

Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia¹

Dolors Comas d'Argemir²

Universidad Rovira i Virgili

Mayte Sancho

Investigadora independiente

Joseba Zalakain

SIIS Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguía-Careaga

jzalakain@siis.net

COVID-19aren kudeaketak Espainiako iraupen luzeko zainketa-sisteman hainbat gabezia agerian utzi zituen. Eredu instituzionalak alde batera uzteko eta pertsonengan oinarritutako ikuspegi baterantz aurrera egiteko beharrari buruzko akordioa dago, laguntzek eta zaintzek etxeko eta komunitateko ingurunera itzuli eta herritarrek adierazitako nahiekin bat dakartzana. Pertsonalizazioaren paradigma eraikitzen ari den ereduaren kontzeptu nagusi gisa identifikatzen da. Gai horien inguruan zenbait gogoeta eskaintzen dira artikulu honetan. Lehenik eta behin, zainketa eta laguntza arteko egungo bereizketaren egokitasuna aztertzen da. Bigarrenik, laguntza pertsonalaren ekarpenak landuko dira, pertsonen autonomia eta autodeterminazioa garatzea helburu duen arreta-ikuspegi baten esparruan. Azkenik, zerbitzuak eskuratzean eta kontratatzean pertsonalizazioak dituen ondorioak hartuko dira kontuan, prestazio ekonomikoen bitartez lortutakoak aintzat hartuta.

Gako-hitzak:

Mendekotasuna, adinekoak, autonomia pertsonala, banakako arreta, laguntza-zerbitzuak, laguntzaile pertsonala, lanbide-profilak.

La gestión de la COVID-19 evidenció múltiples carencias en el sistema de cuidados de larga duración español. Hay consenso sobre la necesidad de dejar atrás modelos institucionales y avanzar hacia un enfoque centrado en las personas, devolviendo el peso de los apoyos y los cuidados al entorno domiciliario y comunitario en coherencia con los deseos expresados por la ciudadanía. El paradigma de la personalización se identifica como concepto central del modelo que se está construyendo. En este artículo se ofrecen algunas reflexiones sobre estos asuntos. Se analizará, en primer lugar, la pertinencia de la actual diferenciación entre cuidados y apoyos. En segundo lugar, se tratarán las contribuciones de la asistencia personal en el marco de un enfoque de atención que pretende el desarrollo de la autonomía y la autodeterminación de las personas. Por último, se considerarán las repercusiones de la personalización en el acceso y la contratación de servicios, incluyendo los obtenidos a través de prestaciones económicas.

Palabras clave:

Dependencia, personas mayores, autonomía personal, atención individualizada, servicios de apoyo, asistente personal, perfiles profesionales.

¹ Este artículo tiene carácter propositivo y expresa un posicionamiento en los debates actuales sobre el cambio de modelos de cuidados, por lo que las autorías tienen un mismo valor, que expresamos situándolas en orden alfabético.

² Investigadora del proyecto "El modelo de cuidados de larga duración en transición: el impacto de la COVID-19 en la organización familiar de los cuidados" (proyecto coordinado de I+D+I, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación. Ref: PID2020-114887RB-C31. Investigadoras principales: Montserrat Soronellas y Yolanda Bodoque).

1. Introducción

La tragedia vivida a raíz de la COVID-19 afloró múltiples carencias del sistema de cuidados de larga duración español que, aunque estaban detectadas desde hace años, se evidenciaron con una contundencia irrefutable en la gestión de esta crisis sanitaria. En este contexto, se ha generado un consenso explícito sobre la necesidad de dejar atrás modelos institucionales que todavía persisten (Goffman, 1970) y avanzar hacia un enfoque centrado en las personas, que deberían constituirse como un eje troncal de las políticas de apoyos y cuidados de larga duración del Estado español en los próximos años (Sancho Castiello y Martínez Rodríguez, 2021).

Desde esta perspectiva, se trataría de devolver el peso de los apoyos y los cuidados al entorno domiciliario y comunitario en coherencia con los deseos expresados desde hace décadas por la ciudadanía. En este contexto, se está elaborando una estrategia de desinstitucionalización³ que permita reconvertir nuestros centros residenciales en entornos pequeños y hogareños organizados en diferentes modalidades que giren en torno al concepto de "vivienda", con cuidados y apoyos integrados en esta a través de la reorganización en unidades de convivencia (Díaz-Veiga y Sancho, 2022) o creando viviendas para toda la vida con servicios procedentes del entorno comunitario.

Por otro lado, el paradigma de la personalización se identifica como concepto central del modelo que actualmente se está construyendo. Su desarrollo lleva consigo, entre otras consecuencias, la apertura de una reflexión en profundidad sobre las diferentes respuestas que se están ofreciendo a las personas en situación de dependencia:

- En primer lugar, la tradicional diferenciación entre, por una parte, los "apoyos" destinados a las personas en situación de diversidad funcional y, por otra, los "cuidados" focalizados en las personas en situación de dependencia empieza a diluirse cuando aplicamos los enfoques de la personalización. Ambos grupos de población desean recibir apoyos o cuidados desde sus preferencias, decidiendo cómo y quién realiza el apoyo y el cuidado en respuesta a sus necesidades y características personales. Todo ello conlleva repercusiones en los perfiles profesionales tradicionales que se ocupan de ofrecer atención a las personas en el desarrollo de su vida cotidiana.
- En segundo lugar, dimensiones como la elección, la flexibilidad, la autonomía y la autodeterminación aparecen con fuerza en estos nuevos escenarios y evidencian dificultades de encaje en un modelo de responsabilidad pública dominado por las lógicas administrativas y burocráticas, que deben combinar actuaciones garantistas con la rapidez

y la flexibilidad en la toma de decisiones que se requieren para que las personas sean las protagonistas de estas.

- Por último, surge con fuerza la importancia creciente de tendencias hacia los presupuestos personales y otras modalidades de pago directo que, en principio, facilitan el ejercicio de la capacidad de elección y una mayor flexibilidad, pudiéndose combinar diferentes servicios con más agilidad con base en la evolución de las necesidades y los entornos en los que surgen.

En este artículo se ofrecen algunas reflexiones en relación con estas cuestiones. Se analizará, en primer lugar, la pertinencia, en el marco de la personalización, de la actual diferenciación entre cuidados y apoyos. En segundo lugar, se tratarán las contribuciones de la asistencia personal en el marco de un enfoque de atención que pretende el desarrollo de la autonomía y la autodeterminación de las personas. Por último, se considerarán las repercusiones de la personalización en el acceso y la contratación de servicios, incluyendo los obtenidos a través de prestaciones económicas.

2. Dilemas en torno a los apoyos y los cuidados en el contexto de un modelo basado en la personalización

En el contexto actual, surge el dilema sobre la funcionalidad de la actual diferenciación entre apoyos y cuidados, ya que un análisis detallado de su aplicación práctica en el marco de la personalización minimiza las diferencias entre ambos conceptos.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (en adelante, LAPAD) no define el concepto de "cuidado" en sí mismo, pero sí hace una distinción entre cuidados no profesionales y cuidados profesionales, que en ambos casos se vinculan a las situaciones de dependencia. Mientras que los cuidados solventan las actividades básicas de la vida diaria a fin de permitir a la persona "desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia" (art. 2.3.), la asistencia personal se dirige a "fomentar su vida independiente promoviendo y fomentando su autonomía personal"; en tal caso no aparece la palabra "cuidados", sino que se trataría de dar apoyos. La diferencia entre cuidados y apoyos es muy sutil, como también lo es la distinción entre dependencia y discapacidad, y parece que es la edad la que acaba siendo un factor decisivo en su distinción. La LAPAD aplica en la práctica esta distinción por edad, pues indica que la asistencia personal ha de facilitar el acceso a la educación y al trabajo (art. 19). Así, la dependencia se asocia principalmente con las personas mayores y la discapacidad, con quienes han de estudiar y trabajar. Según esta distinción, se diferencian en la ley las prestaciones y los servicios para cada colectivo.

Afortunadamente, el anteproyecto de ley para la reforma de la LAPAD (todavía no aprobado por el

³ <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es>

Consejo de Ministros) elimina el criterio de la edad. Modifica, por una parte, el artículo 5 para que las personas en situación de dependencia puedan recibir el servicio de asistencia personal y añade un nuevo artículo (21 ter) que reformula la asistencia personal para que se puedan prestar apoyos también a personas con distintos grados de dependencia y de todas las edades. También se amplía su finalidad para que "permita a la persona desarrollar su proyecto de vida de acuerdo con sus necesidades y preferencias". Finalmente, lo que resulta decisivo para acceder a la asistencia personal es tener un "proyecto de vida". Y esto, evidentemente, no depende de la edad.

Partimos del reconocimiento de que la asistencia personal no tiene como misión principal "hacer", sino "apoyar" que la persona con diversidad funcional (o en situación de dependencia) haga y dirija el proceso de apoyo (¿cuidado?), directamente condicionado por su situación y su necesaria autonomía. Por lo tanto, sus funciones son diversas, versátiles y adaptadas a cualquier ámbito de vida de la persona a la que apoya.

En definitiva, este profesional no toma las decisiones, sino que es la persona que recibe la asistencia quien decide en todo momento. Las tareas vendrán definidas por las diferencias funcionales y por las preferencias que tenga la persona que utilice la asistencia personal profesional, que hace posible que la persona con discapacidad o en situación de dependencia se sienta libre. Si la persona no puede, el asistente será el ejecutor, con el consentimiento y las indicaciones de la persona usuaria u otra autorizada, del desarrollo de la actividad.

La realidad es que el planteamiento de apoyos concretados en la figura profesional de la asistencia personal y destinados primordialmente a la integración de personas con diversidad funcional en el mundo educativo y laboral se ha visto desbordado por un amplio conjunto de necesidades que hay que apoyar de manera integrada, siempre adaptadas a la voluntad de las personas con discapacidad o dependencia. Así, desde la Federación de Vida Independiente, se han categorizado con detalle las tareas habituales para las que se requiere el apoyo del asistente personal en ocho áreas de actuación (Rodríguez-Picavea, 2007):

- Tareas personales: área en la que se engloban todas aquellas tareas relacionadas directamente con la persona, como las derivadas de la atención a su aseo, el vestido, la alimentación, la preparación y toma de medicación, acostarse y levantarse de la cama, la ayuda en las necesidades fisiológicas, atender el teléfono, tomar notas, pasar páginas, etc.
- Tareas del hogar: donde se incluyen las que se realizan dentro de la vivienda, vinculadas a la limpieza, el orden, la preparación de comida, la atención a animales o plantas, etc.
- Tareas de acompañamiento: las relacionadas con acompañar a la persona con diversidad funcional

en los entornos en los que lo precise. Se incluye el acompañamiento en casa y fuera de ella en todo tipo de actividades (laborales, de ocio, de gestión de asuntos propios, etc.).

- Tareas de conducción: tareas que se dan cuando, además de acompañar, el asistente tiene que conducir un vehículo para que la persona con diversidad funcional pueda desplazarse a realizar cualquier tipo de actividad que lo precise.
- Tareas de comunicación: se incluye desde la interpretación en lengua de signos hasta diferentes sistemas alternativos de comunicación que la persona con diversidad funcional pueda requerir.
- Tareas de coordinación: se contempla la planificación del día a día y la ayuda en la toma de decisiones, siempre en los términos marcados por la persona con diversidad funcional y la figura de apoyo en ese ámbito, si es preciso.
- Tareas excepcionales: en esta categoría se engloban todas aquellas tareas que pueden venir provocadas por una situación imprevista o una crisis física o psíquica de la persona con diversidad funcional. En este caso, se señala que siempre se tendrá que actuar con base en un protocolo previamente establecido por la propia persona con diversidad funcional.
- Tareas especiales: las referidas a actividades que implican el acompañamiento o la ayuda en la preparación de las relaciones sexuales.

Como se dan estas necesidades, el anteproyecto de ley amplía los supuestos para la asistencia personal. Con ello, el dilema de dónde acaban los apoyos y empiezan los cuidados (o a la inversa) resulta irrelevante, ya que, además, nos encontramos con situaciones que contribuyen a minimizar esta diferencia también: personas con discapacidad que llegan a mayores o personas que entran en la discapacidad en el proceso de envejecimiento. Y no dudamos de que en todos los casos sigue habiendo proyectos de vida y de que el derecho a la autonomía no caduca con la edad. Por ello, parece que el modelo de cuidados que se quiere impulsar, basado en la atención personalizada, podría tener la asistencia personal como eje central.

3. La asistencia personal como eje central de la red de apoyos

El movimiento de vida independiente considera que la asistencia personal constituye un apoyo humano esencial para desarrollar la autonomía y la autodeterminación de las personas con discapacidad, ofreciéndoles una oportunidad para su empoderamiento y su inclusión social. La asistencia personal se considera una herramienta básica para que las personas con diversidad funcional y en situación de dependencia desarrollen, en igualdad de condiciones con respecto al resto de la población, una vida independiente y de calidad (Rodríguez-Picavea, 2007; Young, 2003). De hecho, es considerada como

un derecho humano tanto por el movimiento de vida independiente como por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2006). A pesar de estar fuertemente apoyada y promovida desde el movimiento asociativo y académico, su desarrollo es todavía limitado incluso en países donde este movimiento tiene fuerte arraigo, como Estados Unidos. En Europa, Suecia es el país referente tanto en sus planteamientos como en sus avances en el ámbito de la vida independiente y la asistencia personal.

Recientemente, la European Network on Independent Living (ENIL)⁴ ha realizado una encuesta en veintidós países europeos a personas con discapacidad para identificar, desde su propia experiencia y evaluación, aspectos que facilitan o dificultan el ejercicio de su capacidad de elección y control de la experiencia cotidiana de la asistencia personal. El trabajo, que se ha realizado utilizando una metodología de investigación emancipatoria (Ratzka, 2004), ha sido dirigido por Teodor Mladenov. Aspectos como la posibilidad de elegir a la persona que realiza la asistencia personal o apelar el resultado de una evaluación son considerados como facilitadores importantes de su vida cotidiana, aunque se evidencia la necesidad de mejorar las metodologías de generación de conocimiento, muy especialmente en lo que respecta al personal con discapacidad intelectual o mental.

Buena muestra de la presión que se ejerce desde la ENIL es la afirmación de Mladenov (2020: 10-11) en cuanto a la defensa de la asistencia personal:

En la política sobre discapacidad, el enfoque basado en los derechos debe priorizarse sobre el basado en las necesidades porque el cambio de necesidades a derechos significa la transición de la caridad al derecho, de la pasividad a la actividad y de la dominación profesional a la autodeterminación de las personas discapacitadas.

En España, la asistencia personal forma parte del conjunto de prestaciones de la LAPAD, considerada como prestación económica y dirigida sobre todo a promover la incorporación de las personas con discapacidad al mundo educativo y al empleo, excluyendo inicialmente (aunque no de manera explícita) a las personas mayores.

Como se ha señalado, son condiciones que actualmente están en revisión desde una mirada mucho más abierta y esperamos que se reflejen

en una modificación del catálogo de servicios y prestaciones de la LAPAD. En todo caso, su grado de desarrollo es todavía escaso, excepto en el País Vasco (y, más concretamente, en Gipuzkoa), donde se ha utilizado de forma diferente, dirigida a personas mayores en situación de dependencia grave (niveles 2 o 3 de la ley) que viven en su entorno habitual. Como se explica posteriormente, su aceptación ha sido extraordinaria, fundamentalmente por ofrecer un número de horas (hasta una jornada laboral completa) muy superior al de los servicios domiciliarios tradicionales, facilitando así la conciliación laboral a las personas cuidadoras familiares. Castilla y León está en un proceso similar y otras comunidades autónomas lo valoran con mucho interés ante las limitaciones que el servicio de atención domiciliaria (SAD) presenta para hacer frente a la gran complejidad, intensidad y duración que las situaciones de dependencia generan.

Estas experiencias han recibido críticas por parte del movimiento de vida independiente en el sentido de que tienden a convertirse en un servicio domiciliario de cuidados tradicional y no tanto de apoyo a la autonomía y la libertad de las personas, como han sido concebidas. En este contexto, es obvio que aparece el escasísimo desarrollo del enfoque centrado en las personas que existe en los servicios domiciliarios. En definitiva, la crítica se centra en el "cómo se hace", no tanto en el "qué".

Si nos acercamos someramente al amplísimo mundo de los cuidados, siempre desde el enfoque de la atención centrada en la persona, nos encontramos con una foto similar a la descrita. Los cuidados son aquellas actividades que permiten mantener el bienestar físico y emocional de la persona, y cuidar es trabajo, se haga de forma remunerada o no, como reconoce la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019). Los cuidados abarcan tres dimensiones: el cuidado directo, destinado al mantenimiento de la vida diaria (comer, vestirse, alimentarse); las actividades domésticas, que son precondition de cuidado directo (provisión de alimentos, cocinar, limpieza); y la gestión material y emocional de los recursos necesarios.

Los SAD previstos por la LAPAD están orientados a cubrir justamente las dos primeras dimensiones que antes apuntábamos: la atención personal y las necesidades domésticas o del hogar, que pueden proporcionarse de forma conjunta o por separado según las comunidades autónomas. Los cuidados y los apoyos que se ofrecen en estos servicios no son suficientes para conseguir los objetivos de la consecución de la autonomía y la independencia de la persona atendida por distintas razones, básicamente relacionadas con el limitado número de horas que se pueden proporcionar y por la rígida asignación de estas horas según el grado de dependencia. En definitiva, insuficiencia y falta de flexibilidad para adaptarse a las necesidades reales de las personas. Además, no hay una posibilidad de elección por parte de la persona usuaria. Volveremos sobre esto más adelante.

⁴ La European Network on Independent Living o Red Europea de Vida Independiente de Personas con Discapacidad está formada tanto por asociaciones del movimiento de vida independiente como por personas activistas y aliados a nivel europeo que defienden el derecho a vivir de manera independiente. La ENIL apoya una visión de la discapacidad basada en los derechos humanos y la inclusión social, la solidaridad, el apoyo entre iguales, la desinstitucionalización, la democracia, la autorrepresentación y la autodeterminación de los distintos grupos de personas con discapacidad. Para más información, se puede consultar su página web: <https://enil.eu>

Según una investigación realizada recientemente (Comas d'Argemir y Bofill-Poch, 2022), tanto las trabajadoras y las gestoras del SAD como las personas usuarias y los familiares consideran que el SAD debería reformularse para poder proporcionar una atención más completa, tener mayor disponibilidad de tiempo para el seguimiento de los casos y adaptar las horas y los ritmos de atención a las necesidades de las personas. Se trata, en definitiva, de flexibilizar el servicio y personalizar más la atención. Iniciativas como las del Ayuntamiento de Barcelona para concentrar los servicios en unas áreas compactadas y bien definidas (las llamadas "supermanzanas sociales") se basan en esta idea, que se concreta en la proximidad física de las personas usuarias atendidas por un equipo de profesionales de referencia, la personalización del servicio y la proximidad de otros recursos comunitarios, así como en la autogestión de los equipos, que pueden adaptar su actividad según las necesidades de las personas atendidas y no según lógicas burocráticas (Moreno, 2021).

Planteado en estos términos, el trabajo del SAD no se diferenciaría tanto del que proporciona la asistencia personal. Además de la similitud entre las tareas que se realizan en ambos casos, la centralidad de la persona en la toma de decisiones desde el enfoque de la personalización es total, por lo que resulta difícil diferenciar los conceptos de "apoyos" y "cuidados" e identificar una identidad diferente.

4. Hacia una integración de los perfiles laborales

En la situación actual, hay tres perfiles profesionales relacionados con los apoyos y los cuidados que se proporcionan en los domicilios. Dos los hemos comentado ya: asistentes personales y trabajadoras/es de los SAD. El tercero —conocido como sector de empleo de hogar y cuidados— es el de las personas empleadas directamente en los hogares para cuidar, una opción que las familias se ven obligadas a elegir por la insuficiencia de los recursos públicos y ante el deseo de que la persona que necesita apoyos y cuidados pueda permanecer en su hogar el máximo tiempo posible. Es el grupo más numeroso de los tres, con fuerte presencia de personas migrantes, procedentes sobre todo de América Latina, factor muy positivo para las relaciones de cuidado e interdependencia que se generan en este proceso. La necesidad de este tipo de trabajadoras ha favorecido la irrupción de plataformas digitales como intermediarias, que precarizan más un empleo que ya es precario (Galí Magallón, 2022).

Nuestra propuesta es integrar estos tres perfiles en uno solo, bajo la figura de la asistencia personal, para que las personas puedan recibir apoyos y cuidados en su domicilio y evitar la institucionalización en las residencias. Se trataría de que haya un único perfil profesional con independencia de si la persona usuaria accede a través de una prestación o de servicios provistos o contratados por la Administración.

Para ello, sería necesaria una implicación pública que asegurara unos apoyos y cuidados de calidad, suficientes y adaptados a las necesidades de la persona, que permitiera que los familiares no se vieran perjudicados en sus actividades laborales y sociales, que se basara en el respeto a la singularidad de la persona cuidada y que suministrase acompañamiento y apoyo en sus actividades. Lógicamente, esto implica pensar en una organización diferente y en una financiación diferente también.

Estos tres perfiles se corresponden con formaciones muy diversas que no podemos especificar aquí. Pero sí queremos hacer referencia al hecho de que no hay acuerdo respecto a la formación de la asistencia personal. Cuando se ha intentado establecer regulaciones al respecto, las organizaciones de las personas con diversidad funcional se han situado en contra al considerarlas una amenaza para el derecho a elegir a la persona que ha de dar apoyos y defender que las personas usuarias son quienes han de formar a sus asistentes personales para asegurar la personalización de la atención. Así, cuando en una resolución de 2015 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad se especificó por primera vez la exigencia de cualificación profesional de los asistentes personales, que deberían acordar el Consejo Territorial de Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, la Federación Vida Independiente (FEVI) publicó un manifiesto en contra de esta exigencia. El consejo debatió sobre la definición, el objeto, los requisitos y la formación de la asistencia personal en octubre de 2019, pero no se llegó a ningún acuerdo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Imserso], 2019).

La formación es, pues, una cuestión importante que resolver. ¿Sería posible identificar las competencias y habilidades comunes que requieren estos perfiles profesionales y desarrollar un currículo básico diseñado con las personas perceptoras de estos apoyos y cuidados? El manual de formación de la Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF) (2019) incluye aspectos tales como la vida independiente, la figura del asistente personal, productos y herramientas de apoyo, la interacción social, la relación profesional, aspectos jurídicos y éticos y primeros auxilios. Estos contenidos difieren sustancialmente de los que se imparten en el ciclo de atención sociosanitaria a personas en el domicilio (Instituto Nacional de las Cualificaciones, s. f.), que incluyen higiene y atención sanitaria, apoyo y alimentación familiar, y atención y apoyo psicosocial (Báñez y Comas d'Argemir, 2021). ¿Se podría partir de estos principios, indicados por la PREDIF y asumidos por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), para suministrar una formación asentada no solo en las competencias técnicas, sino también en las competencias relacionales, que asegure la atención personalizada?

Otro tema sustancial que resolver es el de las condiciones laborales. En el caso de la asistencia

personal, ninguna de las diversas posibilidades para articular la relación entre la persona que necesita apoyos y el o la asistente personal que ofrece la legislación española actual resulta plenamente satisfactoria, dada la existencia de tensiones entre el derecho a decidir de las personas usuarias y los derechos laborales de los asistentes personales y de una financiación que no permite asumir ciertos gastos, como la sustitución de las bajas por enfermedad de los asistentes personales o las indemnizaciones por finalización del contrato en el caso de pérdida de confianza por parte de la persona usuaria.

También las trabajadoras del sector de empleo del hogar y cuidados han de mejorar sus condiciones laborales. A pesar de que España se ha adherido al Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos (OIT, 2011), lo que permitirá acceder al subsidio de desempleo, mantener a estas trabajadoras en el sistema especial para empleadas del hogar (aunque este se incluya en el régimen general) supone una discriminación laboral no comprensible en estos momentos. Avanzar en la integración de las empleadas del hogar en el régimen general, sin distinciones "especiales", es fundamental.

Nos referiremos, por último, a las trabajadoras/es de los SAD, que tienen unos horarios fragmentados y, en ocasiones, tareas demasiado "protocolizadas" y, por lo tanto, excluyentes de otras, a lo que se ha de añadir el tiempo de recorrido de unos domicilios a otros, lo que dificulta que puedan tener contratos a tiempo completo. Se ponen así de manifiesto tanto la precariedad laboral como los obstáculos para poder atender a las personas de acuerdo con sus necesidades.

Haría falta, pues, una regulación laboral que permitiera también la integración de estos perfiles profesionales. Los asistentes personales, los auxiliares de asistencia domiciliaria y las empleadas del hogar han de tener unos mismos derechos y unas vías de profesionalización equivalentes. Las condiciones de trabajo y unos salarios mejores, acompañados de una formación adecuada, repercuten favorablemente en la calidad de los cuidados. También es importante promover el desarrollo profesional, pues las situaciones que requieren apoyos y cuidados son cada vez más complejas, y se requiere que quienes cuidan tengan aptitudes tanto para el trato interpersonal como en competencias digitales y tengan también conocimientos especializados. Todos estos elementos pueden contribuir a que trabajar en el sector sea algo atractivo, también para los hombres (hoy minoritarios), y a evitar las persistentes fugas de las trabajadoras/es hacia otros sectores. Todas estas dimensiones forman parte de las recomendaciones emanadas desde la OIT (2019).

Hay que tener en cuenta que la economía del cuidado es una de las principales fuentes de crecimiento del empleo. El sector laboral asociado a los cuidados es imprescindible y crecerá. Desde el Inmsero, se calcula que en España se requerirán 220 000 empleos más en

los próximos diez años. Es importante que haya unas condiciones de trabajo dignas, una mayor formación y profesionalización.

5. ¿Quién contrata los servicios? Autodeterminación, elección y acceso a los servicios mediante prestaciones económicas

5.1. Sobre la libre elección en distintos sistemas de cuidados

Una parte de las cuestiones que se han planteado en los apartados precedentes tienen que ver con la forma en la que se produce la contratación de los servicios profesionales de cuidado y apoyo en España, especialmente de los que se prestan en el ámbito domiciliario⁵. Con relación a esta cuestión, cabe destacar, en primer lugar, que la personalización de los cuidados —y la propia naturaleza de las necesidades a las que se da respuesta en el marco del sistema de atención a la dependencia— requiere del mayor grado posible de flexibilidad. También debe recordarse que la personalización implica la autodeterminación, la autonomía y el control de las personas usuarias: capacidad de elección, en suma. No hay espacio en este artículo para repasar los riesgos que la lógica de la libre elección tiene en otros ámbitos de las políticas sociales, como la educación o la sanidad. Es, sin duda, un arma de doble filo. Pero es necesario insistir en que, en el ámbito de los cuidados, la elección constituye un elemento básico de la personalización.

Reforzar la capacidad de elección de las personas usuarias implica construir un modelo en el que las personas puedan elegir con garantías. En el ámbito de los cuidados, la elección se refiere fundamentalmente —aunque no exclusivamente— al tipo de servicio que se quiere recibir, pero también a la persona o la entidad que ha de ofrecer ese servicio y a las condiciones en las que debe prestarse. Si las reformas realizadas en los países de nuestro entorno en relación con la configuración de los sistemas de atención a la dependencia tienen un hilo conductor directamente vinculado a la personalización, ese es el de la libre elección.

Esta idea de la libre elección se materializa, en general, mediante la extensión del uso de prestaciones económicas para acceder a los servicios de cuidado⁶. En efecto, la posibilidad de acceder a una

⁵ Si bien esta cuestión afecta también a los servicios residenciales, es en la prestación de servicios a las personas que residen en su domicilio donde los dilemas, las complejidades y las posibilidades de avance son mayores.

⁶ Es importante señalar que, aunque existen diferencias entre los diversos países, estas prestaciones se usan en general para facilitar el acceso a servicios profesionales. Aunque no se prohíbe, la cobertura de los cuidados familiares mediante estas prestaciones se plantea con restricciones importantes en la mayor parte de los países de nuestro entorno, salvo en los mediterráneos. España es

cuantía económica para la adquisición de cuidados personales es una de las principales vías por las que se ha tratado de dar a la persona usuaria un mayor control sobre el tipo de atención que recibe y la manera de organizar los cuidados que se le prestan. Se trata de ofrecerle la posibilidad de sustituir la atención diseñada, organizada y prestada —directa o indirectamente— desde los servicios sociales públicos por la atención diseñada, organizada y contratada por la propia persona usuaria, dotándola para ello de medios económicos que puede utilizar para contratar los apoyos requeridos, prestados por las entidades o los cuidadores de su elección. Para hacerlo, los sistemas vigentes optan unas veces por utilizar prestaciones económicas en sentido estricto, es decir, cuantías concedidas en metálico a la persona beneficiaria, y otras veces por utilizar una asignación económica individual consistente en poner a disposición de la persona usuaria un presupuesto o fondo personal o individual expresado en horas de apoyo o en cuantía económica (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2012).

Por diversas razones⁷, el acceso a los servicios de cuidado mediante prestaciones económicas ha ido ganando protagonismo en Europa. Cabe recordar al respecto algunas experiencias de interés tanto desde el punto de vista de su volumen o magnitud como desde el punto de vista de sus potencialidades:

- En Francia, el acceso a los servicios —tanto residenciales como domiciliarios y tanto para las personas adultas con discapacidad como para las personas mayores dependientes— se realiza mediante prestaciones económicas. En el caso de las personas mayores, la *allocation personnalisée d'autonomie* puede utilizarse para acceder a un centro residencial —ya sea público o privado— o para acceder a un servicio de atención a domicilio, que también puede ser público o privado⁸.
- En el caso del seguro de dependencia alemán, tanto el acceso a los centros residenciales como el acceso a las diversas fórmulas de apoyo en el

domicilio se realizan mediante una prestación económica que varía en función del servicio elegido y del grado de dependencia de la persona usuaria. Las personas que no desean acceder a un centro residencial pueden optar entre la prestación para cuidados no profesionales (*pflegegeld*, similar a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar —PECEF— española) o la prestación económica para la atención en el domicilio por cuidadores profesionales (*pflegesachleistung*, equiparable a la prestación vinculada a servicios en España, aunque solo se puede destinar a servicios de atención domiciliaria, centros de día y de noche, estancias de respiro, ayudas técnicas, etc.). La prestación para el acceso a los cuidados profesionales a domicilio es, para cualquiera de los niveles de dependencia, muy superior a la prestación económica para la atención por parte de cuidadores no profesionales y muy similar a la prestación que se concede para el acceso a los servicios residenciales (en 2020 oscilaba, en función del grado de dependencia, entre 689 y 1995 euros mensuales).

- En Suecia, los municipios son responsables de la prestación del conjunto de los servicios a las personas mayores dependientes, incluyendo tanto los servicios domiciliarios como los servicios residenciales. En el caso de que se opte por la asistencia domiciliaria, una vez establecido el número de horas y las tareas que realizar, las personas usuarias tienen la posibilidad de seleccionar la empresa o entidad que prestará el servicio. El sistema de libertad de elección significa que el individuo tiene la oportunidad de elegir un proveedor de un determinado servicio entre los proveedores que han sido aprobados y con los que la autoridad local contratante ha firmado un contrato. Estas entidades proveedoras pueden ser bien de titularidad pública, bien de titularidad privada, con o sin fin de lucro.

Junto con estos modelos, es también necesario hacer referencia a los sistemas de presupuestos personales o pagos directos establecidos en muy diversos países. Sin entrar en detalles, la particularidad de estos presupuestos radica, fundamentalmente, en que se asigna a cada persona usuaria una cantidad o fondo económico determinado que la persona usuaria, con el asesoramiento de un gestor/a de casos, destina a los servicios y proveedores que estima convenientes, en el marco del catálogo de servicios y apoyos que pueden ser financiados mediante esta vía. Este perfil profesional adquiere mucha relevancia en países como el nuestro, con escasa experiencia en promover la capacidad de elección y, sobre todo, con un sector de proveedores de servicios poco transparente.

En el marco español, la mayor parte de los municipios y las comunidades autónomas del Estado español apuestan por una vía diferente de las anteriores en la que la libre elección de las personas usuarias apenas se tiene en cuenta y en la que la competencia entre las empresas proveedoras se da en el ámbito de la contratación pública del servicio. Las

Italia son, en efecto, países en los que las prestaciones económicas han sido utilizadas para apuntalar el cuidado familiar y no para condicionar un mercado de cuidados profesionales de calidad.

⁷ Por una parte, como se ha señalado, debido a la propia lógica de la personalización, es decir, a la necesidad de fomentar la elección, la autodeterminación, la autonomía y la capacidad de control de las personas usuarias. Por otra parte, debido a la extensión de lógicas mercantiles basadas en la idea de que la calidad de los servicios puede mejorarse mediante la promoción de la competencia entre las entidades proveedoras de servicios y la restricción de las barreras de acceso a nuevos proveedores.

⁸ La cantidad percibida se modula en función del grado de dependencia y los recursos económicos de la persona, de modo que la aportación de la persona usuaria oscila entre el 0 % —en el caso de contar con ingresos inferiores a 803 euros mensuales— y el 90 % —para personas con una renta mensual superior a 2995 euros— del coste total del paquete. Las personas con ingresos entre 803 y 2995 euros abonarán una parte que oscila entre el 0 % y el 90 % del coste del paquete de servicios. Es importante señalar que el coste del paquete se refiere al coste del paquete subvencionado a partir de la tarifa fijada por el departamento. De esta forma, es la Administración —y no el proveedor privado— la que establece el coste del servicio al que se accede mediante la prestación.

Administraciones son las que asignan el servicio y se responsabilizan de su contratación —con la flexibilidad que permite el actual marco de contratación pública—, y, tanto en el ámbito residencial como en el comunitario, las posibilidades de elección por parte de la persona usuaria son escasas.

Cabe señalar, sin embargo, algunas excepciones a esta regla en lo que se refiere a los apoyos a las personas en el domicilio:

- Como se ha indicado previamente, el modelo de prestación económica de asistencia personal (PEAP) —particularmente implantado en Gipuzkoa— se asemeja en gran medida a los modelos de prestaciones ya señalados en la medida en que es la persona usuaria la que, mediante la prestación económica recibida, elige al proveedor/a del servicio y realiza la contratación. En Gipuzkoa, el número de personas mayores de 65 años receptoras de la PEAP ascendía, en 2022, a 5463, lo que supone una cobertura del 3,26 % de la población de esa edad, frente a una cobertura del SAD del 2,13 % y una cobertura de la PECEF del 3,03 %. A esas casi 5500 personas mayores de 65 años se suman cerca de 500 personas usuarias de la PEAP menores de esa edad. La cuantía de la prestación oscila actualmente en Gipuzkoa entre 316 y 876 euros en función del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria. La PEAP es compatible con el servicio de asistencia domiciliaria y el de atención diurna, si bien la cuantía de la prestación se reduce en esos casos entre un 20 % y un 60 %.

La puesta en marcha de la PEAP ha traído consigo una reducción clara del número de personas usuarias de la PECEF y su percepción se asocia a un mayor retraso en la institucionalización de las personas usuarias en la medida en que las personas que acceden a esta prestación acceden a una edad más avanzada —en relación con quienes acceden al SAD o a la PECEF, por ejemplo— a un centro residencial.

- En el caso de Navarra, existen las denominadas ayudas económicas para la contratación de un cuidador profesional. Se trata de una ayuda económica para la contratación de un cuidador/a profesional o una empresa de servicios para personas dependientes a cargo de sus familias. Tras incrementarse un 20 % en julio de 2020, la cuantía de la ayuda oscila entre los 172,8 y los 943,2 euros mensuales. Para su concesión, se exige que la persona dependiente reciba ochenta o más horas mensuales de atención en el caso de las personas que tengan reconocido un grado de gran dependencia y dependencia severa y sesenta o más horas mensuales para las que tengan reconocido un grado de dependencia moderada. Son necesarios, además, otros requisitos, como un contrato de trabajo o mercantil, el alta en la seguridad social, la cualificación profesional de la persona cuidadora, etc.

- Cada vez más comunidades autónomas están destinando la prestación económica vinculada al servicio (PEVS) a la cobertura de los servicios domiciliarios. De hecho, según los datos del Imserso, en 2023 casi un tercio de las casi 200 000 PEVS concedidas en el Estado se vinculan a un servicio de asistencia domiciliaria, correspondiendo el resto, básicamente, a las prestaciones vinculadas a servicios residenciales y a los de atención diurna. Estas más de 63 000 prestaciones económicas vinculadas al SAD representan, en total, el 3,5 % de todas las prestaciones en vigor en diciembre de 2020 en el marco del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Si a las prestaciones para el acceso al SAD se suman las prestaciones vinculadas al SAD, estas últimas representan ya el 16 % de todas las prestaciones de atención en el domicilio, con un crecimiento importante durante los últimos años⁹.

En cualquier caso, es en el ámbito residencial donde, en España, la prestación vinculada al servicio ha tenido un mayor desarrollo, con más de 84 000 personas usuarias (el 44 % de todas las PEVS y casi un tercio de todas las prestaciones de atención residencial, incluyendo las financiadas vía PEVS). Su escasa cuantía —especialmente con relación al coste real de los servicios residenciales privados¹⁰— y el hecho de que no se vincule, como en otros países, al establecimiento de tarifas máximas convierten, en cualquier caso, esta prestación en un buen ejemplo de los riesgos que implican este tipo de prestaciones cuando no se diseñan de forma adecuada.

5.2. Los riesgos de la libertad de elección

En el contexto internacional, ¿qué impacto han tenido estos modelos? El debate sobre las ventajas y los inconvenientes del acceso a los servicios de atención a la dependencia mediante el recurso a prestaciones económicas es amplísimo, y sería muy difícil resumirlo en este artículo. Sí cabe señalar, en cualquier caso, que no pueden extraerse conclusiones generalizables de ese debate y que la validez de estas fórmulas se relaciona básicamente con la forma concreta en la que se diseñan y se aplican. En ese sentido, cabe destacar que, si en algunos casos —el británico o el sueco, por ejemplo— la literatura académica disponible parece poner de manifiesto resultados escasamente positivos y se trata, por tanto, en cierto modo, de fórmulas “bajo sospecha”, en otros casos —el francés o el alemán— no parece que la opción de las prestaciones económicas haya sido particularmente cuestionada, al menos en la literatura académica especializada.

⁹ Según los datos del Imserso, la cuantía media de estas prestaciones en España es de 226 euros mensuales para personas de grado I, 353 para personas de grado II y 574 para personas de grado III.

¹⁰ Según los datos del Imserso, la cuantía media de estas prestaciones en España es de 448 euros mensuales para personas de grado I, 451 para personas de grado II y 562 para personas de grado III.

Se repasan a continuación los resultados de algunas de las evaluaciones publicadas sobre el impacto de estos modelos, especialmente en lo que se refiere a las prestaciones orientadas a la adquisición de servicios de atención en el domicilio¹¹.

El caso sueco es, sin duda, uno de los que ha recibido una mayor atención desde el punto de vista de la evaluación: los análisis realizados en ese país parecen indicar que la adopción de estos modelos no permite realmente mejorar la capacidad de elección de las personas usuarias, aunque sí ha generado mejoras, por ejemplo, en lo que se refiere a una mayor diversidad de entidades proveedoras (Vamstad, 2016). La promoción de la libre elección parece haber incrementado además la satisfacción de las personas usuarias con el servicio recibido debido a la mayor diversidad de la oferta (Bergman *et al.*, 2018). Los datos de las evaluaciones realizadas también apuntan, sin embargo, a la aparición, tras la implantación de estos mecanismos de libre elección, de desigualdades en el acceso a los recursos desde el punto de vista económico, recurriendo las personas con más recursos a los servicios privados; las personas con menos recursos, a los públicos; y las personas con mayores necesidades asistenciales, a la combinación de ambos (Puthenparambil *et al.*, 2017).

En todo caso, la mayor parte de las investigaciones realizadas en relación con el caso sueco ponen en cuestión que existan las bases suficientes para un ejercicio real de la libre elección en la medida en que las personas usuarias carecen muchas veces de las opciones para realizar esa opción. La visión simplista de las personas usuarias del SAD como consumidoras bien informadas que aplican una lógica de elección racional es ingenua o, incluso, cínica, señalan Dunér *et al.* (2019): la garantía de una atención verdaderamente individualizada que tenga en cuenta las necesidades y las expectativas de las personas usuarias va mucho más allá de la libre elección.

Tampoco puede hablarse de resultados concluyentes en el caso danés. Los análisis realizados parecen apuntar a que el proceso de mercantilización y de entrada de entidades privadas en el sector se ha materializado en un deterioro de las condiciones laborales del personal, pero no necesariamente en un deterioro de la calidad de la atención. De hecho, la idea de la libre elección parece gozar de amplio apoyo entre la ciudadanía y las personas usuarias del servicio, así como entre los gestores municipales, que han encontrado en esta fórmula mayores posibilidades para la contención del gasto.

Por otro lado, aunque no parece que la competición entre proveedores haya incrementado claramente la satisfacción de las personas usuarias con el servicio, sí parece haber incrementado la capacidad de las entidades proveedoras a la hora de detectar las necesidades, prioridades y expectativas de las personas usuarias. Para Rostgaard (2020), una de las principales expertas danesas en la materia, la cuestión relevante, en cualquier caso, es la de si el deterioro de las condiciones laborales, que se asocia al proceso de mercantilización de la asistencia domiciliaria en Dinamarca, es compatible con los principios del modelo nórdico de servicios sociales públicos y universales. Por una parte, sostiene Rostgaard, el Estado mantiene la responsabilidad sobre los servicios —aunque no los preste directamente— y la universalidad se refuerza mediante una mayor flexibilidad de los servicios y una mayor adaptación a las necesidades de las personas usuarias. Por otra parte, sin embargo, el modelo se basa en el deterioro de las condiciones laborales del personal de las entidades privadas, de forma que, concluye, la mejora de la capacidad de elección de las personas usuarias se alcanza a expensas de las condiciones laborales de los y las trabajadoras.

También en el caso británico el recurso a la denominada personalización ha sido objeto de evaluaciones negativas, en parte debido al riesgo de desresponsabilización pública que implica. En ese sentido, buena parte de las críticas que en el mundo anglosajón se han hecho al impulso de las prestaciones económicas para el acceso a los servicios de atención se relacionan con el riesgo de desresponsabilización institucional que estos sistemas presentan y su efecto en lo que se refiere a la privatización de la atención. En efecto, frente a la asignación directa de servicios por parte de las instituciones o la prestación directa de servicios por parte de la Administración, este enfoque se apoya básicamente en lógicas mercantiles —las personas consumidoras son las que mejor pueden elegir el servicio que requieren— y en fórmulas de cheque servicio que pueden no adaptarse adecuadamente a las necesidades y las posibilidades de determinados perfiles de personas usuarias.

En esa línea, un reciente estudio relativo a los presupuestos personales ingleses (Davey, 2021) hace hincapié en el impacto diferencial de estos modelos en función de las circunstancias individuales de las personas usuarias y de la forma en la que estos modelos se articulan. Más concretamente, los factores que se relacionan con un impacto positivo de estos modelos son la intensidad del apoyo al que se puede acceder con la prestación, los apoyos y las orientaciones recibidos para la contratación del servicio de cuidado y las características personales de la persona usuaria (como la educación). En todo caso, de acuerdo con esta investigación, la existencia de un sistema de apoyo para las personas que acceden a estas prestaciones (en relación con la selección de las personas cuidadoras, las gestiones para la contratación, las incidencias con relación al servicio,

¹¹ A la hora de valorar estos resultados, es preciso tener en cuenta lo que en realidad miden o evalúan. En algunos casos, se evalúa el acceso a un servicio mediante una prestación económica, en lugar de hacerlo mediante la asignación de un servicio contratado por la Administración. En otros casos, el cambio producido se vincula, realmente, a la irrupción de operadores privados en contextos previamente marcados por la provisión pública directa. Ese no es el caso de España, donde la provisión pública directa de los servicios de atención a la dependencia nunca ha sido el modelo prevalente para la prestación de los servicios.

etc.) se configura como un elemento clave a la hora de explicar el éxito o el fracaso de estos modelos. Lo que permite alcanzar resultados positivos, concluye Davey, no es el mero acceso a este tipo de pagos directos, sino la prestación de los apoyos necesarios para una adecuada gestión de esos pagos.

Algunas de las evaluaciones que se han realizado en relación con esta cuestión —y, muy particularmente, en relación con la capacidad real de elección de las personas que acceden a los servicios sociales— ponen de manifiesto que no todas las personas usuarias tienen la información y la orientación necesarias para tomar decisiones suficientemente informadas, que el papel del “empresario” que contrata servicios en el mercado privado no es el que muchas personas con necesidades de cuidados y apoyos quieren o pueden realizar, que la oferta de servicios no es homogénea en el territorio (y, por tanto, no hay en esos casos una verdadera libertad de elección) o que la responsabilidad pública sobre los servicios puede debilitarse si el papel de la Administración se limita a financiar una parte del coste de acceso a los servicios y se renuncia a desarrollar las competencias en materia de regulación, inspección y evaluación que este tipo de modelos requieren¹². La propia idea de “capacidad de elección” es, en sí misma, vaga y equívoca, señalan algunos autores (Fitzgerald Murphy y Kelly, 2019).

Frente a esos riesgos, los países que han avanzado en la lógica de la personalización han actuado de varias formas: por una parte, como en el caso de Escocia, ofreciendo a las personas la libertad de elegir la forma de acceso a los servicios que prefieren (pago directo, asignación de servicios, etc.); por otra, mediante el desarrollo de mecanismos de apoyo y orientación para las personas usuarias, como las oficinas de vida independiente; por último, mediante el desarrollo de mecanismos para la garantía de la calidad, como la acreditación, la inspección o la evaluación de los resultados de las intervenciones.

5.3. La libre elección desde la implicación pública

A partir de esas experiencias, cabe apuntar algunos de los elementos que deben articularse para garantizar que la lógica de la libre elección y el acceso a los servicios mediante prestaciones económicas no se traduzcan, en la práctica, en un retroceso en los derechos de las personas usuarias o la calidad de la atención.

¹² Para algunos autores, este enfoque —englobado en el Reino Unido bajo el paraguas genérico de la personalización— puede asociarse a una forma de consumismo en la que la independencia se confunde con una mínima dependencia respecto de otros y, especialmente, respecto de la acción pública; la elección se limita a la elección de unos servicios y proveedores determinados en un mercado regido por las leyes de la competencia y el control se limita a la gestión de un presupuesto individual para conseguir los servicios necesarios a un precio más barato que el que correspondería a un servicio de gestión pública (O'Rourke, 2016).

- No todas las personas usuarias tienen capacidad o interés en elegir, y las prestaciones económicas no son una solución adecuada para cualquier perfil. La literatura disponible pone claramente de manifiesto que, para determinados perfiles y grupos de población, el acceso a los servicios mediante prestaciones es más complejo e insatisfactorio que acceder a un servicio directamente provisto o contratado por la Administración. El acceso mediante prestaciones no debería, por tanto, convertirse en la única opción y deberían articularse medidas para que las personas pudieran optar entre esta vía o el acceso a servicios de atención directa contratados por la Administración. Esta es, *grosso modo*, la fórmula que se sigue en Escocia con el modelo de apoyo autodirigido (*self-directed care*).
- Estos modelos solo tienen sentido si se ofrecen a las personas potencialmente usuarias los servicios necesarios de orientación, información, supervisión y apoyo, es decir, si se enmarcan en modelos de gestión intensiva de casos. Dejar a las personas solas a expensas de las dinámicas del mercado en el ámbito de los cuidados implica un riesgo evidente de desprotección y va en contra de cualquier idea de personalización.
- Las cuantías establecidas deben ser suficientes para acceder a cuidados de suficiente calidad e intensidad. Más allá de la provisión directa de los servicios, la responsabilidad de las Administraciones radica en garantizar cuantías suficientes para acceder a esos servicios. Deben establecerse, además, teniendo en cuenta en la menor medida posible la renta y, sobre todo, el patrimonio de las personas usuarias. En ese aspecto, la cobertura de los cuidados debe converger con las formas de financiación de la sanidad o la educación, donde, en términos generales, no se tiene en cuenta la capacidad económica de las personas usuarias.
- Como se ha señalado, algunos países imponen a las entidades que se financian mediante estas prestaciones unas tarifas máximas, de forma que las personas que acceden a estos servicios a través de una prestación no pagan un precio de mercado, sino la tarifa negociada entre la Administración y las entidades proveedoras. Se trata de un modelo muy diferente del que existe, por ejemplo, en el caso de las PEVS residenciales de España, en las que se combinan unas cuantías muy bajas con una liberalización total en cuanto al establecimiento de las tarifas que imponen los centros de titularidad privada.
- Impulsar la lógica de la elección implica la necesidad de flexibilizar y diversificar los servicios y productos a los que se puede acceder mediante estas prestaciones, favoreciendo la compatibilidad entre servicios y la máxima flexibilidad a la hora de construir los paquetes de atención (que no se deben limitar necesariamente a una cartera o un catálogo predefinidos). Los ejemplos de Alemania o Francia son, en ese sentido, interesantes.

- Es también importante recordar que, lejos de la idea del cheque servicio, estos modelos no se traducen necesariamente en una transferencia económica real, sino que, en muchos casos, tienen la forma de una "cuenta individual" —que la persona puede complementar con recursos propios— destinada al pago de diversos servicios y apoyos. No se trata necesariamente de abonar una transferencia económica, sino de establecer un límite de recursos económicos que la persona pueda utilizar y definir un plan respecto a los servicios que se pueden financiar dentro de esos límites, favoreciendo la flexibilidad y la diversificación del uso de esos fondos.
- El desarrollo de estas prestaciones ha de ir acompañado de un replanteamiento radical de las funciones de inspección, evaluación y gestión de la calidad que realizan las Administraciones públicas. Esa es una de sus funciones principales y, probablemente, una de las menos atendidas (también, quizá, una de las que menos se les exigen). En todo caso, este replanteamiento es condición *sine qua non* para avanzar en la consolidación de un modelo de atención a la dependencia que descansa en lo que se ha venido a llamar colaboración público-privada. Como ha puesto de manifiesto la última evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero y Marbán, 2022), ni la Administración central ni las Administraciones autonómicas han desarrollado adecuadamente sus funciones en lo que se refiere a los procesos de gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración. Impulsar la lógica de la libertad de elección exige, al mismo tiempo, impulsar la lógica de la inspección y la evaluación tanto en lo que se refiere a la calidad de la atención como en lo que se refiere a las condiciones laborales.
- Finalmente, impulsar la lógica de la libre elección implica también la necesidad de intervenir desde las Administraciones públicas para fomentar la existencia de una oferta de entidades proveedoras sólidas, viables y, al mismo tiempo, con responsabilidad social y enraizadas en el territorio. Si las opciones entre las que las personas pueden elegir se limitan a grandes empresas multinacionales —tanto en el ámbito residencial como en el domiciliario—, la personalización resulta, casi por definición, imposible.

6. Conclusiones

Avanzar en la construcción de ecosistemas de apoyos y cuidados pasa por asumir un proceso de transformación del diseño de los recursos y los servicios de larga duración. La mayoría de ellos se pusieron en marcha hace cincuenta años, cuando el perfil de necesidades, su intensidad, su duración y su complejidad eran muy diferentes. De hecho, la dependencia no estaba presente en la vida de las personas como lo está hoy. Ubicada en el ámbito doméstico, de la intimidad, sustentada por las mujeres de la familia, ni era reconocida ni tenía las

dimensiones que actualmente presenta. El perfil de las personas que requerían estos apoyos también era otro, ajeno a los valores imperantes en este momento, relacionados con principios como la autonomía, la autodeterminación, la flexibilidad o la elección, en definitiva, derechos exigibles cuando se necesitan apoyos.

Esta evolución ha ido acompañada de un desarrollo progresivo del enfoque centrado en las personas, concretado en modelos similares que inciden en la filosofía y también en la práctica de la personalización. Desde este enfoque se evidencia un claro encuentro entre perfiles y prácticas profesionales para dar respuesta a las necesidades, los deseos y las preferencias que las personas requieren.

En este proceso se han desarrollado diferentes perfiles profesionales que afrontan los apoyos y los cuidados de las personas con criterios de diferenciación o exclusión basados en la edad y, en ocasiones, en las categorías de diversidad funcional o dependencia, pero sobre todo en el distinto marco conceptual desarrollado por el mundo de la discapacidad —basado en derechos y ratificado en su convención— y el de la vejez, mucho más deficitario y asistencialista. Sin embargo, el análisis de su realidad actual evidencia una similitud clara en las aspiraciones de unos y otros perfiles, que se integran en el marco conceptual de la personalización: atenciones, apoyos y cuidados muy diversos, pero siempre presididos por el principio de autonomía y la clara capacidad de elección de las personas que los reciben. Todos ellos requieren más y mejor valor social y profesional, que vendrá corroborado por una mejor cualificación y formación tanto en competencias de apoyo y cuidado como en las bases del enfoque centrado en la persona. Todo ello ha de traducirse en unas condiciones laborales y de remuneración dignas. La asistencia personal, los cuidados domiciliarios y el sector del empleo y el cuidado necesitan un reconocimiento y una valoración social que pueden adquirir mucha más fuerza, integrando enfoques y contenidos y exigiendo un trato profesional digno.

Por otra parte, dar respuesta a este nuevo marco conceptual en los apoyos y los cuidados requiere innovar en las fórmulas que se utilizan para la contratación de los servicios. Muchas personas requieren y prefieren servicios directamente contratados o provistos por las Administraciones públicas tanto en el ámbito residencial como en el domiciliario. Otras muchas, sin embargo, requieren y prefieren disponer de un fondo económico mediante el cual contratar directamente los servicios de apoyo que precisan, que no necesariamente deben limitarse a los establecidos en un catálogo o cartera de servicios determinados. El acceso a los servicios mediante prestaciones económicas, presupuestos individuales o pagos directos es una realidad en la mayor parte de los países de Europa, con sistemas de aseguramiento público de la dependencia mucho más sólidos y avanzados que el nuestro. Ciertamente, el desarrollo de estos modelos responde en algunos

casos a la introducción de lógicas económicas que buscan mercantilizar el modelo de cuidados y apoyos. En otros casos, sin embargo, lo que se busca con estos modelos es maximizar la flexibilidad en la configuración de los paquetes de cuidados y la autodeterminación de las personas usuarias.

El reto está, por tanto, en desarrollar modelos de acceso a los servicios mediante pagos directos y presupuestos individuales que no respondan a la lógica de la mercantilización¹³, sino a la lógica de la flexibilidad, la personalización, la profesionalización y la responsabilidad pública. Ello exige, como se ha señalado, cambios estratégicos en las funciones y las tareas que asumen las Administraciones: garantizar modelos de gestión intensiva de casos que verdaderamente orienten y acompañen a las familias, fomentar la cooperativización del sector, establecer tarifas máximas para los servicios financiados mediante estas prestaciones, elevar su cuantía o reforzar los sistemas de inspección y evaluación de los servicios, por citar algunos.

Se trata, además, de que los recursos públicos y comunitarios solventen las necesidades de apoyos y cuidados de forma integral y no tengan que basarse en el sacrificio de los familiares (que

predominantemente son mujeres). La atención social debe garantizar que cuidadoras y cuidadores familiares puedan combinar con flexibilidad los diferentes recursos públicos sin verse perjudicados en sus actividades laborales y sociales (European Institute for Gender Equality, 2020).

La heterogeneidad de situaciones y perfiles de personas beneficiarias y profesionales y la transición hacia una sociedad en la que la autonomía, la flexibilidad y la posibilidad de elección sean troncales justifica la innovación en los modelos de provisión y contratación de apoyos y cuidados desde la diversidad y la garantía del deseado bienestar para aquellas personas que los necesitan.

Estamos ante un sector profesional que, aunque existe desde hace décadas, necesita un impulso de proporciones no suficientemente planificadas en sociedades longevas como la nuestra. Si seguimos creyendo que los cuidados y los apoyos suponen la sostenibilidad de la vida, necesitamos dotar a este sector profesional de suficiente entidad y atractivo para que sea deseado entre las generaciones de hombres y mujeres que actualmente se están formando. Todo un reto.

¹³ Ni a la lógica de la refamiliarización, como en la práctica ha pasado en España a través de la PECEF.

- BÁÑEZ, T. y COMAS D'ARGEMIR, D. (2021): "El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España", *Zerbitzuan*, n.º 74, pp. 99-113, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.74.06>>.
- BERGMAN, M. A.; JORDAHL, H. y LUNDBERG, S. (2018): *Choice and competition in the welfare state: home care as the ideal quasi-market*, Estocolmo, Research Institute of Industrial Economics.
- COMAS D'ARGEMIR, D. y BOFILL-POCH, S. (eds.) (2022): *Cuidar de mayores y dependientes en tiempos de la COVID-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*, serie Humanidades, Valencia, Tirant lo Blanch.
- DAVEY, V. (2021): "Influences of service characteristics and older people's attributes on outcomes from direct payments", *BMC Geriatrics*, vol. 21, n.º 1, <<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01943-8>>.
- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2022): "La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 57, n.º 5, pp. 247-249.
- DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO CASTIELLO, M. y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2022): "Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización", *Zerbitzuan*, n.º 78, pp. 51-66, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.78.03>>.
- DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE (2023): "Allocation personnalisée d'autonomie", *Service-Public.fr*, <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>>.
- DUNÉR, A.; BJÄLKEBRING, P. y JOHANSSON, B. (2019): "Merely a rhetorical promise? Older users' opportunities for choice and control in Swedish individualised home care services", *Ageing and Society*, vol. 39, n.º 4, pp. 771-794, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X17001210>>.
- ESPAÑA (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 299, 15-12-2006.
- (2015): "Resolución, de 3 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales sobre acreditación de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 274, 16-11-2015, pp. 107 884-107 888, <<https://www.boe.es/eli/es/res/2015/11/03/4>>.
- (2022): "Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, n.º 192, 11-08-2022, pp. 117 584-117 621, <<https://www.boe.es/eli/es/res/2022/07/28/12>>.
- EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (2020): *Gender equality and long-term care at home*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2839/007919>>.
- FEDERACIÓN VIDA INDEPENDIENTE (2015): "Manifiesto contra el proyecto de cualificación profesional de la figura del asistente personal", *Federacionvi.org*, <<https://federacionvi.org/manifiesto-contra-el-proyecto-de-cualificacion-profesional-de-la-figura-del-asistente-personal/>>.

- FITZGERALD MURPHY, M. y KELLY, C. (2019): "Questioning 'choice': a multinational metasynthesis of research on directly funded home-care programs for older people", *Health & Social Care in the Community*, vol. 27, n.º 3, pp. e37-e56, <<https://doi.org/10.1111/hsc.12646>>.
- GALÍ MAGALLÓN, I. (2022): *Precaritzar allò precari. Treballadores de cures i neteja a domicili en plataformes digitals. Els casos de Clintu, MyPoppins i Cuideo*, Comisiones Obreras, <<https://www.ccoo.cat/wp-content/uploads/2022/03/treballadores-de-cures-i-neteja-a-domicilis-en-plataformes-digitals.pdf>>.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2006): "Anteproyecto de ley por el que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia" [versión del 8 de noviembre de 2022].
- (s. f.): *Estrategia estatal de desinstitucionalización*, Gobierno de España, <<https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/>>.
- GOFFMAN, E. (1970): *Asilos. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2019): "La reunión de directores generales de la Comisión Delegada de Servicios Sociales y del SAAD aborda la prestación económica de asistencia personal", *Imsero.es*, <https://imsero.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/n1oS8IWfrx6m/content/la-reunion-de-directores-generales-de-la-comision-delegada-de-servicios-sociales-y-del-saad-aborda-la-prestacion-economica-de-asistencia-personal/20123>.
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS CUALIFICACIONES (s. f.): *Cualificación profesional: atención sociosanitaria a personas en el domicilio*, Instituto Nacional de las Cualificaciones, <https://inculca.educacion.gob.es/documents/20195/94271/SSC089_2+-+Q_Documento+publicado/>.
- MLADENOV, T. (2020): "What is good personal assistance made of? Results of a European survey", *Disability & Society*, vol. 35, n.º 1, <<https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1621740>>.
- MORENO, S. (2021): "Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials", *Revista Española de Sociología*, vol. 30, n.º 2, a27, <<https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.27>>.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2006): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, <<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>>.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2011): *Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, <https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C189>.
- (2019): *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado. Para un futuro con trabajo decente*, Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, <https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang--es/index.htm>.
- O'ROURKE, G. (2016): "Older people, personalisation and self: an alternative to the consumerist paradigm in social care", *Ageing and Society*, vol. 36, n.º 5, pp. 1008-1030, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X15000124>>.
- PLATAFORMA REPRESENTATIVA ESTATAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA (2019): *Manual de formación para asistentes personales*, Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física, <<https://www.asistenciapersonal.org/content/manual-de-formaci%C3%B3n-para-asistentes-personales>>.
- PUTHENPARAMBIL, J. M.; KRÖGER, T. y VAN AERSCHOT, L. (2017): "Users of home-care services in a Nordic welfare state under marketisation: the rich, the poor and the sick", *Health & Social Care in the Community*, vol. 25, n.º 1, pp. 54-64, <<https://doi.org/10.1111/hsc.12245>>.
- RATZKA, A. (2004): *Model national personal assistance policy*, European Center for Excellence in Personal Assistance, <<https://www.independentliving.org/docs6/ratzka200410a.pdf>>.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN, V. (coords.) (2022): *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf>.
- RODRÍGUEZ-PICAVEA, A. (2007): "Reflexiones en torno a la figura del asistente personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad)", *Zerbitzuan*, n.º 41, pp. 115-127, <<https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reflexiones%20en%20torno%20a%20la%20figura%20del%20asistente.pdf>>.
- ROSTGAARD, T. (2020): "Revisiting the public care model: the Danish case of free choice in home care", en CHRISTENSEN, K. y PILLING, D. (eds.), *The Routledge handbook of social care work around the world*, Londres, Routledge, pp. 29 y ss.
- SANCHO CASTIELLO, M. y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2021): "El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19", en BLANCO, A. et al. (coords. y eds.), *Informe España. Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, pp. 336-403.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2012): *El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <<https://bit.ly/3nbZrYE>>.
- VAMSTAD, J. (2016): "Exit, voice and indifference – older people as consumers of Swedish home care services", *Ageing and Society*, vol. 36, n.º 10, pp. 2163-2181, <<https://doi.org/10.1017/S0144686X15000987>>.
- YOUNG, A. J. (2003): "The evolution of personal assistant services as a workplace support", *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 18, n.º 2, pp. 73-80.