía años, mismamente Marce, ¡Hacia 10 años que no había ido a la plaza del pueblo a ver el Ayuntamiento!

- Pero bueno, luego cuando sales, por ejemplo, de paseo por las zonas, no están nada preparadas para ir con gente con silla de ruedas. Es indignante.

- Hay barreras arquitectónicas por todos los sitios.

- Sí que estamos intentando implicarnos mucho con la comunidad desde un punto de vista individual. (Pero) Nosotros tenemos la comunidad completamente cerrada. Es decir, por ejemplo, queremos ir a la piscina y un acompañante paga más que la propia persona... ¡Que el acompañante no va a bañarse, va a acompañar a alguien!

Con el tema del médico y enfermeras se da por hecho que, en las residencias, tenemos que tener médicos, enfermeras, podólogos... Son residentes en un pueblo, que viven en su casa, o en la residencia. "No es que vivo en la residencia. Estoy institucionalizado...", Es que la propia sociedad es la que te hace estar institucionalizado.

Nosotros, por suerte, tenemos el centro de salud al lado. El médico del centro de salud, viene cuando tiene que venir y nosotros vamos al centro de salud cuando tenemos que ir. Y se da por hecho que los centros tenemos que tener absolutamente de todo y al final hacen quietos. Nosotros no. Vamos al conservatorio, vamos al instituto...

8. Buscar una mayor integración de los servicios profesionales y no profesionales

Integrar a los cuidadores no profesionales y, en general, al entorno de las personas que necesitan cuidados en el modelo comunitario es otro elemento diferencial del mismo. La dicotomía, o falta de relación actual entre los cuidados profesionales y los cuidadores no profesionales es una limitación del sistema actual. La integración entre uno y otro tipo de cuidadores debe realizarse a partir de la colaboración y de la apertura de espacios comunes en los que:

a) Compartir conocimiento, visiones y valoraciones de los servicios actuales.

b) Los cuidadores no profesionales y el entorno de la persona que requiere los cuidados pueden contribuir a identificar necesidades emergentes, innovar en los servicios de cuidados, propuestas de actividades ...



c) Los cuidadores no profesionales puedan recibir formación y servicios médicos y psicológicos de apoyo

Considerar a la persona con su entorno familiar, con su entorno. Quiere decir que se va a haber ahí medidas en las que, si se consolida la solidaridad existente, apoyando a los cercanos, a la gente que está cercana, sea la familia, sea la pareja, sean amigos, sea el vecino.... Si se consolida esa red, se está permitiendo efectivamente a las personas estar más tiempo en casa con una calidad de la intervención estupenda, que es la que llega a permitir esa calidad de vida.

9. Fomentar el emprendimiento y el intraemprendimiento local

La construcción del modelo comunitario y de la estructura de servicios en la que debe apoyarse pueden dar lugar a oportunidades de emprendimiento y de creación de empleo que, a su vez, aportarán solidez al modelo.

En los propios grupos de discusión realizados ya identifican necesidades emergentes, vinculadas a los propios servicios de cuidados, o al grupo de otros servicios de apoyo al modelo comunitario.

a) Servicios vinculados a la prevención y la atención de necesidades en el periodo nocturno en el domicilio, especialmente en el caso de personas que viven solas. Se citan de manera expresa servicios de prevención y/o atención de caídas en el domicilio o del abandono del domicilio durante la noche.

Tenemos un grave problema con las caídas de las personas que viven solas en casa, Vale. Normalmente llaman al 112, suele acudir la Policía Local o la Policía Nacional o los bomberos, dependiendo de qué circunstancias. Y algunas veces eso suele producirse normalmente por las noches. A mí me hablaron de uno de los servicios que se podrían prestar, algo parecido al sistema de Serenos de Gijón.

El problema que más atendemos nosotros es las personas que viven solas y salen. Tienen dependencia y salen a las 03:00 (de la mañana), y empiezan a deambular por la ciudad...

Ahora eso es una necesidad que nosotros hemos detectado, y tenemos que encontrar o es una posibilidad de poder encontrar una posible solución que puede ser con una persona, con la tecnología. Es algo que tarde o temprano vamos a tener que intentar cubrir.

b) Otro grupo de necesidades emergentes son las relacionadas con las actividades deportivas, en su doble vertiente de servicios de ocio y/o de servicios preventivos.

Necesitamos especialización en las actividades deportivas para personas mayores de 50, de 60 y 65 [] Ahí tenemos nicho de mercado porque lo demandan, porque lo necesitamos en los centros de mayores para dinamizar, lo necesitamos para los centros de programas de salud que tenemos.

El gran error que hasta ahora se planteaba es que se estaba haciendo deporte para gente mayor. No. Hay que hacer deporte y que la gente mayor participe en la medida de sus posibilidades, pero adaptándonos nosotros a lo que puedan hacer. Y que la gente se sienta viva o animada a través del deporte.

La gente piensa que es cuando ya tienes algún problema de salud, y no es así porque puedes prevenirlo a través de esos dos tipos de deporte que yo hago en la clínica. Cada vez hay más médicos que en vez de recetar pastillas les están diciendo, sobre todo traumatología a los pacientes, búscate un fisio y haces pilates. No te busques un monitor, búscate un fisio que te adapte los ejercicios a tus hernias, a tus problemas de movilidad, a tus prótesis de rodillas, a tu discapacidad. Y a tonificar y fortalecer mucho la musculatura y mejorar su día a día y, sobre todo, su autoestima.

Yo encima estoy especializada en suelo pélvico, en fisioterapia uroginecológica, entonces sobre todo yo tengo muchas mujeres que vienen usando compresa, pañal con el estado psicológico fatal. No salen de casa por miedo. A través de pilates, que yo mezclo un poquitín con ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico, pues les mejoras la calidad de vida.

Entonces, el deporte yo si veo que en mi campo cada vez es más gente solicitándolo, (gente) que no tiene patologías; que quiere prevenirlas.

Entonces, dijimos, creemos que es una buena posibilidad, de que estas personas si les estamos dando alimentación equilibrada, sana, se la estamos llevando dentro de dos días, variada. No solamente el hecho de estar dándoles esa comida, si no, el ratito de conversación, ese momento de vigilancia, de si están bien, si han comido bien lo que se les ha servido el día anterior.

El catering a domicilio, existe como recurso municipal. La experiencia es muy positiva, por lo que dices, permite que personas que tendrían grandes dificultades para alimentarse de forma adecuada [] Las trabajadoras de las empresas de ayuda a domicilio sí están preparadas y capacitadas para elaborar alimentos, pero es un tiempo precioso que se puede dedicar a otras tareas. Sobre todo, cuando hablamos de personas en situación de dependencia avanzada. Así que yo considero que es un servicio básico para apoyar los problemas de la ayuda a domicilio.

Un elemento común a los servicios y actividades emergentes es que deben dar respuesta a los cambios en la demanda que ya se están dando y que se acelerarán a medio plazo, cambios que, en gran medida se corresponden con el deseo de permanecer en el domicilio.

Yo, por ejemplo, hago domicilios y cada vez cada vez hago más domicilios, porque los pacientes (están ahí). Hay muchos fisios que no hacen domicilios. Yo creo que eso es fundamental, una necesidad brutal.

Mirando lo positivo, yo creo que el futuro es el domicilio, el acceso a las personas que necesitan cuidados. Da igual que sea del fisio. ¡Ojalá fueran también del entorno sanitario, del psicólogo o del trabajador social!. La filosofía de los cuidados de la persona... Lo de siempre, pero que luego nunca se lleva a cabo: el centrarnos en las personas.

10. Apoyar de manera integral el modelo comunitario

a) Apoyo a la Economía Social como agente transformador del modelo en el territorio, eliminando los elementos de la contratación pública que la excluyen “de facto” de la misma y favoreciendo las iniciativas emergentes.

Entonces, por eso vinculo esa economía público privada, es decir, que tienen que seguir existiendo las residencias, lo que hemos dicho, pero son necesarios más modelos. Y los tienen que fomentar con toda su energía. La burocracia, o sea, la administración pública..., Yo creo que es imposible. Es una mole. Mover a la burocracia, y que la burocracia se transforme es una batalla perdida. Creo que es lo que tiene que hacer la administración, apoyar a esa parte de la Economía Social, apoyar esos proyectos que se unen, que apuestan su dinero. A veces sólo necesita un poco de empujón, un poco de ayuda.

Estoy hablando de cosas que hace la administración pública y pueden ser perfectamente con empresas de Economía Social, depende del tamaño. Los que tenemos aquí en [Nombre de ciudad], lo estuvimos pensando para la ayuda a domicilio y por el volumen que teníamos, no había ninguna empresa (de ES) que lo pudiese hacer.

b) Apoyo para remover los obstáculos culturales que amenazan a las iniciativas en actividades emergentes o con nuevos servicios.

Pero no tuvimos ese apoyo institucional de ninguna manera. El apoyo que le pedimos al Ayuntamiento era darnos a conocer a través de asuntos sociales, decirles (a los potenciales usuarios) “mirad, hay una empresa de Economía Social, que se dedica a esto”. La ayuda que pedíamos era que nos dieran esa visibilidad.

Y al final es que estos ayuntamientos no comunican que hay un posible servicio. Nosotros nos hemos comunicado con todos los ayuntamientos de Asturias, facilitando esta formación (de asistente personal). Es que ha habido muchos que no han contestado. En el momento en el que tú estás ofreciendo algo, es una oferta a un precio baratísimo para una formación, para que, además, puedas formar a personas para trabajar. Y para que trabajen con personas de su propio entorno. Es decir, que al final dices es que vas a hacer una doble ayuda a tu localidad. Y pasas de ello.



c) Apoyo al emprendimiento, especialmente al emprendimiento colectivo, como el de la ES, con la reducción de trámites administrativos, consultorías especializadas que acompañen y ayuden a las iniciativas o poner en pie sus actividades de forma sostenible a nivel económico, social y ambiental

En Francia, que nos llevan 15 años de diferencia en esta visión, empezaron hace 15 años a ayudar a crear empleo de gente joven, como tú, como tú, gente que tiene ideas para apoyar a la gente mayor, a las necesidades de la gente mayor, a crear oportunidades. Y hoy en Francia, hay una economía que llaman la economía plateada. Que aquí, en España, estamos apoyando, la economía azul, la circular, la verde, la naranja..., De todos los colores.

Asturias necesita empresas y necesitamos trabajadores, necesitamos, sobre todo que venga gente más joven a trabajar, que tengan familia y todo esto. Necesitamos empresas que hagan, que atiendan.

Sobre todo, estamos hablando de emprendimiento social, incluso, sigo insistiendo, en la zona rural. En urbana, lo mismo, pero este modelo es de empresa pequeña y empresa social pequeña.

Yo llevo desde los 15 años dando clase. Tengo 55. Puedo trabajar en cualquier otra cosa. Pero yo pensé, vamos a intentar aportar la experiencia que tenemos. Llevamos cuatro meses con “todo problemas” para hacer la empresa. Y dices tú “joder, algo que tiene que ser que te faciliten... ¡Con 55 años! Es más cómodo coger la prestación. Es el gran problema.

4. Propuestas de actuación

Propuestas dirigidas a remover los obstáculos actuales

Mejorar la formación y las condiciones de las personas que cuidan

- En la formación reglada y no reglada para trabajar en los cuidados, los contenidos y materias deben adecuarse al nuevo modelo, incorporando el desarrollo de competencias más globales y heterogéneas en todos los perfiles (incluyendo no solo el cuidado físico, sino el mental, el acompañamiento, etc.). Esta formación debe ser teórico-práctica, y las prácticas deben desarrollarse con las personas a cuidar, tanto en establecimientos residenciales como a domicilio (recordando que las prácticas deben estar tutorizadas).
- Avanzar en la acreditación de las competencias de las personas cuidadoras informales o no profesionales (medida recogida en el III Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025), junto con campañas de información para promover su reconocimiento y afiliación a la Seguridad Social.
- Incorporar dentro de la oferta de los servicios de cuidados, especialmente en establecimientos residenciales, la posibilidad de espacios de “respiro” para las familias, amigos, etc. Estos espacios pueden ser temáticos, y ayudar a entender diferentes situaciones de las personas que necesitan los cuidados (por ejemplo, Café con Alzheimer, para familias que tienen personas con esta enfermedad).
- Promover fórmulas que permitan compatibilizar el cobro de subsidio de desempleo (parcial) o ayudas económicas por rentas bajas, con las que provienen del trabajo en los cuidados.

Instituciones relacionadas con la oferta de cuidados

- Los procedimientos para reconocer la dependencia deberían ser más cortos en el

tiempo y, sobre todo, y más flexibles en las revisiones del grado. En esta línea podría valorar la colaboración de los establecimientos y empresas que prestan los servicios de cuidados.

- Establecer contratos y acuerdos con las empresas que prestan los servicios que, ante un ingreso hospitalario o cualquier otro cambio temporal en las condiciones de las personas a cuidar, no vean perjudicados sus ingresos y puedan mantener su planificación de los servicios y una cierta estabilidad en los contratos de sus asalariadas.
- Establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones y/o los departamentos de cuidados con otros de carácter más transversal como servicios médicos, transporte, infraestructuras, movilidad, accesibilidad..., especialmente a nivel municipal.
- Promover una mayor implicación de la universidad en el desarrollo de los servicios de cuidados. A través de proyectos de aprendizaje-servicio las titulaciones relacionadas (sanitarias, psicosanitarias, sociales) podrían desarrollar programas específicos que diesen mejor respuesta a algunas de las necesidades detectadas.
- Adecuar la contratación pública de los servicios a la realidad social y económica de la oferta de cuidados en las zonas rurales y al reconocimiento del papel estratégico que algunos actores, como la ES, tienen en la oferta de cuidados en el ámbito rural, especialmente en una comunidad autónoma como Asturias, donde éste es mayoritario¹⁹.
- Promover una mayor incorporación de la tecnología a todos los ámbitos de la prestación de los servicios de cuidados para facilitar su gestión a las empresas y entidades oferentes, reducir costes y ampliar la oferta de servicios a los hogares.
- Recopilar y difundir las buenas prácticas, incluso promover intercambios de personal entre empresas y organizaciones relacionadas con los cuidados para intercambiar aprendizajes y soluciones.

Visión e implicación de la sociedad con los cuidados

- Promover campañas de sensibilización para combatir la asociación que se hace de los cuidados a las mujeres y la “presión” sentida por las mujeres por desarrollar estos cuidados en el ámbito familiar.
- Desarrollar programas de prevención para alargar en el tiempo la necesidad de servicios de cuidados.

Propuestas dirigidas a desarrollar el modelo comunitario

Identificar las potencialidades y recursos en el territorio

En este mismo informe se han mostrado las diferencias por áreas sanitarias en el desarrollo de la oferta de cuidados profesionales. Este tipo de análisis de potencialidades

¹⁹ En este punto, cabe señalar que ASATA desarrolla un observatorio de la contratación pública de la ES, centrado en formar a las empresas en compra pública y en sensibilizar a las AA.PP. en la responsabilidad social, con objeto de que utilicen las herramientas que ofrece la Ley de contratos del sector público y valoren la economía social asturiana y su presencia y aportación a la comunidad.



y los inventarios de recursos deben guiar la prospección de potencialidades y posibilidades en el territorio²⁰.

Sensibilización sobre las ventajas del modelo comunitario de cuidados

Las actuaciones de sensibilización deben ir dirigidas a la ciudadanía en su conjunto y a las instituciones y agentes sobre los que construir la red de servicios y relaciones del modelo.

Visibilización de la “propuesta de valor” de la ES al sector en el territorio

- Generar conocimiento para identificar y profundizar en los mecanismos a través de los cuales la ES genera valor en los territorios en general y en el sector de los cuidados en particular.
- Compartir evidencia empírica sobre el papel diferencial que la ES puede jugar en el sector de los cuidados.

Generación de alianzas con otros actores

Buscar alianzas con otros actores: universidades, empresas, centros de innovación, instituciones públicas. Tan importante como el número de actores es el establecimiento de relaciones entre ellos.

Asesoramiento especializado para que la ES desarrolle su papel de coliderazgo en los sistemas comunitarios de cuidados

Buscar asesoramiento profesional que permita conocer experiencias en otros territorios y ayude a:

- Tomar la iniciativa y asumir el liderazgo en la construcción de los modelos comunitarios en el territorio
- Aprovechar todo el potencial de las nuevas herramientas ligadas a la innovación social: “agendas compartidas”, análisis sistémicos de recursos y necesidades²¹.
- Aplicar metodologías y para establecer sistemas de colaboraciones estables y sólidos.
- Elaborar proyectos de experimentación y aprendizaje.
- Desarrollar sistemas de monitoreo y evaluación de las necesidades y de la implementación del modelo.

²⁰ En este punto cabe señalar, como iniciativa demostrativa, el Proyecto LLES Living Lab Economía Social, financiado por el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia de la Unión Europea, en el marco del Convenio de colaboración entre la Administración del Principado de Asturias, y desarrollados a través de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, y la Agrupación de Sociedades Asturianas de Trabajo Asociado y Economía Social (ASATA). Este proyecto incluye actuaciones de investigación y prospección, la implementación de acciones, de activación y promoción y un laboratorio de innovación social vinculado a la Estrategia Cuidados, en el área sociosanitaria 1 del Principado de Asturias.

²¹ Un ejemplo de estas nuevas herramientas es el Mapa sistémico sobre la cronicidad i la dependència en Bages, que tiene como objetivo explorar la realidad actual de la cronicidad y la dependencia en la comarca del Bages. A través de la visualización, rastrea los distintos elementos que forman parte del sistema y cómo todo está interconectado a una imagen más holística (<https://reimagined-futures.kumu.io/mapa-sistemic-sobre-la-cronicitat-i-la-dependencia-al-bages?token=BHVg4Qfd4q7jKs8c>)

- Elaborar y gestionar una visión compartida sobre el modelo y el sector de los cuidados en el territorio.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar-Hendrickson, M. (2020) 'Long-term care in Spain: a reform failure or the regulation of a development path?', *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(11–12), pp. 1301–1317. doi: 10.1108/IJSSP-02-2019-0043.

Bennett, L., Honeyman, M. and Bottery, S. (2018) 'New models of home care'. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-12/New-models-of-home-care.pdf> (Accessed: 25 October 2022).

CE (2022) *COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES*. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52022DC0440&from=EN> (Accessed: 19 December 2022).

CEPES (2017) *Estrategia Económica de la Economía Social*. Dirección General del Trabajo Autónomo, de la Economía Social y de la Responsabilidad Social de las Empresas.

Comisión Europea (2003) 'Included in Society'. Available at: <https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2019/01/Included-in-Society.pdf> (Accessed: 27 December 2022).

Comisión Europea (2009) 'Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria', *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, ISSN 1134-7147, N.º. 49, 2011, págs. 147-159. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales = Etxebizitza eta Gizarte Gaietarako Saila, (49), pp. 147–159. doi: 10.5569/1134-7147.49.12.

Comisión Europea (2017) *Pilar Europeo de Derechos Sociales*. Available at: https://commission.europa.eu/system/files/2017-12/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_es.pdf (Accessed: 22 December 2022).

Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias (2022) *CuidAs*. Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias. Available at: https://socialasturias.asturias.es/documents/38532/352354/01Estrategia_CuidAs.pdf/806bd649-f1bb-4d61-f61c-a35fd5346208?t=1667547983582 (Accessed: 19 December 2022).

fundacioneconomiasalud.org (2021) *La coordinación entre servicios sociales y sanitarios – Fundación Economía y Salud*. Available at: <http://www.fundacioneconomiasalud.org/2021/02/03/la-coordinacion-entre-servicios-sociales-y-sanitarios/> (Accessed: 27 October 2022).

Gobierno de España (2006) *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Available at: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf> (Accessed: 16 January 2023).

Gobierno de España (2021a) 'España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo'. Available at: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf (Accessed: 27 December 2022).

Gobierno de España (2021b) *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. Available at: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf (Accessed: 29 September 2021).

Gobierno de España (2022) *PERTE de Economía Social de y los Cuidados*. Available at: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodem Ministros/resumenes/Documents/2022/210622-perte-economia-social-y-de-los-cuidados-memoria-completa.pdf> (Accessed: 23 December 2022).

Mansell, J. et al. (2007) *Deinstitutionalisation and community living—outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/30523444_Deinstitutionalisation_and_community_living-outcomes_and_costs_report_of_a_European_Study_Volume_2_Main_Report (Accessed: 17 January 2023).

Mansell, J. and Beadle-Brown, J. (2011) *Desinstitucionalización y vida en la comunidad Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID)*. Available at: <https://sid-inico.usal.es/docs/F8/ART19279/mansell.pdf> (Accessed: 27 December 2022).

Mansell, J. and Ericsson, K. (1996) 'Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA'.

Martínez, M.I., Castro, R.B, y Santero, R. (2019): *El análisis del impacto socioeconómico de los valores y principios de la Economía Social en España*. Madrid: Caja Mar.

Martínez, M.I., Castro, R.B, Alemán, D., Guilló, N. y Santero, R. (2013): El impacto socioeconómico de las entidades de Economía Social. Madrid: Fundación Escuela de Organización Industrial.

Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 (2022) 'Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)'. Available at: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf (Accessed: 17 January 2023).

Naciones Unidas (1989) 'CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO'. Available at: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf> (Accessed: 17 January 2023).

Naciones Unidas (2006) 'CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD'. Available at: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> (Accessed: 16 January 2023).

Observatorio Asturiano de Servicios Sociales - Observass (no date). Available at: <https://observass.com/> (Accessed: 20 December 2022).

OCDE (2014) 'Unpaid Care Work: The missing link in the analysis of gender gaps in labour outcomes'. Available at: https://www.oecd.org/dev/development-gender/Unpaid_care_work.pdf (Accessed: 19 December 2022).

OCDE (2020) 'Who Cares? Attracting and Retaining Elderly Care Workers'. OECD (OECD Health Policy Studies). doi: 10.1787/92C0EF68-EN.

OIT (2021) 'Una guía para las inversiones públicas en la economía del cuidado'. Available at: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_782877.pdf (Accessed: 19 December 2022).

OMS (2021) 'Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care'. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349911/9789240038844-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Accessed: 20 December 2022).

Sánchez Salmerón, V., Pérez Erasmus, B. and Martínez Virto, L. (2021) 'El modelo español de cuidados de larga duración ante el desafío de la desigualdad el reto de garantizar apoyos adecuados para la población dependiente más vulnerable'. Available at: <https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2021/02/4080-articulo-version-con-autoria-18801-2-10-20210201.pdf> (Accessed: 24 October 2022).

Socialasturias.asturias.es (no date) 'Web de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias'. Available at: <https://socialasturias.asturias.es/inicio>.



ANEXO 1. DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Recursos de atención domiciliaria y de apoyo para la permanencia en el entorno

| | |
|---------------------------------------|---|
| Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) | Programa de atención individualizado dirigido a personas o grupos familiares, dependientes o en riesgo de dependencia, que contribuye al mantenimiento de las mismas en su medio habitual, facilitando su autonomía funcional mediante apoyos de carácter personal, doméstico o social, prestados preferentemente en su domicilio o entorno más próximo. |
| Teleasistencia de Ayuda a Domicilio | Servicio telemático de respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad y aislamiento, que al aumentar la sensación de seguridad de las personas usuarias favorece la permanencia en su entorno con la mayor independencia y calidad de vida posible. |
| Programa Rompiendo Distancias | Herramienta de intervención flexible que proporciona y acerca servicios y oportunidades adaptadas a las necesidades de las personas mayores del mundo rural, en entornos poco accesibles y de población dispersa, promoviendo el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia en el medio rural) y otros programas de envejecimiento activo. |
| Programa de Apoyo en el Entorno (PAE) | Ofrece una atención individualizada y especializada a personas con diversidad funcional y/o sus familias, en su propio entorno cotidiano, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, favoreciendo la permanencia y la inclusión social en su medio comunitario habitual. Este programa atiende a personas adultas con discapacidad de hasta 50 años. |
| Programa Mañana También | Brinda apoyos temporales, flexibles y especializados a personas con discapacidad en proceso de envejecimiento y/o a sus familias en su entorno cotidiano. Está dirigido a personas con diversidad funcional mayores o con progenitores de edad avanzada con el objetivo de facilitar su labor de cuidado. |

Recursos de atención diurna

| | |
|---|--|
| Centros de día | Ofrecen durante el día atención integral e individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor en situación de dependencia, con el fin de promover su bienestar, su autonomía funcional y personal. Este servicio pretende facilitar el respiro familiar y favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual de vida. |
| Centros Rurales de Apoyo Diurno (CRAD) | Recurso de similares características a los centros de día, prestan atención a las personas mayores, que viviendo en zonas rurales dispersas están en situación de fragilidad psicosocial o dependencia. |
| Centros de Apoyo a la Integración (CAI) | Recursos de atención y formación a personas adultas con discapacidad, generalmente entre los 18 y 50 años, dirigidos a favorecer el desarrollo personal y la integración social y laboral mejorando su independencia y calidad de vida. |
| Centros de Día para personas con discapacidad | Unidades de carácter social y asistencial que, en horario diurno, prestan atención a las necesidades básicas y sociales de personas de 50 a 65 años con discapacidad o dependencia, promoviendo su autonomía personal, facilitando el apoyo familiar, permitiendo una |

permanencia adecuada en su entorno habitual de vida. Facilitan atenciones y apoyos en las actividades básicas de la vida diaria, diversas actividades terapéuticas funcionales, cognitivas, psicoafectivas y/o socializadoras y actuaciones de apoyo familiar.

Recursos de atención residencial

| | |
|--|---|
| Residencias | Centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interdisciplinar, en los que viven temporal o permanentemente personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia. |
| Apartamentos Residenciales | Centros de alojamiento para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial, constituidos por pequeñas viviendas independientes donde la persona puede vivir sola o con un grupo familiar reducido sin necesidad de apoyos intensos. |
| Centros Polivalentes de Recursos | Recursos de carácter mixto, en los que podrán integrarse dependencias propias de los centros de alojamiento, apartamentos, pequeñas unidades de convivencia y/o centros de día para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia y que prestan atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales |
| Viviendas tuteladas para personas con discapacidad | Dispositivos de capacidad reducida donde conviven personas con discapacidad y/o dependencia, que precisan diferentes niveles de apoyo según sus necesidades y cuyo propósito básico es favorecer una forma de vida más autónoma e integrada en la comunidad. |

Otras prestaciones del SAAD

| | |
|---|---|
| Servicios de prevención | Tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación. Se presta asociado a servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio, centros de día y de atención residencial de la red de servicios sociales. |
| Servicio de promoción de la autonomía personal | Conjunto de intervenciones técnicas que tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las ABVD. Estos servicios se prestan en los centros de día residenciales de la red de servicios sociales. |
| Prestación económica vinculada al servicio (PEVS) | Contribuye a la financiación del coste de los servicios que se determinen en el Programa Individual de Atención (PIA), cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado que se adapte a sus necesidades. |
| Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) | De carácter excepcional, contribuye a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona dependiente que faciliten el mantenimiento de esta en su entorno habitual. |
| Prestación económica de asistencia personal (PEAP) | Contribuye a cubrir los gastos derivados de la contratación de un/a asistente personal. |

Fuente: extraído textualmente de Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias (2022)



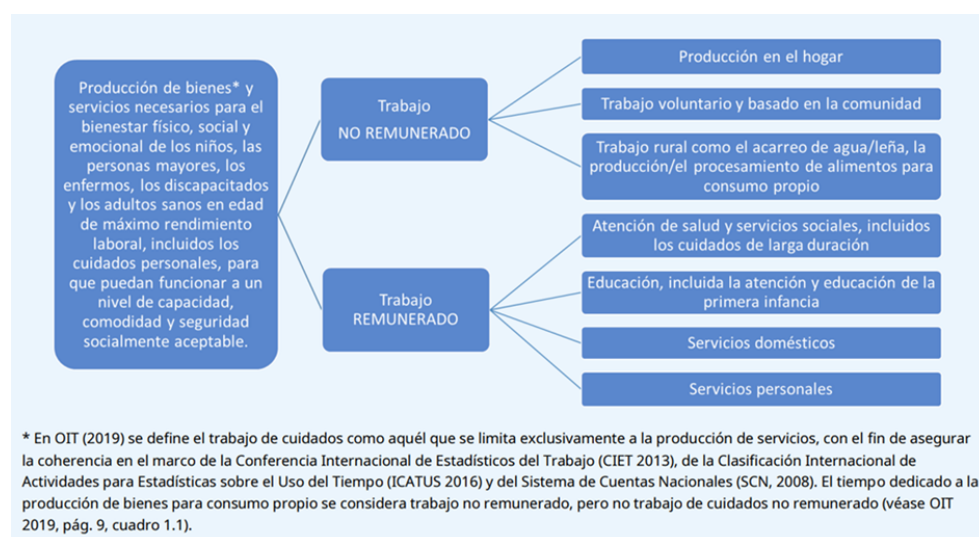
ANEXO 2. DELIMITACIÓN DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS

Definiciones en los Organismos internacionales

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

La OIT define la economía del cuidado como una amplia gama de trabajo productivo con actividades laborales tanto remuneradas como no remuneradas encaminadas a proporcionar cuidados directos e indirectos necesarios para el bienestar físico, psicológico y social fundamentalmente de los grupos dependientes de cuidados, tales como los niños, las personas mayores, las personas con discapacidad y los enfermos, así como de los adultos en edad de máximo rendimiento laboral (OIT, 2021, p. 3).

Gráfico 18. Definición de la economía del sector de los cuidados. Trabajo remunerado y no remunerado.



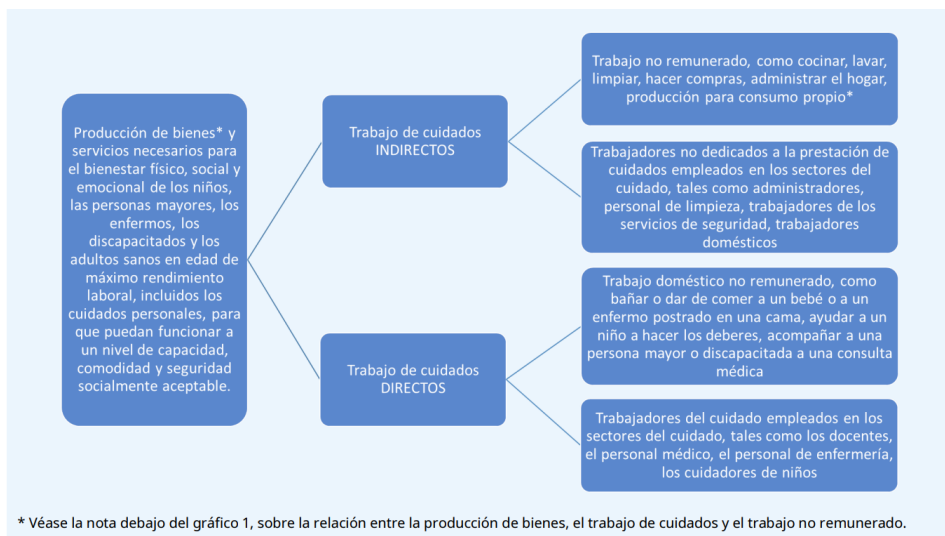
Fuente: OIT (2021)

De acuerdo con la definición de la OIT, el trabajo de cuidados puede ser remunerado o no (Gráfico 18). Una buena parte del trabajo de cuidados se realiza, precisamente, sin remuneración y en el ámbito doméstico (“producción en el hogar” en el gráfico anterior). En contextos rurales menos desarrollados, se conducen también tareas no remuneradas como el acarreo de agua, la recolección de leña, la producción de alimentos y el procesamiento para autoconsumo. El trabajo voluntario y basado en la comunidad también es una forma de trabajo de cuidados no remunerado.

Por su parte, los servicios remunerados de cuidados se dan en los servicios sociales y de salud (incluidos los CDL), en la educación (incluida aquella dirigida a la primera infancia), y en los servicios personales y domésticos.

Otra clasificación posible para los cuidados es la que los divide entre trabajos directos o indirectos. El directo es requiere contacto directo y es, por lo tanto, intensivo en mano de obra: por ejemplo, el cuidado de un bebé o de un anciano. El indirecto, en cambio, comprende las actividades de producción que apoyan la prestación de cuidados directos sin que hay necesariamente contacto personal: por ejemplo, la limpieza, la compra o la cocina en un hogar.

Gráfico 19. Definición de la economía del sector de los cuidados. Trabajo directo e indirecto.



Fuente: OIT (2021)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS define el cuidado como la asistencia prestada para ayudar a una persona a realizar una tarea concreta de forma que se mantenga su capacidad funcional y se preserve su independencia (OMS, 2021, p. 53). Los CDL incluyen actividades "destinadas a garantizar que las personas que sufren o corren el riesgo de sufrir una pérdida importante y continuada de su capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional acorde con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y su dignidad humana" (OMS, 2021, p.7). Por eso, los CDL deben abordar las necesidades sanitarias, de cuidados y sociales de los individuos. Pueden ser continuos o intermitentes, pero deben prestarse durante periodos prolongados a personas con necesidades relacionadas con la capacidad funcional

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

La OCDE define el cuidado como la actividad que proporciona lo necesario para la salud, el bienestar, el mantenimiento y la protección de alguien o de algo (OCDE, 2014, p. 3). Igual que la OMS, la OCDE se centra, en sus análisis, en los CDL, los cuales define como una serie de servicios médicos, de cuidados personales y de asistencia que se prestan con el objetivo principal de aliviar el dolor y reducir o controlar el deterioro del estado de salud de las personas con cierto grado de dependencia de larga duración, asistirles en sus cuidados personales (mediante ayuda para las actividades de la vida diaria, como comer, lavarse y vestirse) y ayudarlas a vivir de forma independiente (mediante ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, hacer la compra y gestionar la economía) (OCDE, 2020).

Comisión Europea (CE)

La CE no tiene una definición formal para el sector de los cuidados, pero lo delimita en comunicación sobre la Estrategia Europea de Cuidados (CE, 2022). Según esta, los cuidados son un conjunto de servicios asistenciales dirigidos a todas las edades y que pueden clasificarse en dos grandes grupos: la educación de la primera infancia (servicios destinados a acompañar a los niños en el desarrollo de sus capacidades y competencias cognitivas, lingüísticas y físicas) y los servicios de larga duración (dirigidos a las personas



de la tercera edad y las discapacitadas, y pensados para mantener su autonomía y dignidad).

Definición operativa del sector de cuidados

El análisis de la situación y evolución reciente del sector de cuidados en Asturias requiere información estadística oportuna y de calidad, lo que deriva a las fuentes estadísticas oficiales. En estas fuentes, la información económica se organiza atendiendo a clasificaciones determinada y, por tanto, su utilización requiere como paso ineludible establecer la mejor identificación posible de los servicios de cuidado en dichas clasificaciones, en este caso la CNAE 2009 (Tabla 20). Esta delimitación es la seguida en este estudio para el análisis de los datos de empleo y de la mayoría de variables económicas referidas al sector y a sus empresas.

Tabla 20. Delimitación del sector de cuidados en la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE09).

| |
|---|
| 871. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios |
| 8710. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios |
| 872. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia |
| 8720. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia |
| 873. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física |
| 8731. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores |
| 8732. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física |
| 879. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales |
| 8790. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales |
| 881. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad |
| 8811. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores |
| 8812. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad |
| 889. Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento |
| 8891. Actividades de cuidado diurno de niños |
| 8899. Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento n.c.o.p. |

Fuente: Abay Analistas

ANEXO 3. PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN Y LAS ENTREVISTAS

GRUPOS DE DISCUSIÓN DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS EN ASTURIAS

Número de grupos

- 1 grupo presencial con entidades de la Economía Social que forman parte de oferta de servicios del sector.
- 1 grupo presencial con entidades y profesionales de las estructuras de apoyo del sector, esto es, la oferta de servicios complementarios a los del sector.

Variables para determinar las entidades participantes en el grupo 1

- En torno a 10 entidades.
- Activas en el territorio del Principado.
- Presencia de entidades activas en zonas rurales y urbanas.
- Forma jurídica de la entidad correspondiente a la Economía Social.
- Actividad principal correspondiente al sector de los cuidados (CNAEs 87 y 88).

Variables para determinar las entidades participantes en el grupo 2

- En torno a 10 entidades y/o profesionales.
- Activas en el territorio del Principado.
- Presencia de entidades/profesionales activas en zonas rurales y entidades/profesionales activas en zonas urbanas.
- Actividad principal no correspondiente al sector de los cuidados (CNAEs 87 y 88).
- Entidades/profesionales que oferten servicios complementarios a los del sector de los cuidados.

ENTREVISTAS CON AGENTES CLAVE DEL SECTOR

Número de entrevistas

- 10 entrevistas.

Organizaciones y personas expertas entrevistadas

- Asociación de Síndrome de Down del Principado de Asturias.
- Unión de Discapacitados del Principado de Asturias.
- Asociación de Mayores San Pedro.
- Asociación de Mujeres Las Intrépidas.
- Centro de Jubilación El Encuentro.
- Entidad especializada en modelos de cohousing..
- Persona experta en servicios sociales y sistema de prestaciones del SAAD.
- Igone Idigoras. Experta en tecnología y cuidados (Tecnalia).
- Lourdes Rodríguez: Experta en modelos comunitarios (Universidad de Montreal).
- Elvira González: Experta en innovación social (Research4Consulting).



ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1. Primero, la infancia con discapacidad. Después, las personas con discapacidad. Finalmente, los ciudadanos. Hitos de la transición hacia la asistencia comunitaria a nivel internacional..... | 10 |
| Gráfico 2. Asistencia institucional versus asistencia comunitaria: diferencias para el usuario..... | 12 |
| Gráfico 3. Mapa de servicios sociales del Principado de Asturias..... | 16 |
| Gráfico 4. Recursos y prestaciones de la red de servicios para el cuidado de larga duración en el Principado de Asturias..... | 19 |
| Gráfico 5. Evolución del empleo en los servicios de cuidados en Asturias. Años 2013-2022. Número de personas ocupadas..... | 25 |
| Gráfico 6. Evolución del empleo en los servicios de cuidados y en total de la economía en Asturias. Años 2013-2022. Número de personas ocupadas..... | 26 |
| Gráfico 7. Evolución del peso relativo del sector de cuidados en el total de la economía regional. Años 2013-2022. Porcentaje del empleo del sector de cuidados sobre el empleo total de Asturias..... | 26 |
| Gráfico 8. Evolución del empleo del sector de los cuidados de Asturias por CNAE a dos dígitos. Años 2013-2022. Número de personas ocupadas..... | 27 |
| Gráfico 9. Desagregación de actividades económicas del sector de los cuidados en Asturias. Año 2022. Número de personas ocupadas..... | 28 |
| Gráfico 10. Distribución del empleo por área sanitaria. Año 2022. Número de personas trabajadoras..... | 30 |
| Gráfico 11. Indicador de Desarrollo de la Oferta Profesional (IDOP) del sector de cuidados por CCAA. Año 2022. Número índice (España=100)..... | 32 |
| Gráfico 12. Indicador de Desarrollo de la Oferta Profesional (IDOP) del sector de cuidados en Asturias por área sanitaria. Año 2022. Número índice (Asturias=100)..... | 34 |
| Gráfico 13. Indicador de desarrollo de la oferta del sector de cuidados en Asturias por área sanitaria y CNAE. Año 2022..... | 35 |
| Gráfico 14. Indicador Compuesto de Atención a las Necesidades de cuidados. Año 2022. Número Índice (Asturias=100)..... | 36 |
| Gráfico 15. Tamaño de las empresas de la Economía Social y mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. Valores porcentuales (Nº de empresas). (2022)..... | 40 |
| Gráfico 16. Distribución geográfica de las empresas de la Economía Social y mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. Valores porcentuales (Nº de empresas). (2022)..... | 41 |
| Gráfico 17. Ratios financieras de las empresas de la Economía Social y las empresas mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. (2022)..... | 43 |
| Gráfico 18. Definición de la economía del sector de los cuidados. Trabajo remunerado y no remunerado..... | 108 |
| Gráfico 19. Definición de la economía del sector de los cuidados. Trabajo directo e indirecto..... | 109 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. España 2050: algunos de los cambios previstos para los cuidados de larga duración (CDL)..... | 14 |
| Tabla 2. Criterios de calidad de los servicios de cuidados de larga duración en el Principado y sus criterios..... | 15 |
| Tabla 3. Funciones de los distintos niveles de servicios sociales en el Principado. | 17 |
| Tabla 4. Servicios de atención diaria y residencial con financiación autonómica: oferta de centros y de plazas (2021)..... | 20 |
| Tabla 5. Servicios autonómicos de atención domiciliaria, diurna y residencial: número de usuarios a lo largo del año (2021)..... | 21 |
| Tabla 6. Número de personas mayores de 65 años usuarias del sistema de cuidados de largo plazo, por servicio y área (2021)..... | 21 |
| Tabla 7. Número de personas con discapacidad usuarias del sistema de cuidados de largo plazo, por servicio y área (2021)..... | 22 |
| Tabla 8. Número de beneficiarios (personas de 65 o más años) y cobertura* de otras prestaciones del SAAD (2021)..... | 22 |
| Tabla 9. Desagregación de actividades económicas del sector de los cuidados en Asturias. Años 2012, 2016 y 2022. Número de personas trabajadoras..... | 29 |
| Tabla 10. Componentes del Indicador de Desarrollo de la Oferta Profesional de los servicios de cuidados en Asturias. Años 2012, 2016 y 2022. Número de personas..... | 31 |
| Tabla 11. Población mayor de setenta años y número de afiliados por área sanitaria. Datos correspondientes a abril de 2022..... | 33 |
| Tabla 12. Número de empresas, volumen de negocio y VAB de las empresas de la Economía Social del sector de los cuidados en Asturias. Clasificación por tamaño. Año 2022 | 38 |
| Tabla 13. Distribución geográfica de las empresas de la Economía Social del sector de los cuidados de Asturias. Año 2022..... | 39 |
| Tabla 14. Número de empresas, volumen de negocio, VAB y número de empleados de las empresas de la Economía Social y mercantiles del sector de los cuidados en Asturias. Año 2022..... | 40 |
| Tabla 15. Actividad de las empresas de la Economía Social y las empresas mercantiles del sector de los cuidados de Asturias. Nº de empresas. Año 2022..... | 42 |
| Tabla 16. Principales componentes de un análisis DAFO..... | 45 |
| Tabla 17. Principales debilidades y fortalezas del sector de los cuidados en el Principado de Asturias..... | 46 |
| Tabla 18. Principales amenazas y oportunidades del sector de los cuidados en el Principado de Asturias..... | 48 |
| Tabla 19. DAFO de la Economía Social en el sector de los cuidados en el Principado de Asturias. | 85 |
| Tabla 20. Delimitación del sector de cuidados en la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE09). | 110 |



VOLUMEN 2. TRANSICIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y LAS OPORTUNIDADES PARA LA ECONOMÍA SOCIAL, EN EL ÁREA SANITARIA I DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Mayo de 2023



GOBIERNO
DE ESPAÑA



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



Elaborado por ASATA



Equipo de trabajo ASATA:

Miguel González Lastra, gerente

Rocío Villa González, responsable del área de emprendimiento y contratación pública responsable

Paola Ariznavarreta Galán, técnica de proyecto

Sara Álvarez de la Linera Echeverría, técnica de proyecto

María Rodríguez Fernández, técnica de proyecto

Ana Álvarez Cortés, administración

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS | 5 |
| Estructura de la población | 5 |
| Población por nacionalidad | 7 |
| Dinámica de la población | 10 |
| 2. LOS SERVICIOS DE CUIDADOS EN EL ÁREA SANITARIA I | 14 |
| Personas mayores, dependencia y discapacidad en el AS1 | 14 |
| Distribución de los servicios de cuidados en el AS1 | 16 |
| 3. EL EMPLEO DEL SECTOR CUIDADOS EN EL ÁREA SANITARIA 1 | 20 |
| 4. IMPULSO DEL MODELO COMUNITARIO DE CUIDADOS EN EL AS1 | 26 |
| 5. ANÁLISIS DE LA DEMANDA | 27 |
| Soledad no deseada | 28 |
| Autonomía y forma de vida | 28 |
| Salud, vivienda y entorno | 28 |
| Servicios | 29 |
| 6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE CUIDADOS COMUNITARIO APOYADO EN LA ECONOMÍA SOCIAL | 29 |
| Oportunidades estratégicas para la economía social que hemos encontrado en la fase de exploración | 32 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 34 |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | 35 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 35 |

INTRODUCCIÓN

Este documento ahonda en la situación de la transición del modelo de cuidados de larga duración y en las oportunidades que de la misma se generan para la Economía Social en el Área Sanitaria I (en adelante, AS1) del Principado de Asturias.

De cara a potenciar las sinergias entre la Economía Social y el sector cuidado en el AS1, se ha realizado una investigación-acción, ligada a la metodología Living-Lab, incluyendo como parte activa para la co-creación de respuestas y soluciones, a las personas demandantes de cuidados, potenciales usuarias, profesionales del sector en el territorio y otros agentes clave.

Cabe señalar, que se han utilizado técnicas de investigación, de recopilación y tratamiento de la información, tanto cualitativas como cuantitativas. De forma paralela a la explotación de las bases de datos de OBSERVASS, INE, o SADEI, se fueron contrastando de forma colectiva las conclusiones estadísticas obtenidas, con profesionales del sector cuidados, como las responsables de servicios sociales, del Programa Rompiendo Distancias, trabajadoras de los centros de salud, trabajadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio, y trabajadoras del sector cuidados entendido en su amplitud.

A su vez, se ha hecho partícipe en la investigación, como es característico de la metodología Living Lab, a los usuarios y potenciales usuarios de los diferentes servicios de cuidados, mediante la realización de entrevistas en profundidad, con sesiones grupales que estimulaban el debate y la reflexión.

También han tenido lugar, espacios y sesiones de co-creación con metodologías innovadoras como el design thinking, que nos permiten seguir dibujando los siguientes pasos a dar en este Living Lab, que se van materializando en la fase de experimentación.

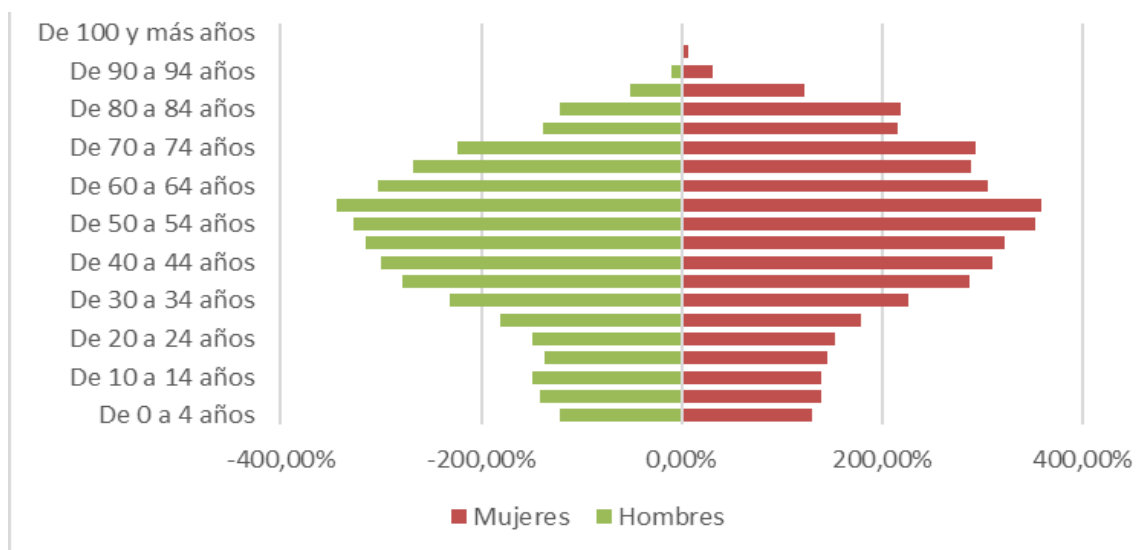
1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En este apartado, se muestran los principales datos sociodemográficos del territorio analizado, lo que permitirá comprender mejor la población participante en el pilotaje del AS1 y su contexto, de cara a profundizar en las sinergias entre la Economía Social y la economía de los cuidados, así como en las oportunidades estratégicas que genera esta transición del modelo de cuidados de larga duración. El análisis demográfico resulta clave para la comprensión de un territorio, pues influye en el resto de los hechos sociales.

Estructura de la población

El éxodo rural ha afectado gravemente a casi la totalidad de los concejos del AS1, habiendo disminuido a la mitad la población de los concejos del litoral, y en aún mayor medida, la de zona interior y montañosa.

Gráfico 1. Pirámide poblacional del Área Sanitaria I del Principado de Asturias.



Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través de SADEI, 2022

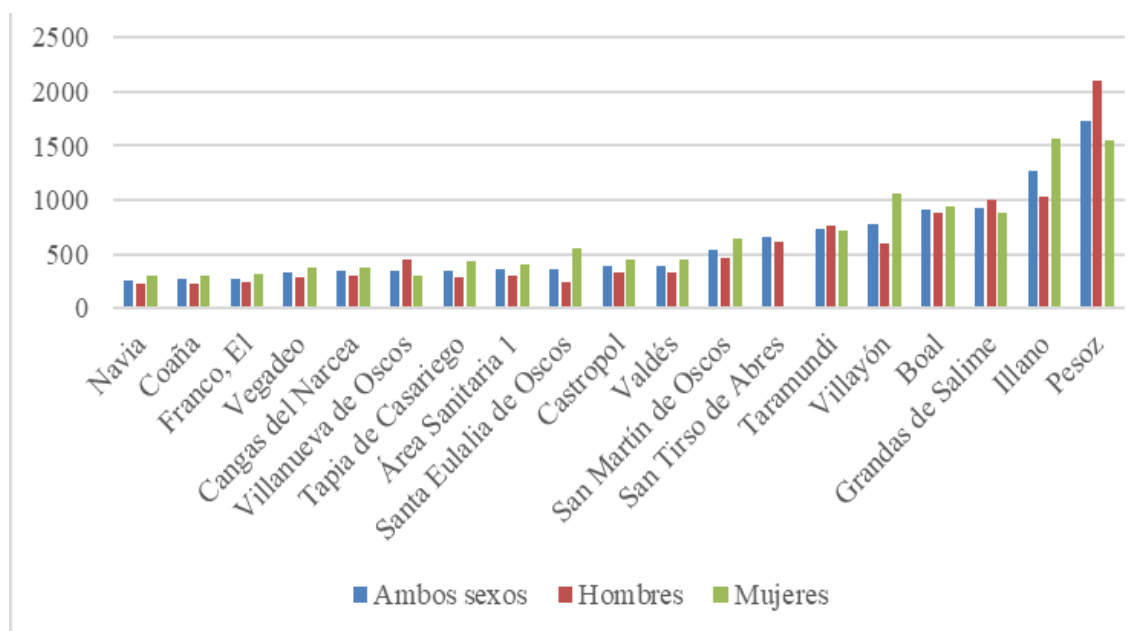
Cabe comentar la excepcionalidad de Navia (y en menor medida Coaña, dada su cercanía), que ha mantenido su población estable, fundamentalmente por dos motivos, por un lado, por la fijación y desarrollo de tejido industrial, como el caso de ENCE, Reny Picot o Astilleros Armón, y por otro, por la instalación del Hospital de Jarrio, que se traduce en una amplia oferta de empleo estable y de calidad, que permite el desarrollo de proyectos vitales en el propio territorio.

Detrás de este esquema demográfico (pirámide poblacional invertida), se encuentran cambios sociales relevantes que afectan a las decisiones de las mujeres y de las familias. Se trata de valores políticos, económicos y culturales que sumieron al país en una etapa de terciarización económica, de cambios en los ámbitos de la sexualidad, la reproducción y donde prima la individualización de las relaciones humanas (Scott y Braun, 2006).

En el gráfico podemos observar cómo solamente siete concejos (incluyendo Cangas de Narcea, que es del Área Sanitaria II) se encuentran por debajo del índice de

envejecimiento del AS1. De los once concejos que superan esta media, solamente dos, Tapia de Casariego y Castropol, se encuentran en la zona costera.

Gráfico 2. Comparativa del índice de envejecimiento por concejos del AS1.



Fuente: elaboración propia, información obtenida de SADEI, 2022

El aumento de la esperanza de vida y la consiguiente longevidad, marcan la demografía de esta región, si bien los exacerbados índices de envejecimiento, debemos entender que también se encuentran detonados por la despoblación.

Las dificultades de movilidad, la inexistencia de servicios de transporte público (entre otros) que acentúan la desigualdad de oportunidades y derechos entre la población rural y la urbana o periurbana, incentivan que cada vez menos jóvenes decidan emprender sus proyectos vitales en sus pueblos.

En la fase de **exploración**, las personas mayores (y no mayores) del medio rural, sobre todo de la zona interior, hacen hincapié en la necesidad de apoyo en términos de transporte, sobre todo para efectuar desplazamientos por motivos de asistencia médica; este es un ámbito de innovación, y las primeras soluciones apuntan a otorgar bono-taxis, si bien, es menester destacar que el servicio de taxis en el territorio analizado se encuentra colapsado.

Si comparamos la densidad poblacional de Oviedo, que en 2022 es de 1.152,77 habitantes por Km², con la de Navia (concejo con la densidad poblacional más alta del AS1) que se sitúa en 133,48, podemos hacernos una idea de la capacidad que tiene este territorio para albergar nuevos pobladores. Sin duda, en aras de avanzar hacia un modelo de desarrollo más sostenible, la atracción y fijación de población en el AS1 se muestra como una oportunidad, además de como una amenaza, si no se lograra, para el

envejecimiento poblacional, y las tasas de dependencia¹ a las que llegaríamos, serían insoportables para cualquier sociedad.

La Economía Social realiza una importante apuesta porque el presente y el futuro de nuestro entorno pasen por recuperar espacios y dinámicas que se encuentran lejos de la gran ciudad. El medio rural es y ha de ser una oportunidad de cambio fundamental donde plantear un modelo social y económico más justo, más equitativo y sostenible. Es aquí donde la **Economía Social nos proporciona el marco en el que poder desarrollar estas relaciones, ofreciendo las herramientas, los recursos y los espacios de encuentro para las personas que quieran hacer las cosas de forma diferente.**

El valor añadido que ofrece la Economía Social para la cohesión social en el territorio, como ya se ha comentado, se centra en cuatro ejes: generación de empleo para aquellos colectivos que tienen mayores dificultades para acceder a él; mayor estabilidad de los trabajadores en el empleo; mayor igualdad de oportunidades en sus negocios; y contribuir a la prestación de servicios sociales y educativos más diversos. Los impactos sobre la cohesión territorial se agrupan en tres grandes áreas: los impactos relacionados con la creación de actividades económicas y empleo en el medio rural, los impactos relacionados con la competitividad de la economía rural y los impactos relacionados con el mantenimiento de la población rural (Martínez et al., 2013 y 2019).

Población por nacionalidad

Otra de las dimensiones de la composición de la población del AS1 del Principado de Asturias, es el origen de las personas que habitan este territorio, habiéndose dado un fenómeno inmigratorio desde el año 2000, con sus altibajos.

Podemos observar que la población extranjera tiene cierta relevancia en algunos concejos, destacando Illano, Santa Eulalia, y Vegadeo. En relación con el contexto nacional, estos porcentajes son bajos: el promedio español está en 11,24% entre las mujeres, y 11,73% entre los hombres (Instituto Asturiano de la mujer, 2021).

El 57% de las personas extranjeras empadronadas en los concejos del AS1 son mujeres (1300) y el grueso de la población se encuentra en edad activa, siendo notable también este colectivo en la franja de menores de 15 años. En el año 2021, entre los 25 y los 29 años es donde la proporción de extranjeros y extranjeras es mayor en Asturias, alcanzando a representar más del 12,27% del total de mujeres, y en el siguiente grupo de edad (30-34) el porcentaje es prácticamente el mismo: 12,54%. Ambos porcentajes, además, han aumentado con respecto al año anterior. Esto tiene su impacto también en la natalidad; de hecho, el peso de los y las niños/as de entre 0 y 4 años extranjeros/as en Asturias está cercano al 7%, porcentaje mayor del que alcanzan en la mayoría del resto de grupos quinquenales y un punto mayor que el año previo (Instituto Asturiano de la mujer, 2021).

¹ La prolongación de la edad activa hasta los 67 años puede modificar y paliar en cierto modo los efectos del envejecimiento poblacional y modificar las tasas de dependencia, si bien no supone una solución.

Tabla 1. Porcentaje de población extranjera por municipios.

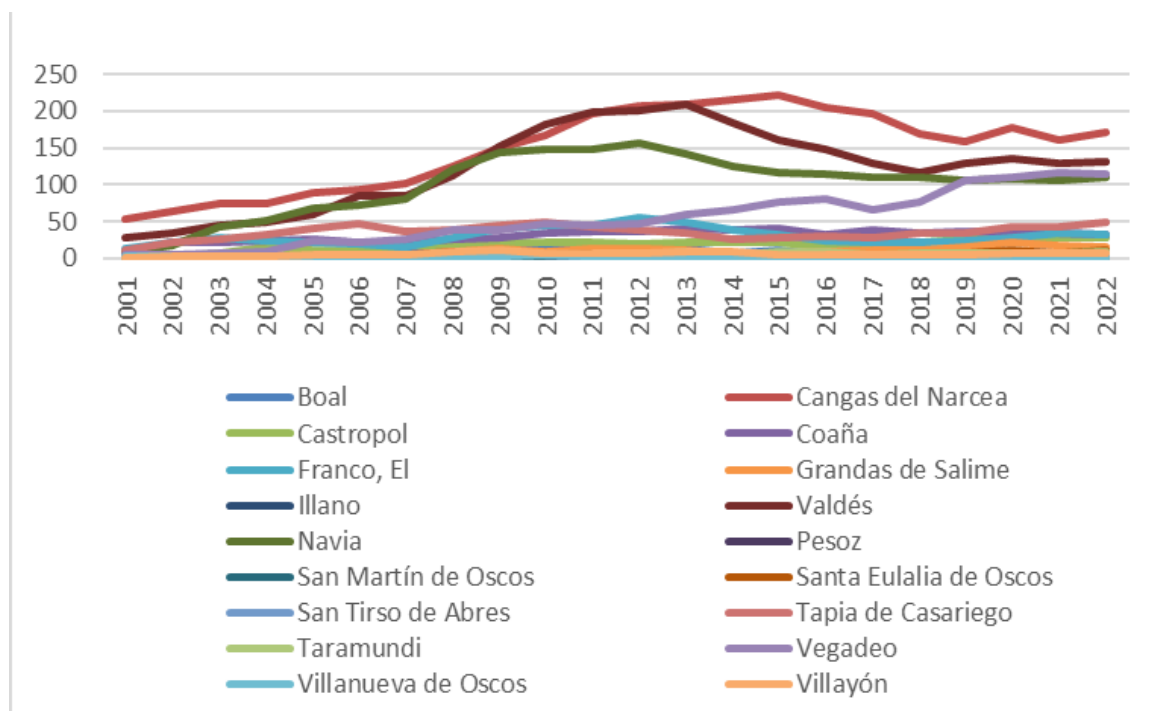
| Concejo | Población extranjera | Población total | % población extranjera |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| Boal | 12 | 1442 | 1% |
| Castropol | 73 | 3288 | 2% |
| Coaña | 64 | 3285 | 2% |
| Franco, El | 66 | 3736 | 2% |
| Grandas de Salime | 19 | 774 | 2% |
| Illano | 14 | 305 | 5% |
| Valdés | 289 | 11099 | 3% |
| Navia | 241 | 8263 | 3% |
| Pesoz | 3 | 138 | 2% |
| San Martín de Oscos | 3 | 349 | 1% |
| Santa Eulalia de Oscos | 27 | 434 | 6% |
| San Tirso de Abres | 11 | 408 | 3% |
| Tapia de Casariego | 76 | 3671 | 2% |
| Taramundi | 20 | 592 | 3% |
| Vegadeo | 231 | 3895 | 6% |
| Villanueva de Oscos | 2 | 263 | 1% |
| Villayón | 16 | 1130 | 1% |

Fuente: elaboración propia, información obtenida de SADEI, 2022

En cuanto a la procedencia, mientras que en Valdés más de la mitad de las personas extranjeras provienen de otros países europeos, destacando Rumanía, en el resto del AS1, prepondera la población originaria de América del Sur y Central, representando el 52% de las personas extranjeras del territorio objeto del presente análisis.

En el Gráfico 1.20, podemos observar cómo la población de mujeres inmigrantes alcanzó sus máximos entre 2012 y 2015 en los concejos con mayor volumen de habitantes, como Valdés, Navia y Cangas de Narcea, mientras que, en otros, como Vegadeo, lo hizo en 2022. La tendencia generalizada apunta un aumento después de 2021, tras la pandemia del COVID-19. A finales de 2022, se registra un total de 734 mujeres en edad activa viviendo en este territorio.

Gráfico 3. Evolución del total de mujeres extranjeras entre 15 y 64 años empadronadas en los concejos del Área Sanitaria I y Cangas de Narcea.



Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través de SADEI, 2022

En la **fase de exploración**, se ha detectado una presencia mayoritaria en los domicilios de personas migrantes, contratadas en calidad de empleadas del hogar, e internas. También, encontramos amplia presencia de personas migrantes que todavía no tienen permiso de residencia y trabajan sin contrato en este sector.

Estas mujeres, en las sesiones realizadas de **co-creación**, aludían a una serie de factores que las ataban a estas condiciones:

- i) la precariedad de su situación, que, por una parte, les obliga a aceptar por ello empleos en estas condiciones, y por otra, no les permite formarse;
- ii) la brecha digital para realizar formación on-line,
- iii) la falta de apoyo y asesoramiento, nadie las había escuchado ni asesorado hasta el momento (algunas personas llevan más de 10 años en el territorio),
- iv) complejidad de casuísticas, orígenes, niveles educativos, y contextos personales y familiares;
- v) necesidad de carné de conducir para trabajar en el medio rural, y pocos recursos para afrontar el gasto que ello supone.

La relevancia de los datos sobre migraciones de personas extranjeras se encuentra intrínsecamente relacionada con el desarrollo de las necesidades de cuidados y el sector cuidados, cuestión que se desarrollará más adelante en este estudio. No es una dinámica aislada y tiene mucho que ver con el sector cuidados.

Dinámica de la población

Al no disponer de fuentes de datos de múltiples indicadores a nivel municipal, reseñaremos brevemente los principales indicadores de la dinámica de la población asturiana, caracterizada **por una bajísima natalidad y una alta mortalidad. Esto es debido al envejecimiento de la población, y a un saldo migratorio fluctuante.**

La **Tasa Global de Fecundidad (TGF)**, o el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva, también había disminuido entre 2018 y 2020: de 28,18 % a 24,22 %. En 2021 aumentó ligeramente hasta 24,71% y en 2022 rondó el 25%. De 2019 a 2022, ambos inclusive, se han registrado los menores números de nacimientos de la región en toda la historia (IAM, 2022).

En cuanto al AS1, tan sólo el 23% de las mujeres se encuentran en edad fértil (20 a 44 años). De 2018 a 2022, el número de mujeres en este territorio y en edad fértil, ha descendido de 6370 a 5683 (SADEI, 2022)

Al igual que en todo el territorio nacional, el comportamiento respecto a la natalidad difiere entre la población española y la extranjera. El número de bebés de madres extranjeras aumentó en 2018 respecto al año anterior algo más del 8%, a pesar de que el total de nacidos vivos en Asturias disminuyera un 4,7% en dicho período. Por tanto, el peso de la maternidad de las mujeres extranjeras creció, llegando a alcanzar el máximo en la serie con el 10,7% del total de nacidos vivos. En 2019 y en 2020 este porcentaje ha vuelto a crecer, no por el aumento de nacimientos de madres extranjeras, sino por la reducción de nacimientos de madres españolas, de modo que en 2020 alcanza prácticamente el 13% (IAM, 2022).

En 2020, la TGF de las mujeres extranjeras en Asturias en 2020 fue de 37,66%, es decir, 0, 14 puntos por encima de la tasa de las españolas. Esto lleva a concluir que, sin la aportación de las inmigrantes, en Asturias la tasa global de fecundidad sería del 23,01%. El año anterior la TGF de las asturianas españolas fue 24,54% y la de las asturianas extranjeras, 40,56%. En relación con el total nacional, las mujeres asturianas tienen una fecundidad menor, tanto en promedio como segregando por nacionalidad (españolas/extranjeras). Aunque la fecundidad de las mujeres extranjeras en Asturias se reduce, sigue ganando importancia en la dinámica poblacional asturiana y funciona como un paracaídas que ralentiza la caída de la fecundidad global (INE, 2021).

El comportamiento de las mujeres en términos de fecundidad, se encuentra influenciado tanto (i) por los límites y oportunidades que ofrecen a las políticas familiares de conciliación (Mandel, 2009), como (ii) por los riesgos que implica para las parejas tener hijos al mismo tiempo que mantienen el modelo familiar de doble sustentador; las razones económicas (21,1% mujeres que no tuvo hijos o menos de los deseados), laborales y de conciliación (26,6%) se convierten en los elementos fundamentales que determinan el número final de hijos.

La infecundidad no deseada puede considerarse como una consecuencia de (i) las nuevas tendencias en la “organización familiar” (la más relevante, la erosión del modelo familiar basado en un único sustentador y (ii) la ausencia de apoyo institucional a las mujeres madres que trabajan durante los años de transición a este nuevo modelo familiar.

Cabe contextualizar la coyuntura y la estructura en la que se enmarcan estas elecciones de fecundidad, y desde luego, resaltar la influencia de las políticas familiares del Estado de Bienestar en la toma de decisión, como defienden las teorías **care arrangement**. La ausencia de apoyo público junto a la precariedad laboral o el deseo de realizarse profesionalmente, son elementos que intervienen en el proceso de fecundidad, más que la elección individual de las mujeres. Esta situación es, por tanto, producto de las alteraciones de las crisis sistémicas que precarizan el mercado laboral, de la pérdida de valores tradicionales en el terreno familiar, del progreso técnico y tecnológico, de las dificultades de conciliación, y, en definitiva, del escaso papel y relevancia que estos cambios demográficos adquirieron en el orden político y económico. Pocas políticas se centraron en atender esta diversificación de las formas familiares y sus consecuencias sobre la sustentabilidad de la vida y la cohesión social (Montserrat, J. 2019).

En 2021, **la tasa bruta de mortalidad** de Asturias fue la más alta de todo el territorio nacional, seguida por Galicia y Castilla y León. Si bien después de la crisis provocada por el COVID-19, este indicador ha atravesado un descenso significativo.

Tabla 2. Tasa bruta de mortalidad en Asturias de 2018 a 2021.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------|-------|-------|-------|-------|
| Asturias | 12,93 | 12,64 | 14,33 | 13,25 |

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos a través del INE, 2022

Asturias lleva décadas obteniendo un saldo vegetativo negativo; en 2022, Asturias perdió un total de 9172 personas, con 14000 defunciones y 4828 nacimientos. Por otra parte, el saldo migratorio se muestra positivo desde el año 2017, gracias a los movimientos de inmigración de población extranjera en su mayor parte, y en menor medida de población española, si bien los movimientos con otras Comunidades Autónomas mantienen saldos negativos. En el caso del AS1, en 2022, tan sólo cuatro concejos muestran un saldo migratorio positivo: Coaña, El Franco, Tapia de Casariego y Vegadeo.

Tabla 3. Dinámicas poblacionales de los concejos del Área Sanitaria I del Principado de Asturias y Cangas del Narcea.

| Concejo | Crecimiento Real* | Saldo vegetativo* | Saldo Migratorio* |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Boal | -20,54% | -15,03% | -9,39% |
| Cangas del Narcea | -15,52% | -8,81% | -6,74% |
| Castropol | -11,45 | -9,81 | -1,96% |
| Coaña | -4,27% | -6,25% | 1,64% |
| Franco, El | -5,59% | -6,14% | 1,35% |
| Grandas de Salime | -21,65% | -16,65% | -5,46% |
| Illano | -28,46% | -18,63% | -10,03% |
| Valdés | -14,71% | -11,28% | -3,23% |
| Navia | -7,58% | -5,71% | -0,53% |
| Pesoz | -24,53% | -13,47% | -8,18% |
| San Martín de Oscos | -27,83% | -13,19% | -14,28% |
| Santa Eulalia de Oscos | -13,55% | -12,30% | -0,71% |
| San Tirso de Abres | -21,06% | -24,04% | -4,79% |
| Tapia de Casariego | -11,45% | -9,81% | 0,81% |
| Taramundi | -17,39% | -16,77% | -0,50% |
| Vegadeo | -5,79% | -8,87% | 1,14% |
| Villanueva de Oscos | -25,22% | -15,73% | -14,24% |
| Villayón | -23,33% | -14,47% | -9,39% |

Nota*: Todos los datos son referidos a tantos por miles ‰
(Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través de SADEI, 2022)

En cuanto a la **estructura de los hogares**, nos interesa especialmente la información en torno a los hogares unipersonales, pues involucra a las personas mayores que se encuentran viviendo solas, siendo más vulnerables al ser más difícil la prevención de la fragilidad, así como porque pueden padecer los efectos de la soledad no escogida

Tabla 4. Porcentaje de hogares unipersonales sobre el total de hogares en los concejos del Área Sanitaria I y Cangas del Narcea.

| Concejo | Tamaño medio del hogar | Hogares unipersonales % |
|------------------------|------------------------|-------------------------|
| ASTURIAS | 2,00 | 33,00 |
| Coaña | 3,00 | 25,00 |
| Castropol | 3,00 | 27,70 |
| Navia | 3,00 | 27,70 |
| Cangas del Narcea | 3,00 | 28,10 |
| Franco, El | 3,00 | 29,40 |
| Valdés | 2,00 | 30,30 |
| Tapia de Casariego | 2,00 | 31,70 |
| Vegadeo | 2,00 | 32,00 |
| Villayón | 3,00 | 32,90 |
| Taramundi | 2,00 | 35,30 |
| San Tirso de Abres | 2,00 | 38,50 |
| Grandas de Salime | 2,00 | 39,60 |
| Boal | 2,00 | 40,20 |
| San Martín de Oscos | 2,00 | 42,30 |
| Villanueva de Oscos | 2,00 | 44,40 |
| Illano | 2,00 | 46,50 |
| Santa Eulalia de Oscos | 2,00 | 47,00 |
| Pesoz | 2,00 | 57,10 |

Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través del INE, 2020

Podemos observar que nueve concejos se encuentran por encima de la media provincial, coincidiendo, a excepción de Cangas de Narcea y Villayón, con los concejos del interior, más afectados por la despoblación y el envejecimiento.

En la fase de **exploración**, encontramos cómo esta soledad no escogida, que se refleja en los datos de hogares unipersonales, agravada por la dispersión poblacional, es latente en los cuestionarios a los que han ido respondiendo las personas mayores en este territorio; muchas personas afirman sentirse nerviosas, ansiosas y tristes, de manera frecuente. Diversas profesionales del cuidado señalan también el gran porcentaje de población, sobre todo femenina, con prescripción médica de ansiolíticos y antidepresivos y coinciden en que la raíz del problema es el deterioro de las relaciones sociales y la soledad.

2. LOS SERVICIOS DE CUIDADOS EN EL ÁREA SANITARIA I

Personas mayores, dependencia y discapacidad en el AS1

La LAPAD (2006) define la dependencia como el estado de carácter permanente en que hay personas que, por causas derivadas de edad, enfermedad o discapacidad, y vinculados a la falta o a la pérdida de la autonomía física, psíquica, intelectual o sensoriales, necesitan la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de personas con discapacidad enfermedad intelectual o mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

En el AS1 hay 17312 personas mayores de 65 años. A esto, se le suman 343 personas con discapacidad en situación de dependencia, entre las cuales se encuentran las perceptoras o posibles perceptoras de los diferentes modos de apoyo que ofrece el sistema de cuidados de larga duración en Asturias.

La **LAPAD** (2006), establece a su vez tres grados diferenciados de dependencia:

- Grado 1: dependencia moderada

La persona entra en este grado de dependencia cuando comienza a necesitar ayuda para ejecutar las actividades cotidianas del día a día. En este grado, la ayuda requerida no es constante, pero sí es necesaria al menos una vez al día o necesita apoyo intermitente para ejercitar su autonomía personal.

- Grado 2: dependencia severa

En este momento la persona necesita más ayuda en sus actividades básicas del día a día, pidiéndola dos o tres veces al día. Como es normal en estos casos, la persona se muestra reacia a recibir apoyo externo permanente ni, al menos, un apoyo algo más habitual que le apoye y que trabaje para fomentar su autonomía personal.

- Grado 3: gran dependencia

En este punto, la persona ya necesita un apoyo constante e indispensable para la realización de sus actividades diarias, puesto que sufre ya una pérdida total de su autonomía, ya sea esta física, mental, intelectual o sensorial. También se consideran personas con gran dependencia a aquellas que necesitan un apoyo generalizado, casi constante, para realizar las actividades cotidianas varias veces al día.

En este caso, mostramos las solicitudes y dictámenes de reconocimiento de la situación de dependencia de personas de más de 65 años.

Tabla 5. Número de dependencias reconocidas para personas mayores de 65 años por grado y concejo del Área Sanitaria I del Principado de Asturias.

| | Solicitudes totales | Dictámenes Grado III | Dictámenes Grado II | Dictámenes Grado I |
|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| ÁREA I | 2.855 | 602 | 665 | 921 |
| San Tirso de Abres | 33 | S.E. | 13 | 9 |
| Vegadeo | 287 | 53 | 65 | 91 |
| Castropol | 201 | 49 | 49 | 53 |
| Taramundi | 38 | S.E. | 10 | 19 |
| Villanueva de Oscos | 28 | 6 | S.E. | 13 |
| San Martín de Oscos | 27 | S.E. | 11 | S.E. |
| Santa Eulalia de Oscos | 39 | 8 | 8 | 14 |
| Tapia de Casariego | 228 | 57 | 57 | 70 |
| Franco, El | 212 | 51 | 44 | 76 |
| Coaña | 200 | 38 | 39 | 80 |
| Navia | 429 | 88 | 94 | 129 |
| Villayón | 117 | 19 | 31 | 47 |
| Valdés | 732 | 162 | 185 | 224 |
| Boal | 171 | 33 | 26 | 57 |
| Illano | 48 | 11 | 10 | 14 |
| Pesoz | 13 | S.E. | S.E. | S.E. |
| Grandas de Salime | 52 | 13 | 15 | 14 |
| Cangas del Narcea | 670 | 120 | 130 | 206 |

Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través de OBSERVASS, 2022

El 34,6% de las personas que han solicitado su valoración de dependencia, han sido reconocidas con el Grado I, siendo además el 62% mujeres y el 38% hombres. Las personas con un grado II de dependencia, representan el 25% de las solicitudes totales, correspondiendo el 68% de este grupo a mujeres, y el 32% a hombres. En cuanto a las personas con un grado III de dependencia, suponen el 22,63% del total de personas con dependencia reconocida en el Principado de Asturias, siendo el 73% mujeres y el 27% hombres.

A partir de edades avanzadas, la dependencia se vuelve una situación que les sucede principalmente a las mujeres. Según Torralbo y Guizardi (2020) la explicación esta tendencia está asociada a tres hipótesis "una de ellos vinculados a factores culturales (una posible infra detección de discapacidad temprana en las mujeres, lo que sugiere la existencia de diferentes expectativas sociales por sexo), otra a factores socioeconómicos (mayor exposición de hombres a ciertos riesgos que generan discapacidad en la juventud y las primeras etapas de la vida adulta, como accidentes laborales y de tráfico) y otra a factores biológicos (mortalidad diferencial por sexo, con mayor índice de supervivencia entre las mujeres)". Esta feminización de la dependencia tal como es el avance de la

edad genera no sólo un mayor número de mujeres dependientes, sino también que sufren las dependencias más graves.

Cabe comentar, que durante la realización de jornadas de trabajo con personas mayores del AS1, el equipo de ASATA ha podido ver como muchas personas en medio rural en situación de dependencia, no han tramitado la valoración de dependencia, encontrándose en una situación delicada de fragilidad.

Por otra parte, aportamos los datos disponibles sobre las personas con discapacidad, con grado de dependencia reconocida en el AS1 del Principado de Asturias:

Tabla 6. Número de personas con discapacidad y grado de dependencia reconocido en el Área Sanitaria I.

| | Nº personas con grado reconocido | Nº personas con grado reconocido III | Nº personas con grado reconocido II | Nº personas con grado reconocido I |
|---------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ÁREA I | 343 | 75 | 109 | 159 |

Fuente: elaboración propia, datos a 31 de diciembre de 2021, obtenidos a través de OBSERVASS

Distribución de los servicios de cuidados en el AS1

En el caso del AS1 del Principado de Asturias, recogemos el número de personas mayores de 65 años que perciben alguno de los apoyos o recursos del sistema público de cuidados de larga duración en Asturias (descritos en el ANEXO 1).

Tabla 7. Cobertura de los apoyos para personas mayores de 65 años en el Área Sanitaria I y Cangas del Narcea.

| | Prestaciones reconocidas | % personas mayores de 65 años con prestación reconocida |
|------------------------|--------------------------|---|
| ÁREA I | 3.038 | 19% |
| Boal | 116 | 20% |
| Cangas del Narcea | 518 | 14% |
| Castropol | 186 | 17% |
| Coaña | 179 | 19% |
| Franco, El | 187 | 17% |
| Grandas de Salime | 42 | 15% |
| Illano | 39 | 28% |
| Navia | 378 | 17% |
| Pesoz | 12 | 23% |
| San Martín de Oscos | 22 | 16% |
| San Tirso de Abres | 33 | 23% |
| Santa Eulalia de Oscos | 36 | 25% |
| Tapia de Casariego | 232 | 20% |
| Taramundi | 40 | 16% |
| Valdés | 646 | 17% |
| Vegadeo | 245 | 21% |
| Villanueva de Oscos | 26 | 14% |
| Villayón | 101 | 21% |

Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través de OBSERVASS, 2022 y padrón SADEI 2022

Del total de personas mayores de 65 años que viven en el Área Sanitaria I, tan sólo el 19% cuentan con un reconocimiento de su situación de dependencia, y la consiguiente prestación que se le atribuye, de las cuales 1732 son mujeres y 778 son hombres.

A continuación, se desglosa el número de prestaciones reconocidas en base a la tipología de apoyo para la autonomía personal y atención a la dependencia para personas mayores de 65 años, estas son:

Tabla 8. Prestaciones reconocidas a personas mayores de 65 años según tipología el Área Sanitaria 1.

| Región | Prestaciones reconocidas | % Prev. Y prom. | % TAD | % SAD | % C. Día | % At. Residencial | % PEVS | % PECEF |
|--------|--------------------------|-----------------|-------|-------|----------|-------------------|--------|---------|
| ÁREA I | 2.520 | 12,98 | 8,65 | 20,95 | 4,72 | 5,52 | 8,61 | 38,57 |

Fuente: elaboración propia datos obtenidos a través de OBSERVASS, 2022

El grueso de las prestaciones se distribuye principalmente entre PECEF (38,57%), y SAD (20,95%), y en menor medida TAD (8,65%) y PEVS (8,61%). Esto significa que prácticamente el **80% de los servicios de cuidados de larga duración para personas mayores, se ofrecen en los domicilios**. Sin embargo, debemos atender a que **tan sólo 528 personas reciben cuidados por parte de profesionales en Servicio de Ayuda a Domicilio, mientras que 1189 personas son atendidas por cuidadoras no formales**, a través de PECEF y PEVS.

En el caso de las personas con discapacidad en situación de dependencia, encontramos los siguientes datos:

Tabla 9. Número de prestaciones reconocidas y personas con cada tipología de apoyo en el Área Sanitaria I.

| | Prestaciones reconocidas | Nº Pers. Prev y Prom | Nº Pers. TAD | Nº Pers. SAD | Nº Pers. Centros Día | Nº Pers. At. Residencial | Nº Pers. beneficiarias PECEF | Nº Pers. beneficiarias PEVS |
|--------|--------------------------|----------------------|--------------|--------------|----------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ÁREA I | 392 | 75 | 7 | 41* | 54 | 13 | 182 | 20 |

*60 personas SAD con Plan Concertado.

Fuente: elaboración propia, información obtenida de OBSERVASS, 2021

El Servicio de Ayuda a Domicilio es crucial en el medio rural, y todos los concejos tienen este servicio. En el AS1 son 3 los que licitan su servicio a empresas privadas y depende del perfil licitante la temporalidad de adjudicación: el SAD de Tapia de Casariego, el de Villanueva de Oscos y el de Navia. Una característica de este último es que todos los

trabajadores pertenecen únicamente a la empresa privada, rigiéndose por el convenio de ayuda a domicilio de cada provincia, es este caso la de Asturias.

El SAD de Navia, que se encuentra actualmente en fase de revisión, consta de 59 usuarios y su última licitación fue adjudicada a senior por un precio de 1.029.675,6 EUR. En Tapia de Casariego son 33 los usuarios y están siendo atendidos por auxiliares pertenecientes a El Orrio Sociedad Cooperativa, y el SAD de Villanueva de Oscos lo componen 12 personas usuarias, en este se incluye la residencia y el centro rural de apoyo diurno en la misma licitación.

Existe, también otra modalidad de licitación, en la que el servicio ofrecido es mixto, combinando un servicio municipal, y licitando el resto que no tiene capacidad de asumir. De esta manera se organizan los ayuntamientos de Valdés y San Martín de Oscos.

En el ayuntamiento de Valdés la última licitación viene marcada con fecha de octubre del año 2022 y estaba adjudicada por dos años, prorrogables a dos años más por el precio de 2.523.921,62 € y siendo el precio hora de 16.29 €, sin hacer distinción a si se trata de hora festiva o laboral. En este caso, la empresa adjudicataria resultó ser INNERIA SOCIAL. En el concejo de San Martín de Oscos, se ha elaborado el pliego de la licitación en mayo del presente año, por un precio de 118.260,00€, en la actualidad se está revisando aun para determinar cuál será la empresa adjudicataria.

La tercera opción de servicio sería aquellos ayuntamientos en los que tienen como personal laboral del mismo a las auxiliares necesarias y son éstas las que desarrollan el servicio en su totalidad, invirtiendo el propio ayuntamiento su presupuesto.

El precio hora que podemos observar en los contratos actuales, se encuentra enmarcado desde los 12.33€ hasta los 20€, en la actualidad, aunque, con la entrada en vigor de IMPULSAD no se podrá licitar por menos de 20€ por una hora de servicio.

Cabe recalcar que los recursos institucionales suponen un aporte mínimo al servicio de cuidados de larga duración en este territorio; tan sólo 119 personas mayores de 65 y 13 personas con discapacidad tienen una prestación de atención residencial, y 119 personas mayores de 65 años y 54 personas con discapacidad, en centros de atención diurna.

Los Centros de Apoyo a la Integración presentes en el territorio serían el de Canero, gestionado por ABHAL, el de Navia, administrado por FASAD, y el de Villamil (Tapia de Casariego), cuya gerencia reside en la Asociación Fraternidad. Debemos destacar que todos se encuentran dirigidos por entidades de Economía Social, a lo que debemos añadir, que la atención residencial y la atención temprana en el AS1 son servicios que exclusivamente ofrecen entidades de Economía Social (Asociación Fraternidad y Fundación EDES)

Por otra parte, destaca el apoyo ofrecido a la prevención de la fragilidad y la promoción de la autonomía, que supone un 12,98% del total de las prestaciones percibidas. En el Área Sanitaria I, cumple un papel muy relevante en torno a esta cuestión el **Programa Rompiendo Distancias**. Debemos dar cuenta de la importancia de estos programas, sobre todo en los concejos de interior, como **Illano, Pesoz o San Martín de Oscos**, en los que se ha detectado que no hay centros de atención diurna ni centros sociales para personas mayores.

En la fase de **exploración**, encontramos que las personas mayores ven insuficientes los recursos destinados a este programa, el cual sienten y viven como crucial; es necesaria la inversión y dinamización de la vida comunitaria. Con los recursos destinados actualmente, el personal es insuficiente para dar el apoyo que sería necesario prácticamente a diario.

También cabe **resaltar la ausencia de la figura del asistente personal en este territorio**, cuyo impulso y desarrollo puede fortalecer muy notablemente los servicios a domicilio en el medio rural, así como convertirse en un importante nicho de empleo.

3. EL EMPLEO DEL SECTOR CUIDADOS EN EL ÁREA SANITARIA 1

Los cambios históricos relacionados con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, el mantenimiento de las desigualdades de género, los nuevos modelos de familia, la disminución de las tasas de fecundidad, el envejecimiento de la población y los movimientos migratorios femeninos en el sur global, son algunas de las dimensiones clave que activaron el ámbito de investigación sobre el sector de los cuidados. Todas estas contribuciones académicas, tanto las que forman parte de los análisis de política pública o del mercado laboral, como las insertas en los estudios de género y feministas, coinciden en señalar la sobrecarga femenina como característica básica en el ámbito familiar y la disminución de la cobertura de las políticas sociales (a partir, sobre todo, de la Gran Recesión del año 2008) (Pérez Orozco, 2018)

En este sentido, se hizo habitual hablar de **crisis de cuidados** y **crisis de reproducción social** (Pérez-Orozco, 2018), haciendo referencia, (i) al desequilibrio existente entre las necesidades de cuidados y la demanda de servicios y trabajadores para su provisión, (ii) para constatar las desigualdades sociales que se generan durante su suministro, sobre todo de género por la elevada presencia femenina en estas ocupaciones, así como de clase y de etnia. De hecho, la distancia entre oferta y demanda de cuidados fue cubierta, en muchas sociedades, mediante la contratación de empleadas del hogar, ocupación tradicionalmente nutrida de mano de obra de mujeres del medio rural, actualmente esta tarea es mayoritariamente desempeñada por mujeres migrantes; algunos términos constatan esta realidad como **criadas de la globalización** (López et. Al, 2022), **cadena globales de cuidado** y **mujeres globales**, para referirse a las inmigrantes ocupadas como sirvientas, enfermeras y criadas.

La caracterización del **cuidado** es muy compleja, existiendo un amplio debate en la literatura científica, tras haber sido obviado por las conceptualizaciones clásicas sobre actividades, ocupación, empleo y trabajo asalariado, en un contexto predominantemente masculino.

La OIT (2019) ofrece la siguiente definición de economía del cuidado:

“la economía del cuidado comprende la producción, distribución, intercambio y consumo de servicios, actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas, tales como cocinar, limpiar el hogar, atender a las personas que lo requieren, atención médica, entre otras. Incluye tanto las actividades de cuidados remuneradas como

no remuneradas (siendo estas las que suponen mayor volumen para el sostenimiento de nuestras sociedades a nivel mundial)”.

El trabajo de cuidados, como concepto amplio, no es equiparable en su totalidad a un empleo asalariado, puesto que engloba todos aquellos procesos y actividades que son necesarios para el sostenimiento y la reproducción de la vida, así como su bienestar físico y emocional (Gálvez, 2016:19). Incluye tanto aquellas actividades que se realizan de forma no remunerada en el seno de las familias y la comunidad, como esas otras que se prestan a través de los servicios públicos, el mercado, o la comunidad, que tienen una retribución salarial. Se suele hacer una distinción entre el *trabajo doméstico*, como el mantenimiento del hogar, y el trabajo de cuidados, como atención de las personas. Sin embargo, ambas se pueden conceptualizar como trabajo de cuidados, por las dificultades para su diferenciación, y porque las labores domésticas incluyen elementos intrínsecamente relacionados como garantizar la alimentación, la higiene y la supervivencia diaria (Consejo Económico y Social de Galicia, 2021).

Las dimensiones desde las que se provee asistencia son variadas, y están inmersas en múltiples lógicas, a veces contrapuestas, realizándose a veces por amor y afecto, y otras por una obligación moral o media una relación salarial. El concepto **cuidado social**, comprende las actividades y relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas, y los marcos normativos, económicos y sociales en las que estas se asignan y se desenvuelven.

Este marco analítico integra **dos niveles de análisis**: (i) macro, de las políticas, cómo se distribuyen los cuidados entre Estado, familias, mercado y sociedad civil, y (ii) micro, las prácticas cotidianas de distribución del cuidado dentro de las familias. El cuidado social hace referencia a una red extensa de relaciones que incluyen tanto a la práctica de la asistencia como a su distribución entre todos los agentes implicados (el diamante del cuidado).

La distribución de la atención en estas palancas es lo que define su prestación en la sociedad y las diferentes fórmulas con las que las empresas distribuyen las asistencias en cada uno de ellos son conocidas con el concepto **organización social del cuidado**. De esta manera, según las instituciones y culturas de cada territorio/país, los trasvases de la provisión de cuidados en cada una de estas esferas (Estado, Familia, Mercado, Comunidad) varía y sirven para definir las características de su modelo de cuidados. Así entendido, este concepto permite comprender que el cuidado no es una cuestión de mujeres, sino que remite al modo en que las sociedades asientan los criterios políticos bajo los que se organiza la vida social y se distribuyen las tareas (Martínez Buján y Vega, 2021).



La inclusión de la provisión de cuidados en el análisis económico fue tan compleja que requirió modificar el paradigma de la economía mediante la incorporación de dimensiones que incluyen los intercambios de bienes y mercancías, pero también relaciones y valores que no pueden cuantificarse monetariamente de forma directa. *La economía del cuidado* surge precisamente para explicar la forma en que las sociedades resuelven la reproducción y el sostenimiento cotidiano de las personas, y el rol que esto juega en el funcionamiento económico y en los determinantes de desigualdad (Consejo Económico y Social de Galicia, 2021.)

A continuación, se presentan una serie de datos sobre el mercado de trabajo del sector cuidados en el AS1 del Principado de Asturias y en Cangas del Narcea, el cual se ha desarrollado exponencialmente en los últimos años, y seguirá haciéndolo al albor de las necesidades sociales del envejecimiento. Las principales actividades y ocupaciones de trabajo de cuidados remunerado, dirigidas a personas dependientes, propuestas en este informe, son:

Tabla 10. Actividades relacionadas con el trabajo de cuidados de personas dependientes.

| |
|---|
| <p>CNAE86 Actividades sanitarias.</p> <p>861 Actividades hospitalarias</p> <p>8610 Actividades hospitalarias</p> <p>862 Actividades médicas y odontológicas</p> <p>8621 Actividades de medicina general</p> <p>8622 Actividades de medicina especializada</p> <p>8623 Actividades odontológicas</p> <p>869 Otras actividades sanitarias</p> <p>8690 Otras actividades sanitarias</p> <p>CNAE 87 Asistencia en establecimientos residenciales</p> <p>871. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios</p> <p>8710. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios</p> <p>872. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia</p> <p>8720. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia</p> <p>873. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física</p> <p>8731. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores</p> <p>8732. Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física</p> <p>879. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales</p> <p>8790. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales</p> <p>CNAE 88 Actividades de servicios sociales sin alojamiento</p> <p>881. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad</p> <p>8811. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores</p> <p>8812. Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad</p> <p>889. .Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento</p> <p>8891. Actividades de cuidado diurno de niños</p> <p>8899. Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento n.c.o.p.</p> <p>CNAE97. <i>Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico</i></p> <p>970. Actividades de I</p> |
|---|

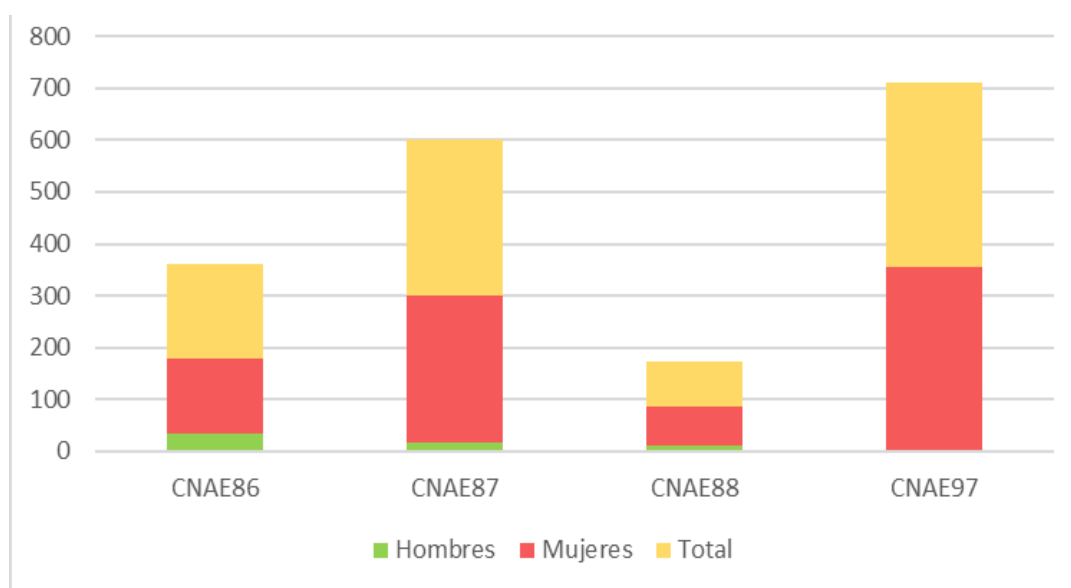
Fuente: Elaboración propia

Debemos apuntar que existe una segmentación del mercado de trabajo, en consonancia con la división de actividad. Los centros residenciales, también por las características de los usuarios, concentran la mayor parte de las ocupaciones que requieren una formación reglada.

Cuidar de las personas en casa, sin embargo, parece estar a su vez dividida en dos segmentos, ambos caracterizados por niveles de formación inferior a la del trabajo en centros residenciales y alta temporalidad de los contratos. El primero estaría vinculado a la prestación de servicios a domicilio mediada por empresas y otras organizaciones. El segundo, contrato de un servicio de cuidados como un servicio doméstico. Este último segmento concentra los niveles más bajos de formación, así como las mayores tasas de personas con nacionalidades diferente a la española. Estas circunstancias parecen especialmente perjudiciales tanto desde el punto de vista de deterioro progresivo de las condiciones de trabajo, así como la calidad de los servicios prestados. Surge, en este sentido, la fragilidad del cuidado como servicio doméstico (Consejo Económico y Social de Galicia, 2021)

Desde una perspectiva ocupacional, surge una dualidad entre profesionales con formación reglada, de una mano, y cuidadores con niveles desiguales de formación, por la otra. Este último grupo está constituido precisamente por los trabajadores que están más en contacto con personas dependientes, y que necesitarían más formación práctica, emocional y relacional. Los trabajadores con menor nivel educativo y que sufren más la precariedad trabajo son los que tienen el contacto más directo con personas que necesitan atención. Como observamos, el modelo de atención elegido y, en particular, la asignación de los recursos del SAAD puede alterar la profesionalización del sector y, con ello, la calidad de la atención a las personas (Consejo Económico y Social de Galicia, 2021).

Tabla 11. Número de personas afiliadas a la Seguridad Social del sector cuidados en el Área Sanitaria I del Principado de Asturias y Cangas de Narcea.



Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través de la base de datos de la Seguridad Social, 2022

En base a los datos que se han presentado en torno a las prestaciones reconocidas para el cuidado de personas dependientes, el 80% de trabajo de cuidados se realiza en el domicilio en este territorio; sin embargo, el número de trabajadoras en establecimientos residenciales (301), supera con creces el de trabajadoras sin alojamiento (86).

También, llama la atención el reducido número de profesionales de actividades sanitarias en este territorio (180 personas), teniendo en cuenta que incluye el Hospital del Área Sanitaria I y todos los Centros de Salud y ambulatorios, así como el Hospital del Área Sanitaria II, en Cangas de Narcea.

Por otra parte, destaca el número de personas contratadas como empleadas domésticas: hay al menos 356 personas contratadas mediante esta fórmula en el Área Sanitaria I y Cangas de Narcea. Cabe mencionar que numerosos estudios, como el del startup Aiudo (2022), cifra en un 31,8% del total de cuidadoras que no se encuentran aseguradas, normalmente, mujeres migrantes en situación irregular y mujeres en situación precaria.

Esta segmentación del mercado, en particular el desarrollo del cuidado como servicio doméstico, se ha favorecido debido a la llegada de inmigrantes (Tobío et al., 2010). En particular, por el lado de la oferta hay un alto número de mujeres que necesitan trabajar, aunque sea a precios muy bajos. Esta circunstancia contribuyó a la expansión de este nicho de mercado y, posiblemente, de la expansión del trabajo irregular. En este sentido, cabe recordar que los datos analizados se refieren únicamente al trabajo asalariado regular, además de que las mujeres empleadas en este sector de manera irregular siguen sufriendo aún peores condiciones de trabajo.

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (2019) recoge en múltiples informes cómo la mayoría de las personas que trabajan en los cuidados de manera remunerada son mujeres y con frecuencia migrantes que, en muchos casos, trabajan en la economía sumergida y lo hacen en condiciones de gran precariedad y con salarios muy bajos.

Desde aquí surgen las cadenas globales de cuidados como resultado de un proceso de feminización de las migraciones en un contexto de globalización, de transformación del Estado de Bienestar y de provisión de los cuidados.

Las cadenas globales de cuidados se definen como

“cadenas de dimensiones transnacionales que se conforman con el objetivo de sostener cotidianamente la vida, y en las que los hogares se transfieren trabajos de cuidados de unos a otros en base a ejes de poder, entre los que cabe destacar el género, la etnia, la clase social y el lugar de procedencia” (Díaz Gorfinkiel, 2018: 90).

Muchas mujeres del Sur Global deciden migrar hacia Europa para trabajar en los espacios en los que está naturalizada una capacidad inherente a las mujeres: el trabajo de cuidados y de sostenimiento del hogar. Así se configura la cadena global de cuidados desde las experiencias de vida de mujeres migrantes que realizan cuidados diversos de las familias españolas mientras que, de forma paralela, las ganancias de las mujeres migrantes contribuyen al cuidado de sus familias de origen. En este sentido, los hogares de origen dependen de lo que ocurra en los hogares de España, siendo las mujeres migradas el enlace de las dimensiones transnacionales.

Para Amaia Pérez Orozco, (2018) en el análisis de los cuidados se precisa atender cuatro criterios:

- La necesidad de recuperar los trabajos que históricamente se han invisibilizado y desprestigiado y que se han asentado en la esfera de lo privado-doméstico;
- La relación de un modelo esencialista en el que se vincula a las mujeres con la provisión de los cuidados como una capacidad o cualidad innata a éstas, modelo que se reproduce en las relaciones de género. Este hecho impide entender cómo el modelo de cuidado se debe asentar en una renegociación de esas relaciones de género y en resignificar lo que involucra cuidar y sobre todo “el cuidar bien” en distintos contextos geográficos, sociales y temporales, significados que son mutables por la experiencia migratoria;
- La importancia de visibilizar los cuidados en la gestión de la cotidianidad para posibilitar su trascendencia, su comprensión y las formas de poder organizarlos;
- Por último, se precisa atender las dimensiones, no solo cuantitativas, sino de carácter cualitativo que engloban el cuidado pues proyectan expectativas sobre los sujetos y los distintos contextos -como personas que cuidan y que son cuidadas relacionadas con el género, la clase social, el origen, la etnicidad, etc.

Múltiples investigaciones apuntan que el servicio doméstico se orienta específicamente a la demanda de las tareas de cuidado. En el caso de España, el interés está casi concentrado exclusivamente en la contratación mayoritaria de cuidadores inmigrantes en el ámbito de la atención a las personas mayores en domicilios particulares. Se identifican como procesos asociados a este fenómeno está el aumento de la incorporación de las mujeres indígenas al mercado laboral, la desigualdad distribución de las tareas reproductivas entre sexos y generaciones y el envejecimiento de la población (Vega, 2009). Martínez-Buján (2011) profundiza en cómo el servicio doméstico se ha convertido en un "nuevo servicio a domicilio" disponible de las necesidades de cuidado de las personas mayores y adultas dependientes. Por su parte, Díaz Gorfinkiel (2018) analiza las características específicas de las cadenas globales de atención en España, visualizando cómo la reconciliación de familias nativas depende de la privatización del cuidado en servicio doméstico. Todas estas contribuciones subrayan la forma en que el cuidado de las personas se ha convertido para las mujeres migrantes en la actividad de entrada al mercado laboral español, al mismo tiempo que por su carencia de derechos sociales comparable al resto de los trabajadores, dificultó el asentamiento y la integración del grupo de inmigrantes trabajadoras del sector de cuidados de larga duración.

Como el sector del cuidado mediante el servicio doméstico se configuró como la fórmula principal elegida por familias para la privatización del cuidado, nuevas perspectivas teóricas también han comenzado a analizar este fenómeno desde otras perspectivas. Las más influyentes a escala internacional se conoce como la teoría del "cuidado social" que estudió la "organización atención social", es decir, la forma en que las sociedades distribuyen la prestación de asistencia personal entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad. Sus análisis tratan de explicar cómo es este sector de actividad se ha vuelto imprescindible para el mantenimiento de los modelos de bienestar y es especialmente crucial no sólo para España, sino para todos los países del sur de Europa, que han compartido tradicionalmente un régimen de cuidados fuertemente familista.

Incluso algunos autores utilizan el nombre "un migrante en la familia" (Ramos-Feijóo, CLARISA, 2022) para definir la esencia de estas políticas de cuidado de larga duración.

En la segunda década del presente siglo la literatura académica incorpora las tareas del hogar como un elemento fundamental en la definición de los estados de bienestar. En el caso español, la literatura explora las aportaciones de este sector a las políticas sociales. Por ejemplo, Eizalde-San Miguel y Virto (2021) y Martínez-Buján (2014b) observan cómo la debilidad de la red de servicios sociales en el hogar y las consideraciones culturales de que el "buen cuidado" es lo que se hace en el ámbito familiar, contribuyó a la alta presencia de esta figura del cuidador doméstico. Se comienza a considerar, además, que no es sólo la ausencia de programas públicos adecuados de atención a largo plazo duración a la que se ha dinamizado este mercado laboral, sino también la filosofía con la que se trazaron las políticas público a largo plazo también desempeñó un papel importante. De esta manera, hay evidencia científica que la promoción de los beneficios económicos del cuidado en casa (que caracterizó la etapa de implementación de la Ley de Dependencia en España) activó la creación de un sector asistencial sumergido en torno al el servicio doméstico y el trabajo de las mujeres migrantes.

En la fase de **exploración**, hemos encontrado que las mujeres trabajadoras del sector cuidados, tanto migrantes como españolas, se encuentran en unas condiciones precarias, que, si bien incentivan su deseo de emprender y autoemplearse, tienen un doble filo, pues las hace muy dependientes de los ingresos de su trabajo y dificulta su capacidad para ahorrar, o su capacidad de endeudamiento para comenzar con una nueva empresa de economía social.

4. IMPULSO DEL MODELO COMUNITARIO DE CUIDADOS EN EL AS1

Para mejorar la coordinación entre los Servicios Sociales, Economía Social, y el resto de los agentes comprometidos con el cambio de modelo de cuidados, sería oportuno crear un mapa de recursos y agentes del sector cuidados, educativo, cultural y lúdico, que nos facilitase tejer las relaciones y colaboraciones necesarias para implementar un modelo comunitario, en red. Las Administraciones Públicas financian con dinero este cambio de modelo, mientras quien debe impulsarlo y sostenerlo desde los territorios, es la Economía Social.

En los capítulos anteriores de este estudio, se detecta como factor clave para la viabilidad de proyectos empresariales de la economía social la implicación y el compromiso de las socias y las trabajadoras para que estos proyectos salgan a delante, un compromiso con el territorio y con el cuidado de las personas.

De cara a lograr la implantación del modelo comunitario de cuidados, resulta clave la movilización de los recursos en desuso identificados, pudiendo ofrecer desde estos diferentes servicios comunitarios, se descargarían las labores de las trabajadoras del SAD, servicio público que padece una situación próxima al colapso en algunos municipios, y cuya situación se verá agravada en los próximos años si no se toman medidas. Se presenta un directorio de recursos identificados en **la fase de exploración**

sobre los que se podrían ofrecer nuevos servicios, o diversificar la actividad actual en el ANEXO I.

En la fase **de co-creación**, se ha propuesto la realización de un mapa interactivo de recursos relacionados con los cuidados, la comunidad, los recursos inmovilizados, de cara a mejorar la coordinación entre actores e impulsar el modelo comunitario de cuidados y las oportunidades de emprendimiento colectivo.

5. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

El eje del proyecto LLES -Living Lab Economía Social- de ASATA, es analizar las oportunidades estratégicas de las empresas de Economía Social, para ello, se han realizados cuestionarios de demanda, en base a la heterogeneidad del territorio de referencia y respecto del colectivo de personas mayores. Tras analizar dichos cuestionarios se han detectado determinadas necesidades y demandas, y en base a ellas, el presente trabajo pretende apuntar qué respuestas se pueden ofrecer e impulsar desde las empresas bajo fórmulas de emprendimiento en colectivo o de Economía Social.

Se han realizado un total de 84 entrevistas, de personas entre 65 y 90 años (a excepción de una persona con 41 años, pero en situación de dependencia por discapacidad) que viven en el AS1. El propio cuestionario fue evolucionando y cambiando su forma y contenido gracias a las aportaciones de profesionales y entrevistados, estimulando la co-creación y la participación de las personas usuarias en los servicios y productos finales.

En los concejos de Illano, Santa Eulalia de Oscos, Villanueva de Oscos, Pesoz y Grandas de Salime, se realizaron las entrevistas de manera colectiva, contando con el apoyo de personal técnico de ASATA y de Rompiendo Distancias. En primer lugar, se presentó el proyecto LLES -Living Lab Economía Social- y la estrategia CuidAS -La Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración para personas adultas, del Principado de Asturias, para enmarcar y hacer explícita la importancia de su participación. A su vez, el hecho de que se realizasen en grupo facilitaba que surgiesen ideas y propuestas que podían no estar recogidas en los propios formularios.

En el caso del concejo de Vegadeo, se llevó a cabo un grupo de discusión con personas usuarias del Centro de Día, del Centro Social para personas Mayores, y de las profesionales que trabajan con ellas, sobre ¿cómo queremos ser cuidados?, reflexionando sobre el modelo de cuidados de larga duración, los cambios que introduce la estrategia CuidAS, y qué servicios pueden mejorar la calidad de vida de las personas mayores o dependientes en nuestros pueblos.

En el caso del concejo de Valdés, las entrevistas las realizaron las trabajadoras de SAD, de forma individual, mientras que, en el municipio de El Franco y en el concejo de La Caridad, las entrevistas se realizaron a las personas usuarias de los Centros Rurales de Apoyo Diurno, por parte de las técnicas de ASATA y las profesionales de estas instituciones.

Soledad no deseada

De las personas que componen la muestra, el 52% de las personas viven solas, el 23% con su cónyuge, y el 18% con cuidador/a o familiar de otro tipo. Por otra parte, más del 30% de las personas entrevistadas no tienen ningún hijo a menos de una hora en coche de distancia.

Además, más del 15% de personas afirman no tener contacto con otras personas a diario, y casi el 30% señalan tener emociones y sentimientos de soledad, nervios y preocupación de forma más frecuente que tranquilidad y alegría. Estos datos concuerdan con que el 21% de las personas entrevistadas, se encuentran en tratamiento con antidepresivos.

Autonomía y forma de vida

Encontramos que el 60% de las personas entrevistadas, piensa que mientras las personas mayores están mejor viviendo de manera independiente mientras se pueda, mientras que el 19% piensa que están mejor viviendo con sus hijos/as aunque se puedan valer por sí mismos.

En esta línea, en cuanto a la pregunta ¿quién cree que se ha de hacer responsable del cuidado de una persona dependiente?, el 59% de las personas piensan que la “familia, principalmente los hijos/as”, seguido de un 18% que afirma “uno mismo, pagando los servicios necesarios”, el 15 piensa que el “Estado a través de los servicios sociales”, y el 4% su cónyuge.

Así mismo, el 56% de las personas entrevistadas afirma que le gustaría quedarse a vivir en su domicilio, recibiendo los servicios que fuesen necesarios, al 46% no le gustaría ir a una residencia, y el 42% de las personas muestran preferencia por pagar por los servicios demandados en su propio domicilio a otras fórmulas.

Salud, vivienda y entorno

El 93% de las personas que componen la muestra viven en una casa de su propiedad, el 2% en una vivienda en régimen de alquiler, y el 0,8% en una vivienda propiedad de su hijo/a. Además, el 60% de las personas afirman que **sus viviendas necesitan adaptaciones técnicas**, y el **80% de las personas entrevistadas no conocían las ayudas existentes para estos fines**.

Por otra parte, el 73% de las personas afirman tener una enfermedad que requiere revisiones o rehabilitación. Las enfermedades mayoritarias son, reuma u otras enfermedades de huesos (52%), diabetes (21%) y depresión (21%). Además, tan sólo el 40% de las personas entrevistadas pueden acudir andando a servicios de salud como el Centro de Salud o la farmacia.

Servicios

En cuanto al nivel de ingresos de la población entrevistada, el 46% de los hogares cuenta con entre 651 a 1000 euros mensuales, el 25% cuenta con más de 1000 euros al mes, y el 2%, se encuentran en un umbral de ingresos inferior a 650 euros mensuales.

Enfocándonos en las necesidades reales detectadas, existen diferentes líneas de emprendimiento que se postulan como oportunidades estratégicas para la economía social en este territorio, que se presentarán en el apartado 6.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE CUIDADOS COMUNITARIO APOYADO EN LA ECONOMÍA SOCIAL

La implementación de la LAPAD fue una oportunidad para generar empleos que no se pueden deslocalizar vinculados a necesidades sociales reales, y la nueva transición que atraviesa el modelo de cuidados de larga duración, estrecha los lazos entre la Economía Social y la economía de los cuidados, pues pone a las personas y las comunidades en el centro.

El correcto desarrollo de la economía de los cuidados en Asturias supondría un aumento de al menos 12.000 empleos. Cabe señalar que en el territorio que comprende el Área Sanitaria I, es necesaria la inmigración para que las tasas de dependencia se mantengan o se reduzcan a unos niveles sostenibles. A su vez, es necesario, **la creación de servicios comunitarios que mejoren las relaciones sociales de las personas que habitan el medio rural**, sobre todo en los concejos del interior, como hemos observado.

Entre las diferentes líneas de trabajo o necesidades que se han detectado, cabe preguntarse ¿Qué podemos o apostamos por aportar desde la Economía Social?

Por una parte, las empresas de economía social aportan innovación, tanto tecnológica como social, en los avances sobre este paradigma de los cuidados, incorporando los modelos de cuidado de larga duración y la atención integral centrada en la persona.

De otra mano, es un apoyo a la comunitarización de los cuidados, en tanto que la creación de las empresas de economía social en este sector, localizadas, fomentará los lazos entre trabajadoras y usuarios en sus territorios. Así mismo, la creación de empleo de mano de empresas de economía social fomenta tanto la fijación como la atracción de la población, algo que se ha detectado como crucial para la sostenibilidad de la vida en el territorio del Área Sanitaria I del Principado de Asturias. Por lo tanto, el apoyo al emprendimiento que ofrece el proyecto LLES, es indispensable.

Por otra parte, desde ASATA se ha detectado la necesidad de formación, profesionalización y empleo de calidad en el sector cuidados. En el AS1, la formación se muestra como algo necesario a nivel generalizado, dados los niveles de estudios de la población analizada.

Podemos observar como la mayoría de las personas se acumula en los niveles educativos más bajos, independientemente del municipio. Además, en la fase de

exploración, se ha detectado que las trabajadoras del sector cuidados pertenecen a estos grupos, además de hacer frente a las dificultades presentes en el medio rural para acceder a formación, como son la falta de recursos, centros educativos, y la gran brecha digital, tanto a nivel de accesibilidad, como de conocimientos de la población en el uso de las tecnologías. Los centros de dinamización tecnológica presentes en los núcleos rurales, en su mayoría, no están cumpliendo su función.

Tabla 12. Nivel de estudios de la población del AS 1.

| Nivel de estudios (grado) | Total | Educación primaria e inferior | 1ª etapa de Educación Secundaria y similar | 2ª etapa de Educación Secundaria y Educación Postsecundaria no Superior | Educación Superior | No aplicable (menor de 15 años) |
|---------------------------|--------------|-------------------------------|--|---|--------------------|---------------------------------|
| Municipios de residencia | | | | | | |
| Boal | 1452 | 516 | 414 | 204 | 249 | 69 |
| Castropol | 3333 | 870 | 789 | 579 | 804 | 291 |
| Coaña | 3312 | 723 | 762 | 564 | 891 | 369 |
| Franco, El | 3774 | 813 | 885 | 708 | 975 | 393 |
| Grandas de Salime | 789 | 249 | 243 | 123 | 144 | 30 |
| Illano | 321 | 114 | 123 | 33 | 39 | 12 |
| Navia | 8307 | 1371 | 1992 | 1551 | 2529 | 864 |
| Pesoz | 141 | 33 | 48 | 30 | 27 | 6 |
| San Martín de Oscos | 351 | 123 | 120 | 39 | 48 | 24 |
| San Tirso de Abres | 420 | 123 | 111 | 66 | 93 | 27 |
| Tapia de Casariego | 3678 | 801 | 873 | 687 | 978 | 336 |
| Taramundi | 591 | 186 | 177 | 84 | 111 | 33 |
| Valdés | 11271 | 2802 | 3078 | 1932 | 2469 | 993 |
| Vegadeo | 3915 | 951 | 1032 | 663 | 906 | 363 |
| Villanueva de Oscos | 276 | 60 | 99 | 48 | 42 | 30 |
| Villayón | 1149 | 453 | 345 | 135 | 159 | 63 |
| Total | 43083 | 10185 | 11091 | 7449 | 10458 | 3900 |

Fuente: elaboración propia, datos obtenidos a través del INE, 2021

Como advierte la OIT (2019), el trabajo de cuidados, tanto remunerado como no remunerado, es de vital importancia para el futuro del trabajo decente. El crecimiento de

la población, el envejecimiento de las sociedades, las familias cambiantes, el lugar todavía secundario de las mujeres en los mercados de trabajo y las deficiencias en las políticas sociales exigen que los gobiernos, los empleadores, los sindicatos y los ciudadanos adopten medidas urgentes en lo que respecta a la organización del trabajo de cuidados. Si no se afrontan de manera adecuada, los déficits actuales en la prestación de servicios de cuidado y su calidad crearán una grave e insostenible crisis del cuidado a nivel mundial y aumentará más aún la desigualdad de género en el trabajo.

La mayoría de las personas trabajadoras del cuidado remunerado son mujeres, con frecuencia migrantes, y cuando trabajan en la economía informal lo hacen en condiciones precarias y a cambio de un salario muy bajo. El trabajo de cuidados remunerado seguirá siendo una importante fuente de empleo en el futuro, en particular para las mujeres. La naturaleza relacional del trabajo de cuidados limita el potencial de sustitución de la mano de obra humana por robots y otras tecnologías.

En este sentido, los retos de futuro de las mujeres migrantes cuidadoras pasan precisamente por la igualación total de sus condiciones laborales las del resto de los trabajadores, así como por la formulación de nuevas medidas y directrices que conduzcan este empleo de cara a su profesionalización (Moreno *et al.* 2015), habiendo encontrado que el colectivo de empleadas del hogar es mayoritario en el AS1.

Asimismo, diferentes profesionales sanitarias, directoras de recursos de atención diurna, nos relatan que, en los municipios del interior del AS1:

“Se quiere ofrecer formación en Atención Sociosanitaria pero las personas que quieren hacer esta formación no tienen la ESO y algunas incluso no tienen la básica por lo que si se quiere hacer formación en Atención Sociosanitaria es necesario hacer antes o a la vez formación para las competencias básicas. En estos concejos para acreditar las competencias suelen ir a Vegadeo dos tardes a la semana presencial, pero muy pocas personas lo hacen porque hay mucha distancia, tienen que llevar el coche y si trabajan en algo o tienen hijos... no pueden compaginar porque en Adultos en Vegadeo para sacar las competencias básicas es presencial y por eso no suelen hacerlo. Antes del Covid había hablado este tema con el director que de la Escuela de Adultos de Vegadeo que había poco que estaba, pero se quedó en nada porque se podía hacer a través de los telecentros esa formación on-line, pero no se dan cuenta de las limitaciones de los telecentros, la red, y el nivel de los usuarios en el manejo de tecnología”.

Desde estas premisas, desde ASATA se están trabajando diferentes propuestas en torno a la formación y la profesionalización, como serían la maleta pedagógica, o la formación y capacitación de personas para la figura del asistente personal.

Es importante analizar también el nivel de renta de la población, para el pago de servicios de cuidados personalizados en su domicilio.

Tabla 13. Nivel de renta media por persona y municipio del AS1.

| Concejos | Renta neta media por persona (€) |
|------------------------|----------------------------------|
| Santa Eulalia de Oscos | 10.428 |
| Villanueva de Oscos | 10.591 |
| San Martín de Oscos | 10.900 |
| Illano | 11.172 |
| Villayón | 11.222 |
| San Tirso de Abres | 11.340 |
| Taramundi | 11.345 |
| Vegadeo | 11.462 |
| Valdés | 11.544 |
| Boal | 11.632 |
| Franco, El | 12.139 |
| Castropol | 12.146 |
| España | 12.292 |
| Tapia de Casariego | 12.587 |
| Coaña | 12.605 |
| Navia | 12.969 |
| Grandas de Salime | 13.244 |
| Asturias | 13.505 |

Fuente: elaboración propia a partir de INE, 2021

En este sentido, la renta media neta de lo concejos del AS1, oscila entre los 10.000 y los 13.000 euros, esto es, más de 1500 euros por debajo del nivel de renta medio de la capital del Principado de Asturias, Oviedo, y todos los concejos se encuentran por debajo de la renta neta media por persona provincial, lo que es otro impedimento para la contratación de servicios privados, y hace latente la falta de apoyo pública e institucional para avanzar hacia un modelo comunitario de cuidados.

Oportunidades estratégicas para la economía social que hemos encontrado en la fase de exploración

- Se ha detectado, una gran necesidad de intervención en el ámbito de la **dinamización socio-cultural** de los pueblos, que se relaciona tanto con la dispersión geográfica, como con las personas que viven solas. El Programa Rompiendo Distancias resulta insuficiente. Se podría promover la impartición de un certificado de profesionalidad, y la creación de **empresas de Economía Social de animación y dinamización comunitaria**, de cara a mejorar las relaciones sociales y supongan un motor de bienestar en las poblaciones.

- La población entrevistada también demanda el aumento de **servicios de proximidad, como el catering a domicilio**. Muchas personas, al vivir solas, entran en una etapa de dejadez, en la que no cocinan y se alimentan de manera muy poco saludable, además de otros requerimientos de dieta que llegan con la edad, como indican profesionales de ayuda a domicilio y profesionales sanitarias. Además, liberaría en cierto modo la carga y saturación del personal de ayuda a domicilio, como podría hacerlo también un **servicio de lavandería a domicilio**.
- Necesidad de **fisioterapeutas a domicilio**. Existe una gran cantidad de clínicas en los municipios de cabecera, pero muy poco servicio a domicilio. Por lo tanto, se detecta como una oportunidad la creación de una empresa de Economía Social en la que los fisioterapeutas del territorio puedan distribuirse ese trabajo. Las personas mayores apuntan que no pueden asumir el coste de las sesiones de fisioterapia en relación con la cantidad de sesiones que se necesitan, por lo que resultaría de interés la búsqueda de metodologías de co-pago o colaboración público/privada
- A su vez, necesidad de **atención psicológica en los territorios**, se da una sobre medicación de antidepresivos y ansiolíticos, sobre todo en mujeres del medio rural, a lo que puede dar respuesta una empresa de economía social.
- Una de las demandas más acusadas es la búsqueda de soluciones **de movilidad compartida**, sobre todo en relación con la necesidad de recibir atención médica en el hospital de referencia del Área Sanitaria I.
- Acusada **brecha digital** en el territorio, tanto a nivel de conocimientos como de recursos, y necesidad de **digitalización y modernización** del sector cuidados.
- Necesidad de profesionalización de las mujeres en el medio rural, como se ha comentado, para el desempeño del servicio ayuda a domicilio, asistentes personales, u otras modalidades de cuidado como el trabajo en instituciones de atención diurna o residencial. La formación es **una necesidad real en el territorio, y fomentará las posibles formaciones de emprendimiento colectivo en el futuro**.
- **La movilización de recursos existentes de la mano de la Economía Social**, tal y como se propone para la transformación del modelo de cuidados, de cara a ofrecer nuevos servicios que cubran las necesidades reales que se han ido detectando.

En **las fases de co-creación y experimentación**, trabajamos sobre esta información para alcanzar soluciones y respuestas a necesidades reales en las que participe toda la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias (2022) CuidAs. Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración a personas adultas en el Principado de Asturias. Available at: https://socialasturias.asturias.es/documents/38532/352354/01Estrategia_CuidAs.pdf/806bd649-f1bb-4d61-f61c-a35fd5346208?t=1667547983582 (Accessed: 19 December 2022).
- Consello Económico e Social de Galiza (2021). Informe sobre o sistema de cuidados de longa duración en Galicia desde a perspectiva da prestación de servizos e de creación de emprego. Disponible en: <https://www.ces-galicia.org/publicacions/informes/informe-sobre-sistema-cuidados-longa-duraci%C3%B3n-en-galicia-desde-perspectiva>
- Díaz Gorfinkiel, M. (2018). “El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras?”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2): 71-89
- Elizalde-San Miguel, B., & Virto, L. M. (2021). El cuidado a personas mayores: ¿ qué nos ha enseñado la actual crisis del COVID-19?. *g cuadernos*, 53.
- Gálvez, L. (2016). *La economía de los cuidados*. Granada, De Culturas.
- Instituto Asturiano de la Mujer, 2023. Disponible en: <https://iam.asturias.es/estructura-de-la-poblacion>
- López, E., Guizardi, M., González, H., Magalhães, L., & Araya, I. (2022). Cuidados y migración: una guía de lecturas. *Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações*, 6(2).
- Mandel, H. (2009). “Configurations of gender inequality: the consequences of ideology and public policy”. *British Journal of Sociology*, 60(4): 693-718.
- Martínez-Buján, R. (2011). “La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 93-123.
- Martínez-Buján, R., & Vega Solís, C. (2021). El ámbito comunitario en la organización social del cuidado. *RES Revista Española de Sociología*, 30(2), 1-11.
- Montserrat, J. (2019). Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia. *Papeles de Economía Española*, 161: 164-185.
- Observatorio Asturiano de Servicios Sociales - Observass* (no date). Available at: <https://observass.com/> (Accessed: 20 December 2022).
- OIT (2019) *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf
- Pérez-Orozco, A. (2018). *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños
- Ramos-Feijóo, CLARISA. (2022). Nuevo modelo de cuidados. Nuevo contrato de género: La propuesta de las comunidades cuidadoras en la realidad española. G. Casas-Torres y M. Piña-Morán, *Evidencias internacionales del Trabajo Social en Gerontología: El ámbito comunitario*, 305-325.
- SADEI, Padrón de habitantes 2022. Disponible en: https://www.sadei.es/sadei/poblacion/padrones-de-habitantes_167_1_ap.html
- Tobío, C., Agulló Tomás, M. S., Gómez, M. V., e Martín Palomo, M. T. (2018). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. *Colección Estudios Sociales*, núm. 28. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Torrado, Herminia González; GUIZARDI, Menara Lube. “As mulheres e o envelhecimento na pesquisa social (1950-2018)”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 1, e58497, 2020.
- Vega, C. (2009). *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Barcelona, UOC.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|---|
| Gráfico 1. Pirámide poblacional del Área Sanitaria I del Principado de Asturias. | 5 |
| Gráfico 2. Comparativa del índice de envejecimiento por concejos del AS1. | 6 |
| Gráfico 3. Evolución del total de mujeres extranjeras entre 15 y 64 años empadronadas en los concejos del Área Sanitaria I y Cangas de Narcea. | 9 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Porcentaje de población extranjera por municipios. | 8 |
| Tabla 2. Tasa bruta de mortalidad en Asturias de 2018 a 2021. | 11 |
| Tabla 3. Dinámicas poblacionales de los concejos del Área Sanitaria I del Principado de Asturias y Cangas del Narcea. | 12 |
| Tabla 4. Porcentaje de hogares unipersonales sobre el total de hogares en los concejos del Área Sanitaria I y Cangas del Narcea. | 13 |
| Tabla 5. Número de dependencias reconocidas para personas mayores de 65 años por grado y concejo del Área Sanitaria I del Principado de Asturias. | 15 |
| Tabla 6.. Número de personas con discapacidad y grado de dependencia reconocido en el Área Sanitaria I. | 16 |
| Tabla 7.. Cobertura de los apoyos para personas mayores de 65 años en el Área Sanitaria I y Cangas del Narcea. | 17 |
| Tabla 8.. Prestaciones reconocidas a personas mayores de 65 años según tipología el Área Sanitaria 1. | 18 |
| Tabla 9. Número de prestaciones reconocidas y personas con cada tipología de apoyo en el Área Sanitaria I. | 18 |
| Tabla 10. Actividades relacionadas con el trabajo de cuidados de personas dependientes. | 22 |
| Tabla 11. Número de personas afiliadas a la Seguridad Social del sector cuidados en el Área Sanitaria I del Principado de Asturias y Cangas de Narcea. | 23 |
| Tabla 12. Nivel de estudios de la población del AS 1. | 30 |
| Tabla 13. Nivel de renta media por persona y municipio del AS1. | 32 |