TESIS DOCTORAL

LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO DECENTE

Doctoranda: Dña. M.ª Fátima Poyatos Chacón

Director/Tutor: Dr. Francisco Lozano Lares

Programa de Doctorado: Ciencias Jurídicas y Sociales

Línea 1

Facultad de Derecho

Universidad de Málaga

Año 2025

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTORA: María Fátima Poyatos Chacón

http://orcid.org/0000-0001-5755-9559

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:
Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.
No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Escuela de Doctorado

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

Dña. M.ª FÁTIMA POYATOS CHACÓN:

Estudiante del programa de doctorado de CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES de la Universidad de Málaga, autora de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: *LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO DECENTE*.

Realizada bajo la tutorización y dirección de FRANCISCO LOZANO LARES.

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

Fdo.: M.ª FÁTIMA POYATOS CHACÓN Fdo.: FRANCISCO LOZANO LARES

Doctoranda Tutor y Director de tesis

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Informe del tutor/director para el Depósito de la Tesis de la Doctoranda Dª. María Fátima Poyatos Chacón.

Málaga a 21 de abril de 2025

Dr. Dº. Francisco Lozano Lares
Profesor Titular de Derecho del Trabajo y Seguridad Social, Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo. Universidad de Málaga

Por este conducto y en calidad de tutor y director de la Tesis de la Doctoranda María Fátima Poyatos Chacón, integrada en la temática de investigación sobre "Articulación político social del Trabajo Decente" perteneciente a la Línea nº 1 "Jurídico-privada, laboral e histórica" del programa de Ciencias Jurídicas y Sociales,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Hago constar que:

La Doctoranda ha venido compaginando la docencia como Profesora Sustituta Interina en el Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos y el desarrollo de tu Tesis Doctoral, habiendo cursado las 200 horas de formación preceptiva y publicado cuatro aportaciones de calidad que avalan su tesis y que no han sido utilizadas en tesis anteriores.

Por lo expuesto, y estando la Doctoranda en disposición de efectuar el depósito y defensa de su tesis doctoral en el plazo estipulado en el programa de Doctorado en Ciencias Jurídicas y Sociales.

SOLICITO que se tenga en consideración el depósito de la Tesis Doctoral de Dª MARÍA FÁTIMA POYATOS CHACÓN, titulada: LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO DECENTE.

En Málaga, a 21 de abril de 2025

Firmado: Dr. Francisco Lozano Lares

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Índice General

Páginas

INTRODUCCIÓN 8

RESUMEN 10

OBJETO DE ESTUDIO Y PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN 10

METODOLOGÍA 11

CAPÍTULO I. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL TRABAJO DE CUIDADOS DE PERSONAS DEPENDIENTES. 13

1.- Necesidades humanas, problemas sociales y las respuestas históricas a las carencias de cuidados. 13

1.1.- Intervencionismo negativo: represión y abstención. 17

1.2.- Intervencionismo positivo: asistencia, rehabilitación y prevención. 24

2.- El contexto histórico del trabajo de cuidados de personas dependientes como actividad realizada en el entorno familiar. 29

3.- La preocupación de la comunidad internacional por la necesidad de regular el trabajo de cuidados de personas dependientes. 34

3.1.- Las grandes Declaraciones de Derechos Universales. 34

3.2.- Las directrices de protección socio sanitaria de las personas dependientes elaboradas por la OIT. 38

3.3.- Las escuetas referencias en el ámbito del Consejo de Europa a las necesidades de cuidado de las personas dependientes. 45

4.- La evolución de las políticas sociales de la Unión Europea en materia de protección de los derechos de las personas dependientes y de sus cuidadores. 51

CAPÍTULO II. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA REGULACIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL. 58

1.- La beneficencia como antecedente remoto de la regulación de las tareas de cuidado de las personas dependientes. 58

1.1.- La Constitución liberal de 1812. 58

1.2.- Las Leyes de Beneficencia de 1822 y de 1849. 60

2.- La necesidad latente de una ordenación jurídica de la atención de las personas dependientes en la originaria normativa de Seguridad Social. 64

3.- La evolución del cuidado de personas dependientes en el ordenamiento jurídico pos-constitucional. 88

3.1.- El mandato constitucional de atención especializada a las personas en situación de dependencia. 88

3.2.- El desarrollo legal del marco constitucional de protección de las personas en situación de dependencia. 92

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3.3.- El significado institucional de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 112

CAPÍTULO III. EL MARCO JURÍDICO ACTUAL DE LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES. 118

1.- La vertebración orgánica y funcional del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). 118

2.- El estatus jurídico de las personas dependientes. 124

2.1.- La autonomía personal. Características y tipologías de personas dependientes. . 124

2.2.- Derechos y deberes de las personas en situación de dependencia. La titularidad de los derechos establecidos en la Ley de dependencia. 132

2.3.- La valoración de la situación de dependencia y el reconocimiento del derecho a un programa individual de atención y a las prestaciones sociosanitarias correspondientes. 138

3.- Servicios y atenciones que dan respuesta a las necesidades de las personas dependientes. 146

4.- Visión panorámica de los Servicios de atención a la dependencia en diferentes países de Europa. 156

CAPÍTULO IV. LA FORMACIÓN ASOCIADA AL SECTOR DE LA ATENCIÓN EN EL HOGAR Y DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS 164

1. - El surgimiento de nuevos perfiles profesionales en materia de cuidados. 164

2.- El contexto jurídico-formativo de las Competencias Profesionales sociosanitarias en España. 170

3.- La Familia Profesional de los Servicios Socioculturales y a la Comunidad incluida en el CNECP: diferentes Cualificaciones, Competencias Profesionales y Acreditaciones. . 175

3.1.- Las necesarias Cualificaciones Profesionales de las empleadas de hogar para atender las tareas domésticas y a las personas no dependientes. 176

3.2. – Las diferentes Cualificaciones Profesionales de los Técnicos de la Atención sociosanitaria a personas dependientes. 187

3.3.- La formación en la prestación de los Servicios de cuidados a personas dependientes en el ámbito familiar. 195

4.- Recapitulación final sobre la formación en el sector de los cuidados. 198

CAPÍTULO V. EL ESTATUS LABORAL Y DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS PROFESIONALES DEL CUIDADO. 200

1.- La precariedad en el empleo como seña de identidad de los profesionales del cuidado. 200

2.- Las deficientes condiciones de trabajo de los profesionales del cuidado. 203

2.1.- Normas especiales del VIII Convenio marco estatal para el Servicio de Atención a la Dependencia. Las Auxiliares de Ayuda a Domicilio (AAD). 205

2.2.- Normas comunes al resto de ámbitos profesionales incluidos en el VIII Convenio marco estatal. Los gerocultores/as y las personas teleoperadoras TAD. 211

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.3.- Las condiciones laborales de otros profesionales del cuidado excluidos del VIII Convenio marco estatal. La figura del asistente personal y las trabajadoras/cuidadoras remuneradas en el ámbito del empleo en el hogar. 220

3.- Las condiciones de seguridad y salud laboral del sector de los cuidados directos e indirectos. 231

4.- La mejora de las tradicionales desigualdades en materia de seguridad social de las profesionales del cuidado. 240

5.- La necesidad de superar los déficits de trabajo decente asociados a los estereotipos de género. 246

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES. 250

BIBLIOGRAFÍA 255

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española de 1.978[1], en el art. 41 atribuye a la Seguridad Social la función de proteger a personas en situación de necesidad o vulnerabilidad social. Según dicho precepto, son los poderes públicos quienes tendrán la obligación de mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos garantizando la asistencia y las prestaciones sociales suficientes ante cualquier situación de necesidad.

Contemplada como un elemento básico de protección en el Estado de Bienestar, la Seguridad Social aparece mencionada en otros artículos de la Constitución, pero ninguno de ellos llega a concretar su contenido, por lo que muchos de los ámbitos de actuación de la protección social, y especialmente en todo lo relacionado con la atención de las personas en situación de dependencia, han sido implementados a través de la actuación conjunta de diferentes entidades estatales y en varios niveles de acción institucional (estatal, autonómico y local), además de poder ser concluidas por otras asistencias complementarias y prestaciones privadas.

Se trata, por tanto, de un supuesto de competencias compartidas que se canaliza, por una parte, por medio de prestaciones contributivas de la Seguridad Social, cuya competencia corresponde al Estado según lo establecido en el art. 149.1.17ª, y por prestaciones asistenciales, por otro lado, que han sido asumidas por las Comunidades Autónomas en sus respectivos Estatutos en virtud de lo dispuesto en el artículo 148.1.20ª, y ello sin perder de vista las facultades que en materia de asistencia social corresponde a las Corporaciones locales por vía de ordenación, gestión o ejecución.

Por tanto, podemos considerar que la atención a la dependencia es ya una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social.

A este panorama jurídico hay que unir un nuevo contexto social caracterizado por profundos cambios en la estructura y composición del tradicional modelo de familia, y por una progresiva incorporación de la mujer al mundo del trabajo, acabando con el rol de cuidadora tradicional desempeñado hasta no hace mucho por las mujeres. Todo ello implica menor tiempo para cuidar y menor disposición de personas cuidadoras, por lo que se incrementa la necesidad de las tareas de cuidado a la vez que disminuye la posibilidad de respuesta en el ámbito familiar, obligando a la búsqueda de nuevas alternativas de atención y cuidado, sobre todo, con el punto de mira puesto sobre la intervención Estatal.

Hasta llegar a este punto de inflexión, la importancia social del problema de atención a la dependencia puso de manifiesto la necesidad de la atención y de los cuidados, así como la necesaria mejora del Sistema de protección y del ejercicio profesional (pasando por etapas consecutivas tales como la ocupación, el oficio y la profesionalización), y siendo el resultado de la propuesta de métodos alternativos de intervención social, que de forma progresiva han sido abordados de formas muy diversas dependiendo del contexto histórico-jurídico, y donde finalmente ha derivado

[1] AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [en línea]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en las Administraciones públicas desde la correspondencia de cada una de sus competencias, buscando soluciones rápidas y cercanas, garantizando el ejercicio de un nuevo *derecho de los ciudadanos en situación de dependencia*.

Con ese telón de fondo, a finales del año 2006 sería publicada la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en lo sucesivo Ley de dependencia)[2], cuyo objetivo fue el reconocimiento y la garantía de la atención de los cuidados a las personas que no podían valerse por sí mismas.

En la exposición de motivos de dicha Ley se indicaría que tal reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia fue puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. Esos organismos internacionales han dejado planteados una serie de criterios de actuación básicos que serán cruciales para nuestro estudio, puesto que atienden a la sostenibilidad de los Siste mas de atención a personas dependientes y a la *calidad profesional de quienes hayan de ejercer las tareas de cuidado*.

Por tanto, la atención a las personas dependientes es un reto ineludible para los Poderes Públicos, que requiere una respuesta sólida y adaptada al modelo actual de nuestra sociedad. Tampoco hay que olvidar que fueron las familias, especialmente las mujeres, las que tradicionalmente asumieron el cuidado de las personas dependientes a través de sus cuidados informales, pues como hemos comentado, los cambios actuales en el modelo de familia, y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo requieren un nuevo tratamiento público del Sistema tradicional de atención, el cual debe asegurar la adecuada capacidad prestacional de cuidados a las personas dependientes así como a las personas trabajadoras del sector, y a la vigilancia de la protección socioeconómica de los cuidadores no profesionales dándoles visibilidad a su ejercicio social y en la economía de cuidados que detrás de ellos se genera.

Otros aspectos no menos importantes de la Ley de dependencia, y que están pendientes de ser analizados con este estudio, son entre otras cuestiones, la efectividad actual del catálogo de servicios y de las prestaciones de atención a la dependencia: las prestaciones económicas de apoyo a los familiares cuidadoras, los servicios de apoyo a la atención y cuidados (teleasistencia, ayuda a domicilio, la asistencia personal, los centros de día y de noche, y atención residencial), así como la valoración técnica de la dependencia para el reconocimiento del derecho y, por último, las medidas para garantizar la calidad del Sistema.

[2] AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [en línea]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

RESUMEN

En este trabajo se estudia el contexto institucional y jurídico en el que se despliegan los cuidados sociosanitarios desde una óptica integral, abarcando tanto sus aspectos conceptuales e históricos como, sobre todo, sus condiciones de ejecución en el ámbito profesional y de seguridad social. Si la atención a las personas dependientes ha existido desde siempre y no cabe vislumbrar su fin, dado que todas las personas necesitarán cuidados sociosanitarios en algún momento de su vida, cabe preguntarse por qué no tienen el reconocimiento social que merecen quienes prestan estos servicios y sus condiciones de trabajo están asociadas con demasiada frecuencia a situaciones de precariedad laboral y desprotección social.

Para explicar el estancamiento profesional del trabajo de cuidados, de esta actividad tan necesaria para las personas en situación de dependencia o vulnerabilidad, hemos indagado sus diferentes perfiles profesionales y hemos intentado contribuir al conocimiento de las causas que explican sus déficits de trabajo decente, llegando a la conclusión de que se necesitan ideas sociolaborales innovadoras que rompan con los antiguos paradigmas y estereotipos que han venido lastrando el sector de los cuidados a personas dependientes.

Por tanto, el interés que pretendo transmitir con esta investigación se centra en resolver las incógnitas del estancamiento de los profesionales sociosanitarios que trabajan en la atención y los cuidados, detectando aquellas insuficiencias o lagunas que puedan restar calidad al ejercicio profesional, aportando un conjunto de propuestas que pasan por la aplicación plena a este colectivo de la legislación social. Así, a través de una batería de posibles soluciones con las que concluiré, la investigación pretende dar respuesta social a la problemática del trabajo de los cuidados sociosanitarios con alcance de verdadera utilidad social.

OBJETO DE ESTUDIO Y PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación quedan enumerados del siguiente modo:

1.- Como objetivo principal:
Analizar la adecuación del actual marco jurídico laboral de la atención a la dependencia ante las exigencias y necesidades del trabajo de cuidados.

Cuestión crucial en este objetivo es el análisis del conjunto de mejoras que son necesarias implementar en las Relaciones Laborales del Sistema de atención a personas dependientes y otros Sistemas de cuidados[3]. Especialmente significativo será el estudio de la protección social de los profesionales del sector (Convenio especial de Seguridad Social y alta en el Régimen General de la Seguridad Social), y la calidad de las condiciones de trabajo de los profesionales del cuidado desde un punto de vista del trabajo decente, comprobando si se ajustan a la legislación social, tanto internacional como nacional, partiendo del actual Convenio Marco Estatal de atención a la

[3] AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [en línea]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-17975

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dependencia. El diálogo social y la representación es garantía de la autonomía de las partes, del cumplimiento de los derechos fundamentales y de la realización de las actividades de cuidados en condiciones de calidad, siendo beneficioso tanto para quien recibe como para quien realiza las tareas de cuidados.

2.- Como objetivos específicos y de forma transversal se plantean las siguientes cuestiones:
2.1.- Las tareas de cuidados deben estar basados en los derechos humanos y en los derechos laborales, referidos tanto a las personas cuidadas como a las que cuidan, y deben mostrar constante sensibilidad ante aquellas cuestiones relacionadas con la discriminación por cuestiones de género, raza o cualquier otra condición personal o social, con especial mención a las trabajadoras extranjeras que puedan sufrir una doble discriminación sociolaboral.

2.2.- Desde una perspectiva de género, centrada en la atención actual de cuidados, habría que comprobar si se están reforzando los roles de género asignados en el sistema patriarcal, especialmente en los trabajos de cuidados no remunerados.

2.3.- En relación con la vertebración institucional del Sistema actual de atención a personas dependientes es necesario analizar si está dando respuesta a las nuevas demandas de las personas cuidadoras (profesionales y no profesionales), si mejora o no la capacidad de respuesta a los nuevos problemas sociales de las personas usuarias, y si está garantizada su sostenibilidad económica. El Estado debe asumir una responsabilidad primordial en el ejercicio efectivo de la aplicación del derecho social y laboral de los cuidados.

2.4.- En cuanto a las tendencias demográficas, habría que estudiar si el Sistema está haciendo previsiones para hacer frente al contexto de envejecimiento y crecimiento de atención a la dependencia, teniendo en cuenta que es un factor esencial que potencia la demanda de necesidades de atención y cuidados, y será en un futuro generador de nuevos puestos de trabajo.

2.5.- También la innovación tecnológica tiene un impacto sobre la adaptación del trabajo de cuidados que es necesario plantearse, sobre todo desde un enfoque basado en la necesaria formación y reciclaje de las personas trabajadoras para dar respuestas eficaces a los nuevos modelos de empleo de la era digital. Resulta necesario, por tanto, analizar los posibles déficits de los actuales Títulos oficiales y Certificados Profesionales del sector profesional.

METODOLOGÍA

La metodología a seguir para el trabajo de investigación está basada en el estudio científico, con un enfoque flexible, adaptado al fenómeno del trabajo de cuidados, de modo que nos permita obtener un conocimiento profundo de la situación mediante la combinación de métodos clásicos de recepción de datos y una perspectiva *holística* acorde con los objetivos planteados que se esfuerce por comprender la totalidad del entorno sociolaboral en el que se despliega el trabajo de atención y cuidados.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Esta vertiente holística de la investigación será aprovechada para hacer predicciones futuras sobre el fenómeno de la prestación de los servicios de cuidados y su evolución profesional.

En cuanto al aspecto concreto del modelo de investigación, a través de estudios documentales indirectos, se llegará al análisis cuantitativo actualizado de datos estadísticos secundarios. Para la recopilación de datos utilizaremos cuestionarios, censos oficiales, encuestas y estadísticas continuas, así como el análisis del contenido de otros documentos, textos, films, o entrevistas ya recopiladas de otros estudios de investigaciones afines.

El trabajo de investigación será complementado con un análisis hermenéutico de la normativa aplicable al trabajo de cuidados, para lo que será necesario efectuar una investigación documental, doctrinal y jurisprudencial en profundidad que nos permita precisar el contenido y alcance actual de la legislación laboral y social dictada al respecto, ofreciendo las posibles soluciones de *lege ferenda* que el trabajo de investigación ponga de manifiesto.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CAPÍTULO I. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL TRABAJO DE CUIDADOS DE PERSONAS DEPENDIENTES.

1.- Necesidades humanas, problemas sociales y las respuestas históricas a las carencias de cuidados.

El conjunto de medidas que se han venido adoptando a lo largo del tiempo para responder a los cuidados de las personas con necesidades sociosanitarias tiene una dilatada historia en la que se han utilizado criterios muy variados, entre los que destacan los de carácter altruista, religioso o humanitario, así como otros que se fundamentaban en la necesidad de mantener el orden y la paz social ante requerimientos de mandatos legales. De igual manera, en lo relativo al plano individual, el amor, la compasión, el temor, el egoísmo, la falta de alternativas, la costumbre o el trueque han sido razones suficientes para dar cobertura a los cuidados en este tipo de carencias[4].

El profesor Aguado Díaz defiende la propuesta de que "en todas las culturas siempre ha habido, por un lado, individuos *diferentes* que, bajo las más variadas *denominaciones*, han sido objeto de las todavía más variadas concepciones y *formas de trato*, y por otro lado, unos también muy variados *expertos* encargados por las *instituciones dominantes* en el momento de definir cuál es la diferencia, quiénes son los diferentes, dónde está el lugar que les corresponde ocupar en la sociedad, y el trato que les corresponde recibir"[5].

La propuesta que defiende el profesor Aguado parte de la base de considerar que en cada momento histórico la sociedad mantiene un contexto social que conserva unos valores y que suscita unas necesidades sociales. En función de ese contexto se establece lo que es socialmente adecuado o inadecuado marcando diferencias entre los propios sujetos, por lo que serán aquellos que recibieron un *cargo privilegiado* en el desempeño de sus funciones sociales, personas con cierto reconocimiento, las que establecerán los criterios de selección que fijen las formas de distinguir a esos sujetos diferentes, el papel social que desempeñan y el tratamiento que se les otorga.

Es cierto que, a lo largo de la historia, entre las diferentes culturas, han sido muy variados las personas en las que ha recaído la atención de los cuidados, por lo que a propósito de este estudio y por los objetivos que interesan para delimitar el ámbito de análisis, recibirán mención especial aquellas personas afectadas por alguna deficiencia, discapacidad y/o minusvalía que derive en una situación de dependencia o con necesidad de cuidado permanente[6].

---

[4] Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*. Escuela Libre Editorial Fundación ONCE, Madrid, 1995, p. 20.

[5] *Ídem.*

[6] A efectos de lo dispuesto en el art. 2.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante Ley de dependencia), se entiende por dependencia "*el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal*" (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Igualmente, para conducir de forma adecuada este capítulo preliminar del trabajo de los cuidados por su recorrido histórico, es conveniente establecer *criterios* en el proceso de análisis, enmarcando este alrededor de los momentos más relevantes de la historia por su contexto social, laboral o jurídico; del mismo modo, no se puede dejar a un lado el carácter transversal y multidisciplinar que envuelve a la atención y los cuidados sociosanitarios, por lo que es necesario integrar determinados elementos que ya de por sí estarán presentes desde el inicio hasta el final de este estudio, tales como: los roles de género, las tendencias demográficas, el respeto a la dignidad de la persona, la intervención de las distintas disciplinas (dando prioridad a la sociosanitaria), y la respuesta individual, social e institucional a las demandas de los cuidados insatisfechos. Aunque con carácter previo a la búsqueda de las respuestas históricas, se hace imprescindible referenciar ciertos conceptos sociales relacionados que perduran hasta nuestros días, y que nos servirán de apoyo para nuestro estudio, como pueden ser *las necesidades humanas, los problemas sociales* y *la demanda social,* lo que nos llevará a entender mejor los diferentes modos de satisfacción de estas necesidades como alternativas estratégicas de intervención.

Así pues, en cualquier contexto histórico-cultural, la tendencia de la persona de forma natural ha sido satisfacer una serie de necesidades para subsistir como especie o sobrevivir como individuo. Pero la satisfacción de las necesidades con escasos medios o en condiciones adversas a modo de supervivencia, termina evolucionando y se dirige finalmente de forma irremediable hacia la búsqueda del bienestar personal, lo que supone la apertura hacia un amplio abanico de nuevas necesidades. Analizar por tanto la taxonomía de las necesidades carece de sentido sin una clarificación terminológica del concepto, lo cual suscita cierta relevancia por su carácter polisémico e interdisciplinar.

Si atendemos al diccionario de la lengua española vemos cómo el concepto de necesidad ofrece varias acepciones, las cuales van abriendo camino a una respuesta sobre la cobertura de las carencias de cuidados: por un lado es definida como el "peligro o riesgo ante el cual se precisa auxilio urgente"; también como la "falta continuada de alimento que hace desfallecer"; o como la "carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida"[7]. En estas primeras aproximaciones conceptuales, se pone de manifiesto un desfase físico entre un estado deseado de la persona y el estado real.

Centrándonos ahora en el elemento motivacional y relacionándolo con las necesidades humanas, resulta inevitable mencionar al psicólogo humanista Abraham Maslow (1908-1970), quien formuló la *teoría de las necesidades humanas básicas* como propuesta de partida para poder entender las motivaciones desde una perspectiva holística y universal[8].

Por lo que, sin entrar en un análisis profundo de su teoría, sí sería conveniente aclarar de forma breve que los *grupos de necesidades* delimitados por el humanista están asociados a un orden de satisfacción funcional, y que a la vez, son la esencia de su

[7] RAE. *Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario. Actualización 2021. [en línea]. Disponible en: https://dle.rae.es/necesidad?m=form (acceso 29/12/2021). El término necesidad procede del lat. *necessĭtas, -ātis.*

[8] Maslow, A.H.: "A Theory of Human Motivation", *Psychological Review*, vol. 50, 1943, pp. 370-396.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

teoría de la jerarquía motivacional. El objetivo de mención no es otro que, dar a conocer los tipos de necesidades y poder comprobar posteriormente como determinadas carencias sociales (que asociaremos en todo momento a la atención y los cuidados), derivan en problemas sociales y generan diferentes modalidades de demandas sociales, que a su vez requerirán respuestas estratégicas de forma individual, familiar, social o institucional.

Tras la aclaración, siguiendo con Maslow, vemos como agrupa las necesidades en cinco categorías. El primer grupo corresponde a las *necesidades más básicas y urgentes*, sin cuya satisfacción no sería posible la mera subsistencia, por lo que resulta evidente que a esta categoría pertenecen la atención y cuidados sociosanitarios, teniendo en cuenta que son los requerimientos fisiológicos los primeros que resultan ineludible satisfacer. El segundo grupo sobre *seguridad y protección*, nuevamente se desenvuelve en un plano social y sanitario, ya que la protección viene referida a necesidades de orden físico, psíquico y socioeconómico. En este caso las instituciones dominantes adquieren protagonismo ofreciendo respuestas estratégicas para mantener el orden social y actuando a través de requerimientos legales; sirva como ejemplo de ello, en las diferentes etapas históricas sociales, la protección sociolaboral, la protección de la seguridad ciudadana o la tutela de la seguridad jurídica[9]. El tercer bloque de necesidades referidas al *afecto y a la pertenencia de grupo*, progresan especialmente en un escenario social pero ajustado de forma estricta a las necesidades sanitarias, y es que la privación afectiva o el desarraigo social puede llegar a manifestarse en comportamientos disociales y destructivos donde las instituciones nuevamente deberán intervenir desde una perspectiva integradora[10], sea de forma preventiva, asistencial o rehabilitadora. Un ejemplo claro de lo que decimos es el impacto de la *soledad no deseada* sobre todo en la salud de las personas mayores, considerada como un tipo de soledad que va asociada a una peor calidad de vida y a un mayor riesgo de mortalidad[11]. Los dos últimos grupos de necesidades, situados en un plano individual, marcan, según Maslow, una *meta* en el desarrollo humano: por un lado hablamos de búsqueda de *prestigio y poder*, lo que cubrirá la *necesidad de estima*, y finalmente las necesidades de *autorrealización* de la persona, según sus capacidades y potencialidades. Desde nuestro punto de vista, éstas no llegarían a fin, teniendo en cuenta que las capacidades y potencialidades de las personas son ilimitadas por lo que para alcanzar la cobertura total de las necesidades, tendría que entrar en juego un nuevo elemento con carácter de firmeza como es la *decisión última de la persona de concluir con sus propias necesidades*. Pero volviendo a la teoría de la jerarquía motivacional de Maslow, las necesidades superiores sólo se manifestarían a medida que el resto de las necesidades inferiores fueran cubiertas, por lo que sólo entonces la persona podrá preocuparse por las necesidades de crecimiento o de orden superior.

Para concluir con el concepto de necesidad, es interesante resaltar su definición desde dos perspectivas diferentes: la primera desde un punto de vista clásico, citando a Donabedian que define la necesidad en "términos de los *servicios* requeridos para

[9] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, Acebo 2º Edición, San Diego (California), 1988, p. 42.

[10] *Idem.*

[11] Amigos de los Mayores: "Plan contra la soledad de personas mayores". *Fundació Privada Amics de la Gent Gran*, 2019. Disponible en: https://amigosdelosmayores.org/es/actualidad/sala-prensa/plan-contra-soledad-personas-mayores-verano (acceso 25-11-21).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

corregir fenómenos o situaciones alteradas o mejorables"[12]. Tras esta definición se vislumbra una *valoración humanista de las intervenciones* que corrige el sufrimiento y pretende que todas las personas reciban atención con independencia del tipo de problema que le afecte o de la situación económica en la que se encuentre; definición de necesidad que debe estar presente durante toda la aproximación histórico-jurídica al trabajo de cuidados de personas dependientes. Un segundo enfoque, más acorde con nuestra época, sugiere que "la necesidad únicamente debe reconocerse cuando se disponga de una *alternativa útil de intervención profesional*, es decir, una vez que se establece un procedimiento, se cotejan sus efectos y se determina su coste"[13].

Ante estas ideas descriptivas de necesidades, podemos concluir que no contamos con un concepto integrador, dada la variedad de estudios y de disciplinas en que han sido tratadas. Pero este enfoque multidisciplinar sí nos va a servir para seguir avanzando y poder aproximarnos a otros conceptos que deben ser analizados, como los problemas sociales que derivan en demandas, para así poder finalizar enfocando la atención hacia las alternativas estratégicas de intervención en el contexto histórico-jurídico del trabajo de cuidados.

Por tanto, podemos continuar afirmando que la expresión de una necesidad no se convierte directamente en demanda, sino que es objeto de la intervención (casual o controlada) sociocultural del momento, ante el surgimiento de determinados problemas sociales. Fijémonos como ejemplo en que, durante siglos, la legislación social no reconoció otra pobreza legítima que la de las personas no aptas para el mercado de trabajo, como los niños, enfermos, personas mal formadas o ancianos, no llegando ni siquiera a reconocer la legitimidad de la demanda de socorro de los trabajadores sin empleo, por suponer que tal situación era evitable por ellos mismos[14]. Así el debate entre necesidad (problema) y demanda empieza a tener sentido en un contexto social determinado, inmerso en multitud de posibilidades y controlado por entidades sociales que serán las encargadas de buscar las propias *alternativas de intervención*. Por otra parte, la asignación de recursos participa en la magnitud de la oferta, al mismo tiempo que se ofrecen procedimientos intervencionistas diseñados a medida para provocar los resultados positivos esperados, en favor de mejoras en la calidad de vida.

La historia nos ha demostrado, por tanto, que las reacciones de las sociedades ante situaciones de necesidades en atención y cuidados han venido revestidas de diferentes modalidades y con visiones muy diversas. Siguiendo los análisis de Demetrio Casado[15], podemos agruparlas en dos alternativas estratégicas fundamentales: a primera vista nos encontramos con las *intervenciones negativas*, de carácter *represivo* y *abstencionista*, reproducidas con "claros y oscuros" de atención, que, posteriormente irán dando paso a un segundo nivel más efectivo de *intervencionismo positivo*, donde prevalecen técnicas como las *asistenciales, rehabilitadoras y preventivas*. Nos

[12] Donabedian, A.: *La evaluación de la necesidad. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, Biblioteca de la Salud, Avedis. México: Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 71-83.

[13] Moreno Cámara, S., Palomino Moral, P.A., Frías Osuna, A. y Del Pino Casado, R.: "En torno al concepto de necesidad". Artículos especiales teorizaciones. *Índex de Enfermería*, vol. 24 núm.4, 2015. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300010 (acceso 29/12/2021)

[14] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, ob. cit., p. 47.

[15] Ibídem, p. 54.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

trasladamos por tanto en el tiempo, de las modestas prácticas asistenciales a las de alto nivel, con estrategias globales típicas de las sociedades capitalistas donde lo predominante es la oferta y la demanda, dejando en un segundo plano las necesidades reales de cuidados convertidas, como no, en problemas sociales reales.

Desde esta perspectiva modélica, abordaremos el estudio sobre las estrategias de intervención sin perder de vista los criterios ya establecidos al inicio de este capítulo en el recorrido histórico del trabajo de los cuidados; y para analizar las prácticas sociales ante las necesidades de atención y cuidados, en consonancia con el criterio de delimitación de los períodos históricos, vamos a abordar inicialmente el espacio temporal que abarca desde el inicio de la sociedad hasta los primeros intentos de institucionalización. Finalizar en este punto no tiene otro sentido que analizar una segunda etapa sobre los cuidados que nos traslada a la situación actual de atención a la dependencia. Por tanto, delimitados estos momentos vamos a dar paso al análisis de los tipos de intervencionismos sociales que han predominado a lo largo de la historia.

1.1.- Intervencionismo negativo: represión y abstención.

Las primeras culturas vienen caracterizadas por un trato en la atención de enfoque negativo, acentuado con un polo dicotómico de abordaje donde prima, por un lado, la expresión del *mal y el rechazo*, y por otro, la manifestación de lo *sagrado y el amor*.

Los problemas asociados a las necesidades de atención son considerados como *fruto de causas ajenas* a las personas, por lo que no cabe otra actuación distinta que la aceptación y la resignación, la súplica a los dioses o la eliminación del necesitado como problema. En este contexto, para afrontar cualquier carencia de atención, tienen perfecta cabida prácticas como el *animismo*[16], el *infanticidio*[17] o la *demonología*[18], que ya aparecía en la religión persa y fue recogida por la tradición judeocristiana teniendo su máximo apogeo en la edad media[19]. Ejemplo de estos comportamientos nos lo encontramos ya en la prehistoria, donde la paleopatología y la medicina prehistórica corroboran la existencia de diversos tipos de enfermedades físicas (incluidas las degenerativas), así como de malformaciones o discapacidades físicas[20]; por tanto, los

[16] Del lat. anima 'alma, vida'. Doctrina médica de Ernst Stahl, médico y químico alemán de comienzos del siglo XVIII, que considera al alma como principio de acción de todos los fenómenos vitales, tanto en los estados normales como en los estados patológicos. RAE, versión electrónica 23.5. (acceso 04/01/22).

[17] Del lat. Infanticidium. Acción de dar muerte a un niño de corta edad. RAE, versión electrónica 23.5. (acceso 04/01/22). Entendido como el enfoque pasivo de rechazo total, práctica común en la mayoría de los pueblos animistas, que siguió practicándose a lo largo de la historia en todo el mundo, por razones que oscilaron entre la necesidad y el egoísmo, en la eliminación y/o abandono de los sujetos discapacitados para la caza y el nomadismo, y en la probable remisión en algunos casos al brujo o al hechicero animistas. Es citado por Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., pp. 36 y 39.

[18] Del gr. bizant. δαίμων, -ονος daímōn, -onos 'demonio' y -logía. Estudio sobre la naturaleza y cualidades de los demonios. RAE, versión electrónica 23.5. (acceso 05/01/22).

[19] Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 34.

[20] Según Laín, la paleopatología ha evidenciado que ya en la prehistoria se producen patologías bastantes similares a la de los tiempos históricos: anomalías congénitas, asimetrías óseas; trastornos endocrinos, gigantismo, enanismo, gota, lesiones inflamatorias, carenciales y degenerativas, como artritis, raquitismo, alteraciones dentarias; secuelas de traumas, etc.; y la medicina prehistórica, también ha demostrado la presencia de otras enfermedades, como lesiones de cráneos y otras lesiones producidas

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tratamientos asociados a estas enfermedades y las prácticas sociales de cuidados del hombre primitivo para atender estas necesidades básicas se centraron, por un lado, en el conocimiento de tales atenciones desde la búsqueda de la experiencia ante el desconocimiento, pero también, en su mayoría, en la magia o los rituales esotéricos, pudiendo ser aplacados estos males por personas o lugares con poderes especiales y extraños[21].

En el mismo sentido, Scheerenberger habla del animismo prehistórico, considerando que "los males, las enfermedades, son provocados por espíritus, dioses o fuerzas animadas, en definitiva, por poderes ajenos a la intervención humana y que exigen una *curación espiritual*"[22], por lo que, siguiendo su teoría, la atención de los cuidados en las primeras etapas de la humanidad estaban, sobre todo, puestas en manos de los dioses, al considerar que las personas enfermas o con deficiencias se encontraban en situaciones especiales que provenían de fuerzas animadas, donde la intervención del hombre poco podía ofrecer. Pero de igual forma, desde un enfoque activo empirista ante algunas discapacidades físicas, nuestros antepasados prehistóricos también nos mostraron formas concretas de afecto y de cuidados por sus congéneres, pues, según nos describe Scheerenberger[23], en el norte de Iraq se descubrieron restos de individuos Neanderthal de hace 45.000 años, y "se trataba de los restos de Shanidar I, que presentaban atrofia de omóplato, clavícula y húmero derechos, amputación, probablemente en vida, del brazo derecho por debajo del codo, ceguera en el ojo izquierdo y una lesión en la parte derecha del cráneo", y a pesar de estas discapacidades físicas, nos sigue describiendo, "parece que su tribu lo protegió de males indebidos y encontró para él un puesto productivo en la sociedad"[24]. También hay otras intervenciones activas de cuidados referidas a discapacidades físicas con miras a la rehabilitación, refiriéndose a la utilización de prótesis para la reducción de fracturas y cirugía de huesos que, según Hernández Gómez[25], se trataba de "una prótesis tibial confeccionada con una pata de morueco, utilizando la piel del animal como elemento de encaje y su esqueleto como elemento de soporte (...) unos restos óseos femeninos, cuyo estudio demostró que la mujer vivió varios años utilizando la ingeniosa prótesis con la que suplía la ausencia de su pie izquierdo"[26].

En las culturas de la antigüedad, entre ellas India y China, ya se habla de responsabilidad moral, amabilidad y ayuda a los más débiles, principios que sirven para incluirlo entre las *voces de la moderación* del intervencionismo negativo de la

por las luchas. Laín Entralgo, P.: *Historia de la medicina* (8ª reimpresión de la 1ª edición de 1978). Barcelona: Salvat, 1988, pp. 4-5.

[21] En cuanto a los expertos encargados de aplicar estos remedios terapéuticos, no parece que sean diferentes de los sanadores, chamanes, hechiceros, brujos, etc., a los que Laín atribuye la función de ejercer la medicina pretécnica. Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 36.

[22] Scheerenberger, R.C.: "Historia del retraso mental", *Servicio Internacional de Información sobre Subnormales* (Versión castellana de A History of Mental Retardation. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.), 1983, p. 7.

[23] Ibidem, p. 8.

[24] Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 37.

[25] Hernández Gómez, R.: "Introducción a la medicina ortopédica", *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM*, núm. 7, 1977, p. 8.

[26] En este sentido, la primera huella de la existencia de una prótesis proviene aproximadamente de 2.300 años a.C. y fue hallada en el Kazajstán ruso, hallazgo que Hernández Gómez nos describe.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

época[27]. Sirva como ejemplo el Código de Manú de la antigua India[28], que regula el infanticidio de niños que se ven afectados por deficiencias físicas visuales, concretamente de cegueras, además de otras enfermedades graves. Así se demuestra benevolencia con acento de ternura al tratarse de criaturas *débiles o miserables*. La piedad por la miseria, el respeto por la debilidad, son los caracteres que sobresalen en esta moral; véase el libro IV, verso número 184 del código que venía a referirse a lo siguiente: "los niños, las gentes de edad, los pobres protegidos y los enfermos deben ser considerados como señores de la Atmósfera; su hermano mayor es igual a su padre, su mujer y su hija son como su propio cuerpo". Igualmente, respecto a los cuidados, el código Manú no permitía el abandono de los cuidados en la vida, salvo en el caso del "viejo que ve arrugarse su piel y encanecer sus cabellos, y que conoce a los hijos de sus hijos, entonces solo le concede a él que se retire a los bosques para entregarse a dios y prepare su absorción en el Ser Supremo". Hasta ese momento de la vida de las personas se prescribía el cumplimiento de los deberes de su Estado y de los deberes morales, con preferencia entre ellos, por un lado, a los deberes de la devoción y, por otro, al combate en defensa de los pueblos; así se establecía en el libro VI, verso número 2, donde se podía leer: "que cuando el jefe de casa ve que su piel se arruga y sus cabellos blanquean se retire a un bosque"[29]. En China, Confucio (551-479 a.C.) se suma a las *voces de la moderación*, dados los principios de responsabilidad moral, amabilidad y ayuda a los débiles[30].

En el oriente próximo, Mesopotamia, Persia y Palestina, el tratamiento de las enfermedades y las deficiencias se asentaba en las premisas de la *demonología*, donde los sanadores realizaban rituales como exorcismos, plegarias y sacrificios, buscando dar salida a las impurezas morales, al pecado o a la cólera de los dioses como causa del malestar de las personas; pero no por ello dejaban de renunciar a otros cuidados sanadores transformados en técnicas de intervenciones empíricas como la farmacopea[31] a base de ingredientes vegetales, minerales y baños[32].

Una mención especial debemos hacer de Egipto, donde encontramos abundantes testimonios en papiros, pinturas y ornamentos de las tumbas, así como en excavaciones

---

[27] Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 39.

[28] Leyes de Manú: *Instituciones religiosas y civiles de la India*, Casa editorial Garnier Hermanos, París, 1924. Lois de Manou, comprenant les institutions religieuses et civiles des indiens, suivies d'une notice sur Les Védas. Trd. y notas: A. Loiseleur-Deslongchamps. París: Garnier Frères. 1909. El Código de Manú compila las leyes de la India de carácter jurídico y religioso que prescribe el comportamiento de los hombres en la vida terrenal (los arios indos habitantes del Valle del Ganges). Su autoría se atribuye entre los años 1200 y 900 a.C. a un brahmán sacerdote manú, que con el correr del tiempo se convirtió en una deidad. El Código de Manu se halla dividido en 12 libros y 2648 versos. [en línea]. Disponible en: http://www.enciclopedia-juridica.com/d/c%C3%B3digo-de-man%C3%BA/c%C3%B3digo-de-man%C3BA.htm (acceso 05/01/22).

[29] *Ídem*.

[30] Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 39.

[31] Del lat. mod. pharmacopoeia, Libro en que se describen las sustancias medicinales que se usan más comúnmente, y el modo de prepararlas y combinarlas. RAE, versión electrónica 23.5. (acceso 06/01/22).

[32] Sampedro A. y Barbón J.J.: "Los ojos en el Código de Hammurabi", *Archivo sociedad española de oftalmología, sección histórica*, vol. 84, núm. 4, 2009, p. 1. Versión impresa ISSN 0365-6691. De otro lado es citado por Zilboorg y Henry (1968), al hablar de Palestina, consideran que en la Biblia hay una correcta descripción de algunas enfermedades mentales aunque dentro de la ideología demonológica. Zilboorg, G. y Henry, G.W.: "Historia de la psicología médica", *Psiqué*. (Versión castellana de A History of Medical Psychology, Nueva York: W.W. Norton, 1941).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

arqueológicas, que ofrecen muestras sobre las atenciones a las personas y sus cuidados que, con la mirada puesta en los dioses egipcios, esta civilización vivía con bondad, armonía y gratitud. El énfasis que se ponía en cada aspecto de la existencia era para crear una vida digna eterna, de ahí que lo ideal fuese esforzarse, impregnando a su comportamiento el significado y el propósito que su admirable cultura les había inculcado e inspirado[33]. Por ello, los egipcios, con una cultura social por excelencia[34], querían vivir la vida al máximo, experimentando todo el tiempo terrenal y deseando continuar después de la muerte, teniendo en cuenta que la vida era sólo parte de un viaje eterno; para los egipcios de cualquier clase social un funeral adecuado como transición de una fase terrenal a la siguiente espiritual era de la mayor importancia, por lo que el cuerpo del fallecido se lavaba, se vendaba (momificaba) y se enterraba con aquellos objetos que podría querer o necesitar en la otra vida. A mayor clase social, más compleja sería su tumba y los objetos que se depositaban, pero aun así hasta los más pobres ornamentaban las tumbas de forma adecuada para sus seres queridos. Honrar la muerte no sólo significaba respetar el espíritu del familiar sino las contribuciones y los logros de esa persona en vida. Con admiración podemos sostener que aspiraban a satisfacer las necesidades más elevadas sobre la autorrealización contemplada por Maslow, venerando y reconociendo los éxitos alcanzados por cada persona.

Y por su audacia de pensamiento, dando un toque transversal a la civilización egipcia, resulta interesante destacar el rol social que desempeñaba la mujer egipcia. Con una actitud cosmopolita y culta, diferente y muy superior a la que ostentaba cualquier otra civilización de la época, en ella recaía el peso de los cuidados además de una gran variedad de tareas, lo que le llevaba a tener que conciliar la vida laboral y la vida familiar[35]. Como ejemplo de responsabilidades y del nivel de equidad de género que ninguna otra civilización antigua logró, vemos como la mujer egipcia podía tener propiedades en su nombre (negocios, tierras y bienes inmobiliarios), teniendo al menos derecho a un tercio de toda propiedad que poseyera con su marido, disponiendo a voluntad, a la muerte de éste, de su herencia. Además podía ejercer profesiones que le otorgaban libertad económica, como practicar la medicina, pudiendo manejar dinero o hacer transacciones inmobiliarias; con una visión más amplia, sus derechos se extendían al sistema judicial donde podían actuar como testigos, demandantes o acusación (tal y como entendemos los términos hoy en día). Concretamente, en el ámbito doméstico las mujeres casadas pasaban la mayor parte del tiempo cuidando de su hogar, cubriendo las necesidades de sus hijos y de las personas adultas de la familia,

[33] Mark, Joshua J.: *La vida cotidiana en el antiguo Egipto*, 2016 (traducido por María Josefa Barreiro Arpón, World History Encyclopedia, 2016). Disponible en: https://www.worldhistory.org/trans/es/2-933/la-vida-cotidiana-en-el-antiguo-egipto/ (acceso 06/01/2022).

[34] La vida de los egipcios era social por excelencia y disfrutaban del tiempo libre divirtiéndose con variadas actividades, entre las que que destacaban los deportes (juego de pelota, tiro al blanco, natación, remo, gimnasia) juegos de mesa (como el Senet que era muy popular y representaba el viaje de la vida hacia el más allá), la música, el baile, la gimnasia artística, la lucha y la caza; incluso las celebraciones eran imprescindibles, como los aniversarios de las grandes obras del rey, prácticas religiosas, funerales, inauguraciones y nacimientos. *Ídem.*

[35] Mark, Joshua J.: *Los regalos de Isis: la posición de la mujer en el antiguo Egipto*, Traducido por Rosa Baranda. World History Encyclopedia, 2012. Disponible en: https://www.worldhistory.org/trans/es/2-143/los-regalos-de-isis-la-posicion-de-la-mujer-en-el/ (acceso 06/01/2022).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

siendo una de sus responsabilidades principales salvo que, estando situadas en la realeza o clases altas, pudieran permitirse esclavos sirvientes, amas de cría o nodrizas; respecto a la atención en el hogar también se encargaban de la limpieza, el cuidado de la ropa, la elaboración de las comidas o el cuidado de la economía familiar, realizando además tareas fuera del ámbito familiar como el cuidado del ganado, la supervisión de los labradores en el campo, e incluso trabajando en el campo, manteniendo las herramientas en buen estado, participando en el comercio del mercado y en la compraventa de esclavos o propiedades en particular. A pesar del tiempo, vemos como la similitud con la sociedad del momento, en la asunción de roles y ejercicio de tareas de atención y cuidados, es sorprendente.

Igualmente, la presencia de enfermedades y deficiencias estaban cargadas de una elevada connotación social teniendo en cuenta que esta civilización avanzada ya ofreció remedios a las disfuncionalidades físicas, aportando las primeras ayudas ortopédicas y protésicas rehabilitadoras (muletas, bastones); que las malformaciones eran tratadas con cierta consideración, hasta el punto de ser veneradas para que conjurasen las desgracias futuras; o que los enanos en las cortes desempeñaban funciones de consejeros, por lo que puede hablarse de cierta relevancia social por parte de algunas personas con discapacidades físicas. Por tanto, no se podían obviar los cuidados, de ahí que hubiera que tratar con amabilidad al ciego, manco, cojo, malformado o loco, y con ternura a los niños, sin tener que recurrir al infanticidio[36].

En el caso de la antigüedad clásica, dos poderes asociados, Religión y Estado, componían una fuerza sobrehumana a la cual el hombre quedaba esclavizado en cuerpo y alma, por lo que la persona pertenecía al Estado, consagrándose a su defensa[37]. En tal contexto, era el Estado quien tenía el poder físico y moral para decidir qué hacer con las personas débiles, enfermas o deformes, en base al provecho de las coberturas de las necesidades de la comunidad; por tanto el criterio de *utilidad social* era el que resolvía la cuestión acerca del sentido de la vida de las personas. Así pues, a priori, en esta época podemos pensar que el sentido de la atención y los cuidados tenía rápida solución en la línea del intervencionismo negativo, donde el método elemental para afrontar las carencias era la supresión del sujeto. No obstante, existían diferencias en cuanto a la concepción de la persona y su destino, según el problema fuese congénito o adquirido por enfermedad, accidente o por herida de guerra, por lo que resulta destacable ver como en la antigua Grecia los soldados lesionados llegaron a recibir pensiones, mientras que en Roma se les repartía alimentos, dinero y territorios[38]. Dos causas explican esta distinción: por un lado, el hecho de que la tara física no tuviera origen congénito, eliminaba el estigma asociado por las creencias religiosa a un castigo de los dioses, lo que conducía, por tanto, a la eliminación de la persona, en este caso del infante; y, por otro lado, parecía que el Estado por motivos políticos se veía en la obligación de honrar a aquellos que luchaban en su defensa, ofreciéndoles un *resguardo* a quienes quedaran imposibilitados (a modo de indemnización, protección

[36] Aguado Díaz, A.L.*: Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 42 y 43.

[37] Fustel de Coulanges, N.D.: *La ciudad antigua*, (traducción de Carlos Martín, Diamante), Colección Obras Maestras, Barcelona, 1971, pp. 269 y 270.

[38] Palacios Rizzo, A. y Bariffi Artigue, F.: *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Cinca, Madrid, 2007, p.40, y Garland, R.: *The eye of the beholder. Deformity & Disability in the Graeco—Roman world*, Duckworth, London, 1995, p. 43.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

social y reutilización social, como diríamos actualmente), incentivándolos así para otras batallas. Nuevamente se recurre a la influencia de consideraciones religiosas, políticas, económicas y de utilidad social, pues salvo el aliento a los luchadores autosuficientes que no suponían un problema de dependencia, el motivo principal del infanticidio era la dificultad económica y social que suponía la atención y el cuidado a un niño con algún tipo de discapacidad.

En esta época, al igual que sucedía con el infanticidio, la eliminación de los ancianos también se aplicaba en muchos casos para evitar la aparición de necesidades con cobertura problemática, bien fuera para las familias o para el Estado. En cualquier caso, resulta necesario indicar que la ancianidad se afrontaba en la antigüedad clásica bajo dos perspectivas: una de carácter preventivo, que buscaba llegar a la ancianidad en las mejores condiciones de salud posible, y otra, situada en un polo completamente opuesto, relacionada con el descarte o la *kairotanasia*, considerada para el profesor López Pulido como "la *muerte oportuna* referida a la decisión que toma la persona de infligirse la muerte llegando a la conclusión de que la vida ya no puede seguir disfrutándose con un mínimo de condiciones psíquicas y físicas las cuales la hagan apetecible y digna de ser vivida"[39]. Pulido, que analiza esas dos tendencias tras examinar un amplio abanico de fuentes[40], describe cómo vivían algunas personas de edad provecta que apostaron por la primera perspectiva prevencionista, relatando los anhelos de los jóvenes inquietos por saber cuál debería ser su vejez y los consejos sobre qué debían hacer para llegar a la ancianidad en las mejores condiciones posibles, pudiendo disfrutar de ella. Esta imagen de la antigüedad clásica no difiere de nuestra visión actual sobre el envejecimiento activo, respondiendo tal concepción a una doctrina sobre el cuidado del anciano basada en el control de la salud, en las propiedades higiénicas y terapéuticas del baño, los estudios sobre la dieta saludable y sus efectos sobre el envejecimiento, la importancia del ejercicio físico que repercute en la salud mental y en el aumento de las sensaciones relacionadas con la satisfacción y el bienestar. Según el Profesor Pulido, es Cicerón quien realiza "un esfuerzo considerable por evitar la idea, generalmente asentada, de que todas aquellas limitaciones que la vejez lleva aparejada constituyen un hándicap imposible de superar para obtener una buena calidad de vida"[41]. No olvidemos que este envejecimiento

[39] López-Pulido, A: "Kairotanasia y ancianidad en la antigüedad clásica", *Revista Humanidades*, vol. 7, núm. 1, 2017, p. 1-46. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15517/h.v7i1.27642 (acceso 08/01/22).

[40] Entre ellas, De senectute de Cicerón, verdadero encomio de la vejez y el primer tratado de gerontología que poseemos de mediados del siglo I a.C., a las que se debe sumar la iconografía que es tendenciosa y parcial por lo general, pues tanto en el arte como en la mitología se exageran, se generalizan, se exaltan o se suavizan aquellos aspectos que interesan al estamento del que proceden o para el que se escribe, pero que no dejan de ser fuentes de información. Así como cartas, textos autobiográficos ofrecidos en versión literaria, reflexión filosófica de novelas, obras teatrales y composiciones poéticas ya que presentan, de forma real o modificada, la realidad humana que recrean. Importantes son también los testimonios provenientes de la literatura médica por constituir un inestimable caudal de datos: el análisis y posible diagnóstico de las enfermedades, el saber cómo los antiguos se enfrentaban a la vejez y qué opinión tenían acerca de ella, así como su reacción ante la muerte. López-Pulido, A.: "Kairotanasia y ancianidad en la antigüedad clásica", ob. cit. p. 4.

[41] "...es preciso llevar un control de la salud, hay que practicar ejercicios moderados, hay que tomar la cantidad de comida y bebida conveniente para reponer las fuerzas, no para ahogarlas. Y no sólo hay que ayudar al cuerpo, sino mucho más a la mente y al espíritu. Puesto que también éstos se extinguen con la vejez, a menos que les vayas echando aceite como a una lamparilla" (Cicerón, Sobre la vejez, XI 36), o "…lo segundo es que yo me hallo mejor, primeramente en la salud corporal, la cual tenía estragada con la falta de ejercicio" (Cicerón, Cartas a los familiares, IX XVIII, 1-2). López-Pulido, A.: "Kairotanasia y ancianidad en la antigüedad clásica", ob. cit., p. 6-7.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

activo, a la luz del modelo que planteaba Cicerón, se podía interpretar como el resultado de las diversas adaptaciones que el individuo iba realizando durante las últimas etapas de su vida mediante las cuales iba adquiriendo un buen desarrollo físico, cognitivo, social, emocional-motivacional y espiritual en beneficio social o familiar; con todo esto podríamos eliminar el mito que atribuye al Mundo antiguo la falta de cuidados a las personas de edad avanzada.

Para analizar la segunda de las perspectivas estudiadas por el profesor Pulido, hay que tener en cuenta que en la Antigüedad clásica la ancianidad solo se vislumbra en los grupos privilegiados, cuyos miembros solían alcanzar edades más avanzadas que los pertenecientes a las capas populares de la sociedad, pero ello no impide que sea posible basar el análisis del descarte o la *kairotanasia* en el mundo clásico desde un contexto global sociocultural[42]. Así, los hombres de edad avanzada que ya no podían valerse por sí mismos racionalizaban su muerte mediante la retención del alimento, argumentando que llegaba el *momento oportuno*: era un claro acto de libertad, teniendo en cuenta que no podían decidir el momento de su nacimiento, pero sí la de su muerte. La auto privación de la vida se debió interpretar como consecuencia de la degeneración física y mental que causaba su avanzada edad, por lo que podía dejarse morir cuando lo exigiese el interés de la patria o decayera su utilidad social, o desde un punto de vista sanitario, ante enfermedades incurables y pérdidas de autonomía vital por falta de recursos. Respecto al contexto social que envolvía a la *Kairotanasia*, el relato de cómo se produce en Grecia la muerte de Demócrito de Abdera (370 a. C.), es singular resaltando las súplicas de la hermana, en el sentido de que si no alargaba tres días el *momento oportuno,* le impediría acudir a los cultos que debía tributarle a la diosa Deméter[43]. Esta cuestión tiene que ver con el hecho de que las mujeres desempeñaban un papel específico no sólo en el momento del nacimiento, sino también en los rituales funerarios (preparación del cuerpo del fallecido para purificarlo antes de la presentación a próximos y amigos), lo que hace pensar que asumían una función similar de atención y cuidados ante los momentos previos a la muerte. Igualmente, si nos trasladamos a Roma, vemos como seguían la misma tendencia según Molina Martínez, que nos habla de "una muerte voluntaria que debía ser alcanzada de forma serena y apacible siendo aceptada, pero nunca como un acto de huida de las miserias de la vida sino como un acto de razón, conforme al orden natural del que forma parte el alma humana"[44]. Parece obvio, pues, que, en este contexto social, la falta de recursos de apoyo social e intervencionismo estatal ante las necesidades de atención y cuidados no era considerado como un problema social real.

[42] La idea del momento justo y de la oportunidad enlaza con Kairós, dios del momento oportuno que, a la par era un claro concepto para los pitagóricos (para estos, la oportunidad en cada acción, y sobre todo en las relaciones humanas, fue atestiguada entre sus enseñanzas) y también tenido en cuenta por los sofistas los cuales solían resaltar que la retórica era una disciplina inigualable para adaptarse y saber aprovechar las circunstancias cambiantes. López-Pulido, A.: "Kairotanasia y ancianidad en la antigüedad clásica", ob. cit. p. 3.

[43]Festividad de las Tesmoforias, fiestas en honor a Deméter (es la divinidad protectora responsable del nacimiento, rol que asumían las mujeres en aquella época), López-Pulido, A.: "Kairotanasia y ancianidad en la antigüedad clásica", ob. cit., p. 6.

[44] Molina-Martínez, A.*: Historia de un suicidio: Marcus Salvius Otho*, 2013. En Bravo, G. y González, R. (Eds.): *Formas de morir y formas de matar en la Antigüedad romana*, Madrid-Salamanca: Signifer, 2014, según publicación de López-Pulido, A.; "Kairotanasia y ancianidad en la antigüedad clásica", ob. cit. p. 19.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La caída del imperio Romano (476 d.C.) nos traslada históricamente a Constantinopla, al imperio bizantino, donde continúa la tradición romana pero con influencias del cristianismo. Desde los primeros siglos de la Iglesia, el humanitarismo cristiano ante necesidades sociales no atendidas abre sus puertas al intervencionismo positivo con amagos de institucionalización del trabajo de cuidados; prueba de ello es el socorro propiciado a los menos afortunados y a toda clase de pobres, fundándose a tal fin casas de caridad y hospicios: "los que estaban destinados para enfermos se llamaban *nosocomios*, los de peregrinos *xenodochîos*, para viejos *gerontocomios* y para niños desamparados *orphanotrofios*, otros *brephotrophios* que sirven para la educación de los niños, sin que faltase para viudas y doncellas, de modo que no había pobre de esfera alguna, que no tuviera su común hospicio y recogimiento"[45]. Pasamos por tanto a una nueva intervención social de la atención y los cuidados algo más práctica.

1.2.- Intervencionismo positivo: asistencia, rehabilitación y prevención.

En la Europa occidental medieval, la Iglesia Católica se convierte en la primera institución benéfica, pero realmente en este extenso periodo de transición histórica la cobertura de las necesidades sociales en la atención y los cuidados también dependerá del contexto social; vemos como ejemplo que durante la *alta edad media* (S.V d.C.-S.XI d.C), el interés por mejorar la economía agrícola y ganadera, la necesidad de mano de obra y la elevada tasa de mortalidad (resaltando el factor demográfico como criterio), hacía recomendable dejar en la Iglesia a los hijos no deseados, evitando así prácticas como el infanticidio en provecho del interés socioeconómico. En cambio en la *baja edad media* (S.XI d.C.-S.XV d.C), la tradición *demonológica* de finales del medievo y principios del renacimiento, en la que se instaura la *inquisición*, se convierte en el periodo más oscuro y desafortunado para determinados personajes que, simplemente por problemas de conductas, no interesan socialmente (trasladado a nuestra época hablamos de colectivos susceptibles de exclusión social o marginación). Se trata, en palabras de Pérez Álvarez, de *personajes sociales a sanar o a segregar*: "era conveniente para el mantenimiento de la autoridad religiosa la existencia de víctimas propiciatorias en torno a las que estrechar el poder. Estas serían los judíos, las brujas (mujeres) y otros herejes. El médico (sanador) y el sacerdote (monje), tendrían la tarea de *diagnosticar diferencialmente* si un comportamiento extraño (es decir, necesitado de una atención sociosanitaria), era un proceso natural o uno diabólico, donde el peritaje médico (y el social) estaba atenido a la misma lógica teológica"[46]. Es claro que, en la Edad Media, la marginación y la estigmatización siguen marcando a determinadas personas por su vulnerabilidad social, por lo que, para dar respuesta a la atención y a los cuidados de este y otros colectivos ante la

[45] Lorenzana, F. A.: *Venerables Párrocos*, Mercurio Histórico y Político, Madrid, 1778. Diccionario histórico de la lengua española. 5.ª Entrega, Versión del 31/01/2018. Disponible en: https://www.rae.es/dhle/nosocomio (acceso 12/01/22), y en este mismo contexto dice Scheerenberger (1984, p. 36) del más famoso de estos centros: "se sabe de un complejo constituido por hospicio militar, orfanato y asilo para ciegos que contaba con 7.000 camas. Las inclusas y los asilos para ancianos proliferaron por todo el mundo bizantino", y donde otros datos señalan que el primer asilo para niños abandonados fue fundado en el año 787 por Datheus, arzobispo de Milán, y el hospital más antiguo conocido data del año 850 de Saint-Gall (Suiza). Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 56-60.

[46] Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 60, citado de Pérez Álvarez, M.: "Proyecto docente. Área: personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Perfil: Psicoterapia (modificación de conducta)". *Universidad de Oviedo*, 1988, p. 22.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

inexistencia de recursos sociosanitarios, van apareciendo otras instituciones que se suman a la eclesiástica, como la familia y los señores feudales que sufragan con donaciones las atenciones. Se van creando así nuevos hospicios, además de asociaciones, Gremios, Cofradías Hermandades y Montepíos (sistemas de previsión social, antecedentes de nuestra Seguridad Social) para atender las necesidades o contingencias previsibles relacionada con los cuidados ante situaciones de enfermedad, invalidez, vejez y muerte[47]. Dos criterios son los que se aprecian en este momento en la valoración positiva de la atención a las personas con necesidades sociosanitarias: por un lado, los factores económicos de producción, y, por otro, los valores morales que de forma progresiva van adquiriendo las sociedades a medida que evolucionan.

Así, el progreso social hace que las técnicas de intervención sociosanitarias evolucionen a la par; concretamente, por su antigüedad, la *acción asistencial* tiende a ser considerada como arcaica (ya superada), puesto que la orientación era *conservar vivo* al sujeto con carencias bajo un enfoque de subsistencia propio de sociedades estamentales y donde la movilidad socio familiar era inexistente, tal como hemos podido apreciar hasta ahora. Conviene aclarar, sin embargo, que no necesariamente se limitaba únicamente a cubrir necesidades fisiológicas, sino se ha podido comprobar que el cuidado de subsistencia aparece asociado a la educación y al trabajo tal como veremos a partir de ahora, sobre todo para colectivos con cierta potencialidad de autosuficiencia, como pueden ser las personas con discapacidades físicas y sensoriales o la infancia. Igualmente, la *mendicidad*, *técnica rudimentaria asistencial* tan usada en la Edad Media, que aún perdura de una forma u otra, va sufriendo sus tradicionales restricciones, evolucionando hacia sistemas de protección influenciados por el asociacionismo o por las primeras intervenciones del Estado[48].

Pero la que realmente presenta un carácter novedoso dentro de las técnicas asistenciales y que evolucionará hasta nuestros días, además de ser uno de los elementos claves de nuestro estudio, es la *ayuda a domicilio*, de la que encontramos referencias en las primeras regulaciones del socorro domiciliario (sobre las que luego hablaremos), que priorizan el *socorro y hospitalidad domiciliaria* de las que hablaba Demetrio Casado[49], sobre la atención en centros residenciales[50]. De igual manera,

---

[47] Fernández Iglesias, J.L.: "Historia, discapacidad y valía", en Ledesma Heras, J.A. (ed.): *La imagen social de las personas con discapacidad*, Cinca, España, 2008, p. 186, …. junto con otros ejemplos de recursos que en el medievo suplen las carencias de atención y cuidados sociosanitarios a personas con discapacidad física sensorial o a personas en situación de pobreza: desde Juan de Beverley (685-721) que publica un ensayo teórico aislado sobre la educación de *sordomudos* (lo que potencia su valía, autonomía e independencia); tras la batalla de las Navas de Tolosa (1212), los excombatientes que quedan *ciegos* forman una *cofradía* en Toledo, a la que el rey castellano Alfonso VIII protege con exenciones y privilegios; en 1260 se produce la creación atribuida a Luis IX de Francia (1214-1270), del *primer centro para ciegos* destinado a los 300 soldados que regresan con problemas visuales de las cruzadas; en 1329 se constituye en Valencia una *asociación de mendigos* que se encarga de determinar los puestos en que cada asociado ha de pedir limosna, cobrándoles una cuota para disponer de un fondo con el que atender a sus miembros en caso de enfermedad; Rodolfo Agrícola (1433-1485) expone el caso de un *sordomudo* instruido, y en 1537 se crea la *cofradía de ciegos* de Zaragoza, antecedente de la actual ONCE en favor de los ciegos previamente reconocidos por el médico. Véase, al respecto, Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 61, 87 y 88.

[48] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, ob. cit., p. 58 y 59.

[49] Ibídem, ob. cit., p. 60.

[50] Cantó Blasco, F.: *Asistencia domiciliaria*. El Genio Médico-Quirúrgico, Madrid, 1873: "en la primera, buscan al pobre en su propia casa para prodigar sus auxilios los encargados de la Beneficencia;

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

mención especial había que dar, según este autor, a los *centros asistenciales de carácter residencial* que, a partir de los hospicios descritos anteriormente como establecimientos estrictamente sanitarios asistenciales de carácter polivalente donde se atendían todo tipo de situaciones (enfermos, dementes, ciegos, sordomudos, viejos, impedidos, pobres, huérfanos, desvalidos, peregrinos), se irían especializando posteriormente, segregando la atención hacia las minusvalías físicas, psíquicas, infancia, personas mayores o personas sin recursos, y enfocando la atención de forma integral desde un punto de vista sociosanitario.

Casado, haciendo referencia a Fray Juan de Medina (discípulo de Juan Luis Vives), que fue pionero en la creación de una organización racionalizadora de la atención a los menesterosos, y a Domingo de Soto, ambos de 1.545, se manifiesta favorable al socorro domiciliario cuando fuese posible, pero argumentando que la verdadera preferencia por la asistencia a los necesitados llegará a justificarse posteriormente en el ordenamiento de nuestra Beneficencia Pública[51].

Y de forma adicional, si hablamos de los inicios de la *rehabilitación* como técnica de intervención ante las necesidades, de manera irremediable debemos observar las acciones del ya mencionado Juan Luis Vives (1492-1540)[52], el Maestro, pionero en asuntos sociales entre otras cuestiones, y que plantea el problema de la *pobreza* dando prioridad a una visión humanista por encima de la perspectiva mística, aunque mantenga esta como base fundamental de su trabajo; el enfoque innovador de atención a las carencias con un carácter predominante rehabilitador queda muy alejado del sentido represivo o asistencial conocido hasta la época antigua. Igualmente, el profesor Jordi Sabater destaca su modernidad y la importancia de un modelo intervencionista en el que hace partícipe al Estado de las posibles atenciones a las personas necesitadas frente al control tradicional de la Iglesia. Así nos explica la nueva aportación de Vives: "formula una propuesta de organización de un sistema de asistencia social destinado a desactivar la conflictividad social mediante el control institucional y el intervencionismo de los poderes locales. En ello, sin duda, radica su profunda modernidad. Al ver en el Estado el tan necesario agente para intentar gestionar las

en la segunda es el enfermo el que implora la caridad a las puertas del Nosocomio". Diccionario histórico de la lengua española. 5.ª Entrega, versión del 31/01/2018. Disponible en: https://www.rae.es/dhle/nosocomio (acceso 13/01/22).

[51] AAVV, *Servicio de Ayuda a Domicilio. Manual de planificación y formación*. *3ª edición*. Prólogo de la segunda edición. Pilar Rodríguez Rodríguez (Dir.), Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid, 2011.

[52] Juan Luis Vives, nace el 6 de marzo de 1492 en Valencia y fallece el 6 de mayo de 1540 en Brujas. Fue alumno de Erasmo de Róterdam (filósofo humanista, filólogo y teólogo cristiano neerlandés, considerado como uno de los más grandes eruditos del Renacimiento nórdico), por lo que, en la misma línea humanista, fue eminente en educación, filosofía y psicología. En educación, Vives alcanzó renombre a través de obras como "De ratione studii puerilis" (1523) sobre el método correcto de instrucción para niños y "De disciplinis libri XX" (1531), veinte libros sobre disciplinas en las que defendía el uso de la lengua vernácula en las escuelas; abogó por la construcción de academias y apoyó la educación de las mujeres. El reclamo de eminencia de Vives en psicología y método filosófico, se basa en su obra "De anima et vita libri tres" (1538), tres libros sobre el alma y sobre la vida donde se anticipan las ideas de los grandes pensadores del siglo posterior a su muerte, por su énfasis en la inducción como método de descubrimiento psicológico y filosófico, por los editores de Encyclopaedia Britannica. Disponible en: https://www-britannica-com.translate.goog/biography/Juan-Luis-Vives (acceso 13/01/22).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

desigualdades y contradicciones del desarrollo económico capitalista"[53], sobre todo porque Vives es conocedor de que, el problema de la pobreza es un peligro para la paz social.

Para ello, el Maestro sigue aportando ideas bien fundamentadas de forma estratégica por lo que cada vez resultaba más difícil esquivar su modelo de intervención; es en *De subventione pauperum*, obra que publicó en Brujas (1526) y que dedicó a los *burgomaestres* y al *senado* de esta ciudad (no considerándolo únicamente un obsequio intelectual, sino también una incitación a que pusieran en práctica su propuesta en materia de acción pública[54]), donde discurre con ingenio un método para suprimir el *limosneo y la mendicidad*, en definitiva la pobreza, que persiste en la actualidad en el amplio campo de la intervención social.

Dicho método apuesta, en primer lugar, por la *investigación*; una investigación cuidadosa que averigüe sobre todo las necesidades: el número de pobres, mendigos o vergonzantes; seguidamente, tras el registro y el análisis de los datos recogidos, será cuando se podrá discernir señalando la diferencia entre, por un lado, personas *sanas* a las que se les *enseñará a trabajar* dándoles un sentido de utilidad (pobres fingidos), y, por otro, personas con *necesidad de socorro social o sanitario* indistintamente (pobres verdaderos), tales como ciegos, ancianos, enfermos físicos o mentales, mendigos, etc., puesto que el Maestro Vives considera pobre no sólo a los que carecen de dinero, sino también a los *menesterosos de ayuda, a los privados de fuerzas, de ingenio o de juicio y a los que presentan alguna insuficiencia humana*. Concretamente, en su obra nos cuenta que "todo el que es menesteroso de ayuda ajena es pobre y ha de menester misericordia, que en griego equivale a limosna, la cual no consiste exclusivamente en la sola distribución de dinero, como piensa el vulgo, sino en *toda obra* con que se alivia la *insuficiencia humana*"[55].

Al hilo de estas insuficiencias humanas o necesidades, y antes de continuar con el análisis de su modelo de intervención, creemos conveniente abrir un paréntesis para volver a tratar brevemente el tema de las necesidades sociales, ya planteadas al inicio del capítulo como argumento trascendente y concepto básico de este estudio, a la luz del tratado donde Vives plantea cuales son las necesidades humanas susceptibles de cobertura, aquellas que quizás, más tarde, inspiraron a Maslow a completar su pirámide motivacional, entre las que prevalecen la necesidad *espiritual, la psicobiológica y la material*.

Si nos vamos a su obra *De subventione pauperum*, en el capítulo II, desde el primer momento plantea al hombre en lucha del alma con el cuerpo[56], donde nadie es tan *robusto* física ni intelectualmente como para vivir de forma independiente y sin necesidad de *integración social*, que describe de forma escalonada; en un primer lugar formando parte de la *familia*; después se procura de *compañeros de fatigas* formando parte de un núcleo social en el que resalta el beneficio de la *ayuda mutua* (de tanta importancia para la cobertura de las necesidades sociales y provechosa para la

[53] Jordi Sabater Profesor de la Facultad de Educación Social y Trabajo Social Pere Tarrés, Educación Social 67, Libros recuperados, "Del socorro de los pobres", Valencia: Hacer, 1992, p. 140.

[54] Vives, J.L.: *Del socorro de los pobres / De subventione pauperum*, Edición castellana de 1992, Capítulo de introducción p. 19.

[55] Vives, J.L.: *Del socorro de los pobres*, ob. cit., p. 52.

[56] Ibídem, p. 45.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

convivencia humana); habla también de la proliferación social (donde apareció el *dinero* tras el surgimiento de los oficios) y con ello la fuerza de los dominantes; lo que llegó a parar en *enfrentamientos sociales*, *enfermedades y pobreza*. No solo describió las necesidades de la época sino que además intentó proveer remedios para aliviar con *atenciones obsequiosas* a aquellos que bien las querrían. Por ello y de *forma preventiva*, para evitar problemas sociales (nuevamente intervención con carácter innovador), recurrió desde el primer momento a la *instrucción*, como Vives le llamaba, *maestros,* que formasen en la vida y mostrasen el camino de la virtud dirigiendo la razón; desde primera hora los padres (la familia), seguidos de los allegados (menos obligados por el deudo de la sangre), llegando a necesitar posteriormente la cooperación ajena de las escuelas y los maestros de la sabiduría (sin buenos maestros, toda la vida de una persona incluida su salud, está supeditada al auxilio ajeno, quedando sumergida en la pobreza).

Según Vives, solo a partir de estos conocimientos es cuando se podría aplicar un programa específico de intervención supeditado a ocho medidas innovadoras: 1) limitar las acciones positivas a los pobres verdaderos; 2) priorizar la autosuficiencia a través del trabajo, conteniendo la vida dependiente; 3) instrucción y rehabilitación profesional con vistas a tomar un papel activo (por parte de aquellos con falta de competencias u otras características invalidantes como podía ser la edad o discapacidad física); 4) integración laboral, provisión de empleos y reciclaje profesional (en busca de la productividad laboral); 5) complementación de los ingresos ocasionados como parte del rendimiento de trabajo con subsidios cuando aquellos no fueran suficientes hasta alcanzar un mínimo vital (protección social); 6) incorporación de enfermos y viejos en programas de terapia ocupacional; 7) provisión de asistencia a pobres no válidos; y, por último, 8) optimización de recursos técnicos y económicos en la gestión de atención residencial[57]. Los recursos para tan costoso procedimiento podrían proceder de limosnas voluntarias, rentas e ingresos de instituciones de caridad, presupuesto para fiestas y regocijos públicos, así como de las rentas de los Abades y superiores eclesiásticos.

¡Sorprendentemente, *De subventione pauperum* fue incluido en el Índex Librorum Prohibitorum et expurgatorum![58].

Sin desperdicio ninguno, Luis Vives es un precursor de nuestra época, pero también hilo conductor de este trabajo, pues plantea ideas plenamente actuales relacionadas con nuestra investigación, como la necesidad de rentabilizar socialmente a las personas dependientes, con discapacidad o con enfermedades potenciando su autonomía e independencia; y desde el punto de vista de la profesión en atención a los cuidados, priorizando la educación de calidad en todas las etapas de la vida, evitando situaciones futuras de necesidad o pobreza con un marcado carácter preventivo. Apuesta así por la capacitación profesional y por el reciclaje, por la integración sociolaboral; y, en la línea de lo que hoy exige el paradigma de trabajo decente, lucha por el trabajo con condiciones adecuadas, dirigiendo su atención hacia la búsqueda del trabajo protegido. Ideas todas ellas que también pueden ser trasladadas a las personas que están siendo

[57] Vives, J.L: Del socorro de los pobres, ob. cit., p. 24.

[58]Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, ob. cit., p. 90. Disponible en: https://bibliotecahistoricausal.wordpress.com/2020/12/30/index-librorum-prohibitorum-et-expurgatorum/ (acceso 15/1/22).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cuidadas, puesto que su filosofía de intervención se basa en la rehabilitación y la capacitación que eviten la existencia de la situación de necesidad.

A raíz de la implantación de esta ideología en España, se plasmaron diferentes disposiciones con la intención de organizar las intervenciones de atención y cuidados a personas necesitadas (discapacitados, especialmente a los ciegos, enfermos, pobres, niños, mayores), erradicando en lo posible las situaciones de pobreza y necesidad[59]; plasmación jurídica de esta línea de actuación sería la gobernanza del emperador Carlos I (1523), donde proclamaba la visita de los Consejeros de gobierno a los hospitales, hospicios y casas de misericordia para *proveer en las necesidades de nuestro Patronazgo Real, desterrando de nuestras Justicias a las personas necesitadas para que sus Prelados y sus Provisores les asistan*[60]; igualmente Felipe II (1565), siguiendo las tendencias de Vives, legisla sobre las condiciones que debían convenir en los pobres para que se les concediera la correspondiente *licencia de mendicidad*, excusando a los falsos pobres o prohibiendo a los pobres de traer consigo a sus hijos mayores de cinco años, dirigiéndolos hacia *aprendizaje de un oficio*[61]; Carlos II (1671), por su parte, estableció por Ley al *registro* de los verdaderos pobres, permitiéndoles pedir limosna con *licencia y tablilla* de acreditación, e incluso aquellos que salieran de los hospitales debían actuar con la oportuna diligencia, incurriendo en penas quienes pidieran sin las oportunas licencias (galera o destierro)[62]; la instrucción y el realce de las capacidades es la base sobre la que legisla Carlos III (1780), exigiendo por Ley que todos los niños se aplicaran a la escuela de letras primarias para el aprendizaje de un oficio que, como regla general, debería haber en los hospicios para que fueran instruidos en ellos como costumbre y cuestión moral; así como posibilitar a los adultos y a los ancianos a que pudieran trabajar en los hospicios cuidando de los niños y del mantenimiento de los espacios en uso; del mismo modo, mujeres ancianas hábiles podían destinarse proporcionalmente, y con el mismo cuidado, para algunas labores, aseo de la casa y vigilancia de las niñas[63]; poco después, el propio Carlos III (1788) decreta una orden respecto al cuidado por sus Rectores de las casas de expósitos para la asistencia, lactancia y educación de los niños, evitando la excesiva mortalidad de estos para que fueran vasallos útiles en beneficio público[64].

2.- El contexto histórico del trabajo de cuidados de personas dependientes como actividad realizada en el entorno familiar.

Independientemente de las necesidades planteadas por Vives y posteriormente por Maslow, es claro que las necesidades de cuidados han sido universales, por lo que a lo largo de la historia alguien debía asumirlas, no quedaba otra elección. Tratar la esencialidad de los cuidados equivale a hacer referencia al trabajo reproductivo,

[59] Leyes proclamadas entre los S.XVI hasta el S.XVIII que pueden ser consultadas en el Tomo Tercero de la Novísima Recopilación de las Leyes de España, Libros VI y VII, pp. 703-721.

[60] Ley I, Título XXXVIII, D. Carlos I y Dña. Juana, Madrid, 1528 petición 1: visita de los hospitales de San Lázaro, San Antón, y provisión de sus mayorales y mamposteros, p. 694.

[61] Ley III de D. Felipe II, Madrid, 1565, p. 695.

[62] Ley XV de D. Carlos II, Madrid, 1671, p. 707.

[63] Ley V y Ley VII de D. Carlos III, 1780, p. 695, instrucción y aplicación de los hospicianos a los ejercicios, oficios y artes útiles al Estado p. 698.

[64] Ley III de D. Carlos III, 1788, p. 688.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

esencial para la creación y para el mantenimiento de las personas, de las familias y, en definitiva, de las sociedades.

Cuidar, asistir, guardar y conservar[65] son conceptos inmutables en el tiempo, que implican desde siempre alimentar, mantener la vivienda, proporcionar vestido, criar a los hijos, asistir en las enfermedades, ayudar a personas dependientes, dar consejos; en definitiva, ofrecer ayuda práctica instrumental y emocional. Se trata de actividades de diversa consideración que podían hacerse de forma continuada o de forma esporádica, atendiendo al ciclo vital de las personas o de forma imprevista según coyunturas críticas.

En el escenario histórico social de las necesidades de cuidado, nos hemos encontrado, por un lado, con una infancia cada vez más protegida jurídicamente por su futura utilidad social donde se incrementan las exigencias en su cuidado (alimentación, salud, educación); por otra parte, hemos podido encontrar el esbozo que da principio al desarrollo de la atención en las necesidades de cuidados a la vejez que, por su fragilidad, no podían valerse por sí mismos en la última etapa de su vida; y, finalmente, debe añadirse la preocupación por la mejora en la sanidad, donde las sociedades insistiendo con tesón en la corrección de las taras físicas del ser humano, han podido superar enfermedades, alteraciones congénitas o discapacidades.

Por tanto, determinar quién va a necesitar de cuidados y en qué consistirán esos cuidados es algo dinámico, construido socialmente, que variará según el momento y el contexto cultural, pasando entonces por diferentes formas de provisión: evolucionando desde las privadas, como las familias, la comunidad o el mercado, hasta las fórmulas de cobertura institucional o los servicios públicos provenientes del Estado.

La historia, además, ha demostrado que el *autocuidado permanente* forma parte esencial para el mantenimiento de la vida; siempre ha habido alguien que se ocupa de los demás, pues en las diferentes etapas vitales las personas enferman, se invalidan, envejecen, pueden llegar a situaciones de dependencia, por lo que debemos *autocuidarnos* para poder cuidar a las personas más vulnerables de nuestro entorno más inmediato. Como señala Casado: "donde acaba la autoprovisión comienza la heteroprovisión, y la modalidad más personal de heteroprovisión es la familiar"[66]; así, la familia es un circuito importante en la provisión de bienes y servicios a sus miembros de convivencia donde la cobertura de necesidades abarca todas sus categorías, desde las fisiológicas más básicas, pasando por las de seguridad, afecto y estima, hasta llegar a las de autorrealización. Su importancia es de tal calado que cualquier fallo en la cobertura de estas necesidades por parte de la familia genera una demanda exterior muy significativa de los servicios de cuidados. Conviene aclarar, por otra parte, que la cobertura de necesidades en la familia tiene una estructura de producción clara y constante, en la que generalmente los miembros maduros y capaces son los sujetos activos, apareciendo los beneficiarios como sujetos pasivos; es curioso comprobar cómo, para la cobertura de las necesidades fisiológicas, esta estructura de producción suele ser así casi siempre, mientras que las necesidades afectivas más

[65] Del ant. *coidar*, y este del lat. *cogitāre* 'pensar', segunda acepción, RAE, versión electrónica 23.5. (acceso 22/01/22).

[66] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, ob. cit., p. 71.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

elevadas son satisfechas por cualquier miembro de la familia. Sirva como ejemplo el afecto que pueda transmitir un niño a un adulto (nieto-abuelo), de ahí la enorme potencialidad que pueden alcanzar las familias para la cobertura de esta tipología de necesidades.

La desigual distribución de la riqueza tiene también un fuerte impacto en los cuidados en el entorno familiar que derivará en secuelas posteriores. Las desigualdades sociales existentes desde siempre inciden en la desigualdad de la salud, y los sectores populares más desfavorecidos con mayores necesidades de atención a su cargo (niños, discapacitados, mayores), cuidan y son cuidados en peores condiciones, por lo que acumulan una doble crisis de cuidados. Conviene dejar claro desde el principio que pagar para que alguien realice los trabajos de cuidados y las tareas domésticas que lleva asociadas no es algo nuevo, como pone de manifiesto la histórica presencia de esclavos, sirvientes, nodrizas y criadas al servicio de las clases sociales privilegiadas, siempre obedientes, careciendo de libertad bajo el dominio de otros y recibiendo una contraprestación en dinero o en especie para su subsistencia. Por tanto, en palabras de Dolors Comas, los trabajos de cuidados constituyen un proceso integrado para la producción de bienes y servicios, junto con la reproducción, pues "no hay sistema productivo ni sociedad alguna que puedan existir sin que se reproduzca la vida y se sostenga; no hay producción sin reproducción"[67], lo que nos permite vislumbrar la importancia de la economía de los cuidados y de la unidad familiar.

Así, independientemente de la clase social asociada a los cuidados, la familia es la institución que tradicionalmente se ha considerado responsable del cuidado de sus miembros. Desde la antropología se ha analizado cómo el género, que impregna principios morales y éticos, así como el parentesco en base a la reciprocidad, constituyen las relaciones que se activan para proporcionar los cuidados en el marco familiar[68]. De forma complementaria, desde una visión social, la atención y los cuidados a personas con necesidades sanitarias o sociales ha sido asumida tradicionalmente por la familia, siendo desempeñada *sin un proceder*. Las razones que estarían en la base de esa realidad social se fundamentan en consideraciones culturales tradicionales con valores de supremacía androcéntrica: distribución de roles por sexos y asignación de ocupaciones, valores y características, por lo que de esta forma *la mujer* ha ido asumiendo tareas reproductivas y de cuidados desarrolladas en la *invisibilidad*, siendo por tanto poco valoradas al estar contemplada en la esfera privada. De forma paralela, el hombre asumía roles totalmente diferenciados, relacionándose socialmente en la esfera pública, en su propio ámbito de ocupación u oficio[69]. Eso no quiere decir que los hombres no cuidan de su familia, sino que lo hacen de manera diferente, porque su obligación primaria era aportar los recursos materiales necesarios para vivir, lo que conlleva una responsabilidad que disminuye o anula tanto el tiempo como su potencial capacidad de dedicación al trabajo de cuidados. Ahora bien, a

[67] Comas-d'Argemir, D.: "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados", *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 49, 2019, pp. 13-29. ISSN 1850-275x (en línea) / ISSN 0327-3776 (impresa).

[68] Desde diferentes disciplinas autores como Carsten 2004; Drotbohm y Alber, 2015; Gilligan, 2013; Comas d'Argemir, D. y Soronellas, 2019, citados por Comas-d'Argemir, D.: "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados", ob. cit. pp. 13-29.

[69] Ministerio de Igualdad. *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: Valoración económica*, Instituto de la Mujer, Madrid, 2008.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

diferencia de las tareas de atención y cuidados desempeñadas por las mujeres, las actividades realizadas por los hombres siempre han sido contabilizadas y remuneradas.

Por otro lado, si atendemos a otras razones basadas en los rasgos de personalidad, la particularidad de dichas consideraciones radica en que las mujeres desde siempre han decidido por ellas mismas realizar estas tareas y ocupar la esfera de lo privado. A nuestro juicio, esta particularidad se debe a la necesidad histórica de que las mujeres asumieran el compromiso de realizar esas funciones ante la inexistencia de recursos sociosanitarios, de políticas sociales o de un Estado de Bienestar como tal, a lo que se sumaba las exigencias morales que en cada etapa histórica imponían los tradicionales valores religiosos.

Actualmente, el Parlamento Europeo sigue reconociendo que las mujeres en cuanto a esposas, madres, hijas o hermanas durante muchos años han sido las más afectadas asumiendo las tareas correspondientes a cuidados y a los trabajos domésticos aparejados, de ahí que estas tareas no se hayan valorado lo suficiente: "*el trabajo doméstico y la atención asistencial fueron concebidos socialmente por las sociedades patriarcales como actividades marcadas por el género y se han caracterizado tradicionalmente por su poco reconocimiento y su invisibilidad; tal es así, que las sociedades actuales siguen considerando que esos trabajos carecen de valor, a pesar de la contribución que aportan los trabajadores domésticos y los cuidados al bienestar de millones de hogares*"[70].

Se haga pues por reciprocidad, principios culturales, éticos, religiosos o por amor, lo que resulta incuestionable es que el *cuidado no pagado* que se ha venido realizando en las *familias* desde siempre, principalmente por *mujeres*, ha tenido un valor económico aunque no fuera visible, pues así queda de manifiesto cuando el trabajo de cuidados se efectúa en el contexto del mercado y cuando las administraciones públicas lo van institucionalizando. Además, el trasfondo de esta tradicional derivación al entorno familiar del trabajo de cuidados ha sido economizar el gasto público, al asumir las familias de forma íntegra la responsabilidad de los cuidados. Por tanto, el análisis de la atención y los cuidados en el ámbito familiar reviste un interés particular que perdura hasta nuestros días puesto que incorpora caracteres contradictorios: por un lado, no se consigue desvincular de la esfera familiar por ser una dedicación íntima y emocional asociada de por vida a la esfera privada tradicional, mientras que, por otro lado, la necesidad de socializar el coste del trabajo de cuidados se ha ido institucionalizando, entrando así en el círculo de la economía y de la esfera pública.

Evolucionando en los cuidados familiares, su reconocimiento y visibilidad se van haciendo cada vez más necesarias, mediante su valoración social, laboral o económica, mediante el respeto a los derechos de las personas cuidadoras y al de las personas

[70] Parlamento Europeo: Informe sobre las Trabajadoras Domésticas y las Cuidadoras en la Unión Europea, Documento de Sesión A8-0053/2016, p. 11 y p. 27; y tal y como reflejan otros informes de organismos internacionales, como el Informe sobre Desarrollo Humano, sobre el Trabajo al servicio del Desarrollo Humano, de Naciones Unidas (NN. UU., 2015); El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (2018), resaltando que el trabajo de cuidados ocupa un lugar central en el desarrollo y el bienestar de las sociedades; de igual manera, la formulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en el Objetivo 5, contempla el reconocimiento y valoración del trabajo doméstico, no remunerado, como un elemento fundamental para lograr la igualdad de género.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cuidadas, así como a través de la garantía de una justicia de género en condiciones de igualdad. Es por ello que aún se sigue trabajando sobre todas esas cuestiones: en el apartado f), del Capítulo IV del Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de la Plataforma de Acción de Beijing, publicado en septiembre de 1995, relativo a objetivos estratégicos y medidas, se reconoce que visibilizar el cuidado implica visibilizar su naturaleza: *en algunos países, las mujeres se hacen cargo de un mayor volumen de trabajo no remunerado, como el cuidado de los niños, de los enfermos o de los ancianos, compensando así la pérdida de los ingresos familiares, sobre todo cuando no se dispone de servicios públicos. En muchos casos, en las estrategias de creación de empleo no se ha prestado suficiente atención a ocupaciones y sectores en que han predominado las mujeres; tampoco se ha promovido como es debido el acceso de la mujer a ocupaciones y sectores en que tradicionalmente han predominado los hombres*[71]. Igualmente, la plataforma hace referencia a que la mujer sigue realizando la mayor parte de las labores domésticas y de labor comunitaria no remunerada, así como las prestaciones de asistencia voluntaria a personas y grupos desfavorecidos, labores que no se suele medir en términos cuantitativos ni se valoran en las cuentas nacionales, por lo que la contribución de la mujer al desarrollo se ve seriamente subestimada, y por consiguiente, su reconocimiento social está limitado. Como medida de enmienda plantean, entre otras cuestiones, la plena visibilidad de esta labor no remunerada, contribuyendo así a que se compartan mejor las responsabilidades.

Así pues, examinado el hecho de que el cuidado ha recaído de forma desproporcionada en las mujeres por un lado y en las familias por otro, se sigue pensando en la necesidad de trabajar por su redistribución equitativa entre mujeres y hombres, además de entre familias y Estado, para allanar el camino de la igualdad de género y de los derechos sociales. Proporcionar los servicios de cuidado (para la infancia, las personas mayores, los discapacitados o las personas dependientes), no solo descargaría de las tareas de cuidados a las familias y sobre todo a las mujeres, sino que contribuiría a su *accesibilidad universal*, incluyendo a los sectores más pobres, revirtiendo así la situación ya comentada en la que solo las familias mejor posicionadas socialmente pudieron encontrar apoyos para los cuidados.

Hoy en día, en cuanto a tendencia, el incremento constante de las necesidades de cuidados ante los cambios demográficos y los cambios en las estructuras familiares, están contribuyendo a la externalización de los cuidados hacia los servicios públicos y privados; el cuidado ha sido y sigue siendo cosa exclusiva de mujeres, aunque esperemos que esta situación cambie, porque creemos que es necesario que los hombres, de forma corresponsable, se han de incorporar en la misma proporción a las tareas de cuidado, y ello no sólo como una cuestión de justicia de género, sino también porque *son imprescindibles*, sin duda, para atender con calidad a las crecientes necesidades y demanda de los cuidados en estos momentos de cambios acelerados[72] .

[71] Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. A/CONF.177/20/Rev.1, párrafo 160 y 156 p. 72. Disponible en: https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf (acceso 22/01/22).

[72] Comas-d'Argemir, D.: "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. Cuadernos de Antropología Social", ob. cit. pp. 13-29.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3.- La preocupación de la comunidad internacional por la necesidad de regular el trabajo de cuidados de personas dependientes.

3.1.- Las grandes Declaraciones de Derechos Universales.

El primer reconocimiento de los derechos y libertades individuales se produjo en la Declaración de los Derechos del Hombre de 1789, encuadrable en lo que Marítain llamó como ética de la *libertad* frente a la ética de la *gracia*, puesto que fue la concreción histórica de la primera generación de los derechos del hombre, impulsada por el pensamiento liberal, que pretendió afianzar los derechos individuales, los de participación política, las garantías procesales y el derecho a la propiedad[73]. En relación con el tema que nos ocupa, esta fue la primera declaración de derechos humanos que puso como deber de la Nación la carga de proporcionar ayuda al necesitado y a quien no pudiese desempeñar tarea alguna[74].
La Declaración, que se presenta como universal, pero a la vez abstracta, consagra unos *derechos innatos al ser humano* (dentro de los límites de la idea de *dignidad humana*)[75], refuerza el estatus de ciudadano, definiendo derechos *naturales e imprescriptibles* como la libertad, la justicia, la igualdad de todos los ciudadanos ante la Ley o la seguridad, y reconoce la adquisición de derechos reales que serán fundamentales para recibir, con el transcurso del tiempo, atención y cuidados en las condiciones previstas por la Ley.

En cuanto al contenido de los derechos relacionados con nuestro estudio, cabe destacar, de entrada, sus dos primeros preceptos, puesto que en el art. 1 se hace referencia a que los hombres *nacen y permanecen libres e iguales en derechos* (aunque aún con reticencias de los gobiernos, teniendo en cuenta que mantienen la puerta entreabierta a la distinción social en base a la utilidad común); mientras que su art. 2 viene a ser un claro antecedente de los modernos estados sociales, democráticos y de derecho, al considerar que todas las políticas deben *velar por la conservación de los derechos naturales* de los ciudadanos, apuntando de forma concreta a la seguridad y a la protección de las personas.

También resultan de interés los art. 13 y 14, relativos a la necesidad de la contribución pública de todos los ciudadanos para el mantenimiento de la fuerza pública, puesto que en ellos late la idea indispensable de una contribución común para la cobertura y protección de las necesidades universales de los ciudadanos. Dicha contribución se repartiría de forma equitativa entre los ciudadanos en función proporcional a sus

[73] Vid. Montaigne, A.: *Humanisme Intégral*, París, 1936, reeditado en 1946 y 1968. Especialmente Capítulo Primero II: "L'Humanisme classique et le double problème de l'homme et de la liberté", citado en Peces-barba Martínez, G.: "Los Derechos del Hombre en 1789. Reflexiones en el segundo centenario de la Declaración Francesa", *Anuario de filosofía del Derecho VI*, 57-128, 1989, p. 67.
[74] La primera edición de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, ultimada por la Asamblea Nacional de París en el verano de 1789, es un legado fundamental de la Revolución Francesa; tiene un valor universal, y constituyó la base de la Declaración de las Naciones Unidas en 1948. Organización de las Naciones Unidas, para la educación, la ciencia, y la cultura. UNESCO 2017. Disponible en: http://www.unesco.org/new/es/communication-and-information/memory-of-the-world/register/full-list-of-registered-heritage/registered-heritage-page-6/original-declaration-of-the-rights-of-man-and-of-the-citizen-1789-1791/ (acceso 2/2/22).
[75] Peces-barba Martínez, G.: "Los Derechos del Hombre en 1789. Reflexiones en el segundo centenario de la Declaración Francesa", ob. cit. p.59.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

capacidades, teniendo los ciudadanos la posibilidad de controlar la gestión y el empleo de la recaudación pública siempre en beneficio de todas las personas.

Pero el texto más relevante a nivel internacional donde se consagra el derecho a una atención sociosanitaria como un derecho humano fundamental fue, sin duda, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), adoptada en París por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948[76]. Considera esencial que los derechos humanos sean protegidos por normas legales que proclamen y legitimen la dignidad y la igualdad de todos los ciudadanos, protegiéndoles del temor, de la indigencia y de las miserias sociales, no sólo individualmente sino también de forma colectiva. Serán los Estados Miembros de la comunidad internacional, por tanto, los que deben garantizar y asegurar el respeto universal y efectivo de estos derechos para todos los ciudadanos; además, los Estados deben configurar un marco legal que evite las desigualdades sociales entre la ciudadanía para que no haya pobreza ni vulnerabilidad, siendo por tanto los poderes públicos, mediante sus políticas sociales, las encargadas de ejecutar aquellas disposiciones que vengan a propósito para que todas las personas se sienta protegidas, permitiéndoles el acceso a unos servicios públicos que atiendan la cobertura integral de sus necesidades.

A lo largo de sus treinta artículos, la DUDH establece el reconocimiento de los derechos inalienables de todas las personas y el respeto a su dignidad, consagrando así un ideal común para todas las naciones que tiene como objetivo el progreso social y la elevación del nivel de vida de todos los ciudadanos.
A efectos de nuestro estudio, resulta fundamental el art. 25.1 de la Declaración, donde se resaltan los derechos básicos universales que hacen posible que todas las personas tengan cubiertas las necesidades humanas elementales, garantizando así la sostenibilidad de su dignidad. Se indica, por ello, a tal fin que "t*oda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*", lo que tiene que ser necesariamente completado con el derecho a "*los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad*".

Se hace referencia, por tanto, a los *derecho*s que cubren las necesidades fundamentales sociosanitarias y de protección sociolaboral que, desde el inicio de nuestra investigación hemos ido enfatizando según los diferentes contextos históricos en base a las teorías de diferentes autores, como las de Vives y Maslow, y que además, la misma DUDH se encarga de desarrollar en sus diferentes artículos. Véase en ese sentido el art. 16.3, donde se alude a la familia como un elemento natural e imprescindible de la sociedad, que ha de ser protegida por el Estado, otorgando los mismos derechos a hombres y a mujeres (por primera vez en condiciones de igualdad) para fundarla y disfrutar de los derechos inherentes a la misma; o el artículo 22, donde menciona que toda persona (con un lenguaje inclusivo), como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional de los Estados (esfuerzos en común), los recursos necesarios

[76] 217 (III). Carta Internacional de los Derechos del Hombre. Declaración universal de derechos del hombre. Disponible en: https://undocs.org/es/A/RES/217(III) (acceso 15/02/22).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

para la satisfacción de sus derechos económicos, sociales y culturales, indispensables para el *libre desarrollo de su dignidad y de su personalidad*. Los artículos 23 y 24 son también destacables por su proximidad al reconocimiento del derecho al *trabajo decente*, optimizando sus condiciones y aceptando otros derechos laborales como una remuneración justa y equitativa, la defensa de los intereses de las personas trabajadoras, las jornadas de trabajo razonables o los periodos de descanso laboral. Cuestiones que aseguran de nuevo a las personas una existencia sociolaboral acorde con el paradigma de la dignidad humana. Interesa destacar, por último, la apelación del art. 26 de la DUDH (en línea con lo indicado en su momento por el Maestro Vives, para evitar a los *pobres fingidos necesitados*), al derecho a la educación, exigiendo que al menos la instrucción elemental sea obligatoria y gratuita. Potencia este artículo, una vez más, el papel fundamental de las familias en la sociedad, en este caso, *asumiendo los padres por derecho*, la responsabilidad preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos. En este caso, el objeto de la educación no será otra que el pleno desarrollo de la personalidad humana (en la búsqueda de la *autosuficiencia*) y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.

Sobre la base de la DUDH, en el propio seno de las Naciones Unidas fueron adoptados con fecha 16 de diciembre de 1966 el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos[77] y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[78], que vinieron a desarrollar la mayor parte de los derechos ya consagrados por la Declaración, haciéndolos efectivamente vinculantes para los Estados que los ratificaron. La Declaración, junto con los Pactos y sus respectivos protocolos facultativos de funcionamiento opcionales, conforman la "Carta Internacional de los Derechos Humanos". Estos pactos entraron en vigor en 1976, y en ellos, además de imponerse la obligatoriedad jurídica de los derechos proclamados por la DUDH, quedaron establecidos los órganos pertinentes para vigilar su cumplimiento por parte de los Estados miembros[79].

Con el tiempo, los tratados internacionales de derechos humanos se han ido ampliando y especializando tanto en los temas que abordan, como en los grupos sociales que precisan de su protección, como por ejemplo las personas con discapacidad o los menores[80]. En la actualidad, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han ratificado al menos uno de los nueve tratados internacionales básicos de derechos humanos y el 80% ha ratificado al menos cuatro de ellos, lo que constituye una expresión concreta de la universalidad de la DUDH y del conjunto de los derechos humanos internacionales. En el caso de España, el Pacto Internacional de los Derechos

[77] Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976, de conformidad con el artículo 49, lista de los Estados que han ratificado el pacto.

[78] Pacto Internacional de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

[79] https://www.un.org/es/about-us/udhr/foundation-of-international-human-rights-law (acceso 15/02/22).

[80] La legislación relativa a los derechos humanos sigue creciendo y ampliando los derechos y libertades fundamentales que figuran en la Carta Internacional de Derechos Humanos, abordando asuntos como la discriminación racial, la tortura, las desapariciones forzosas, las personas con discapacidad, y los derechos de la mujer, los niños, los migrantes, las minorías y los pueblos indígenas. Disponible en: https://www.un.org/es/about-us/udhr/foundation-of-international-human-rights-law (acceso 15/02/22).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Civiles y Políticos fue ratificado por instrumento de 13 de abril de 1977 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por instrumento de 30 de abril de 1977.

Destacando brevemente algunos aspectos renovadores de los Pactos, refiriéndonos en primer lugar al Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, se contempla en su art. 2.3. a) la necesidad de *respetar y proteger el acceso a la tutela judicial efectiva* frente a las posibles vulneraciones de los derechos contenidos en el propio pacto, y siempre pudiendo *garantizar* su defensa incluso cuando estos derechos hubiesen sido violados por personas que actuaban en ejercicio de sus funciones oficiales. Por tanto, al hilo de nuestra investigación, es de interés destacar cómo este principio del derecho evoluciona hasta nuestros días ramificándose hacia un nuevo modelo de protección específico conocido como *tutela de la vulnerabilidad*, cuyo objetivo es "garantizar las condiciones de acceso efectivo a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad, sin discriminación alguna, directa ni indirecta, englobando el conjunto de políticas, medidas, facilidades y apoyos que les permitan el pleno reconocimiento y goce de los *Derechos Humanos* que les son inherentes ante los sistemas judiciales"[81]. Así se contempla para determinadas personas en situación de vulnerabilidad por razón de edad (mayores, menores), estado de discapacidad físico o mental, o por cualesquiera otras circunstancias sociales, económicas, y/o culturales que generen pobreza o que les generen especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante los tribunales de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico.

En cuanto al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los conceptos relacionados con la idea de *protección social* sobresalen ya en su preámbulo, donde se indica que "no puede realizarse el ideal del ser humano libre, en el disfrute de las libertades civiles y políticas, y *liberado del temor y de la miseria*, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos civiles y políticos, tanto como de sus derechos económicos, sociales y culturales". Sumamente significativa resulta también la introducción del concepto de *solidaridad social* cuando dice que el individuo, por tener deberes respecto de otros individuos y de la comunidad a que pertenece, "tiene la obligación de esforzarse por la consecución y la observancia de los derechos reconocidos en este Pacto".
De forma concreta, en su art. 10.1 hace referencia a la necesidad de ofrecer a la familia la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente mientras sea responsable del *cuidado y la educación de los hijos a su cargo*, resaltando en su apartado segundo el deber de conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto, otorgando, durante dicho periodo, a las madres

[81] Reglas de Brasilia sobre el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad. Actualización aprobada por la Asamblea Plenaria de la XIX edición de la Cumbre Judicial Iberoamericana, abril de 2018, en Quito-Ecuador, y en el marco de concertación que contó con el apoyo del Programa EUROsocial I de la Unión Europea. Posteriormente, para concluir un deseo ya anticipado en el Acta de la 2ª Reunión Preparatoria de la Cumbre Judicial Iberoamericana celebrada los días 2 a 4 de octubre de 2019 en Lima (Perú), la Comisión, con el acompañamiento del Programa EUROsociAL+ de la Unión Europea, se propone llevar a cabo una estrategia de consolidación de las 100 Reglas de Brasilia (en su versión original de 2018) para impulsar su consideración *como texto internacional vinculante para todos los Poderes Judiciales y la ciudadanía en general*. A tal efecto, se propone que las Cien Reglas de Brasilia constituyan un documento de referencia y desarrollo en la aplicación del ODS 16 de la Agenda 2030 en el apartado 3 donde alude en concreto a "promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos".

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que trabajen, una "*licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social*".

Así mismo, el artículo 11 se reitera en el reconocimiento del derecho de las personas y de sus familias a la *cobertura de las necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia*, siendo los poderes públicos los sujetos obligados a propiciar las medidas oportunas para la consecución de las mismas. Y en el art. 12, en fin, se resalta la importancia de asegurar a todas las personas la plena efectividad en el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, creando condiciones que aseguren a todas ellas asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, y trasladando tal exigencia incluso al ámbito laboral en cuanto a aspectos relacionados con las enfermedades profesionales y la protección en la higiene y en la salud laboral.
Como se deduce de lo expuesto, los derechos a protección sociosanitaria y laboral están plenamente reconocidos en ambos pactos internacionales, lo que no quita, sin embargo, que siga faltando, a nuestro juicio, una específica mención a la protección de las personas en situación de dependencia o con necesidades de cuidados y de atención para la realización de las actividades de la vida diaria, así como el reconocimiento de su derecho a integración y participación social en condiciones de igualdad.

3.2.- Las directrices de protección socio sanitaria de las personas dependientes elaboradas por la OIT.

En la insistencia de dar una dimensión humana a la economía mundial, la OIT ocupa sin duda una posición privilegiada[82]. Determinar quiénes deben garantizar el ejercicio de los derechos económicos y sociales es una preocupación que no cesa, pues hay que aceptar que el libre mercado por sí solo no puede encargarse de ello, siendo aún muchas las necesidades humanas que no tienen cabida en el mismo[83].

Actualmente, la finalidad primordial de la OIT es promover oportunidades para que todas las personas puedan conseguir un *trabajo decente*, en condiciones de *libertad, equidad, seguridad y dignidad humana*, todo ello bajo cuatro ejes estratégicos: la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo, el empleo, la protección social y el diálogo social, herramientas que además cumplen una función en el logro de metas más amplias que están en sintonía con nuestra investigación, como pueden ser la inclusión social, la erradicación de la pobreza, el desarrollo integral de la persona, o el fortalecimiento de las sociedades democráticas. Estos valores y reglas que buscan decisiones laborales óptimas deben orientar a la Organización y definir su cometido internacional en el futuro, proyectándose hacia los Estados miembros[84].

[82] Históricamente, el acto constitutivo de la OIT ha sido la Parte XIII del Tratado de Paz de Versalles (1919). En 1944, la Conferencia adoptó una declaración fundamental relativa a los fines y objetivos de la OIT, la Declaración de Filadelfia (Anexo), que forma parte de la Constitución de la OIT. Aplicable a España de 1919 a 1941 y desde 1956. BOE núm. 226, de 21 de septiembre de 1982.
[83] OIT: *Conferencia Internacional del Trabajo 87.ª reunión, Trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1999 (por una humanización de la economía mundial).
[84] Ídem. La finalidad.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La Declaración del centenario de la OIT para el futuro del trabajo adoptada por la Conferencia en su 108ª reunión, celebrada el 21 de junio de 2019[85], manifiesta hechos de relevancia ante un mundo de trabajo en constante transformación, impulsado por las innovaciones tecnológicas, los cambios demográficos, la globalización, y las persistentes desigualdades. Todas estas cuestiones tendrán profundas repercusiones en la naturaleza y el futuro de los trabajos, así como en la dignidad de las personas que se encuentran en dicho contexto social, por lo que es fundamental construir un futuro de trabajo justo, inclusivo y seguro, donde predomine el trabajo decente y libremente elegido por todas las personas.

En la línea de nuestra investigación, cabe destacar que la OIT, entre las declaraciones de su centenario, apuesta con claridad por la *inversión en la economía de los cuidados* mediante un programa transformador que logre la igualdad de género en el trabajo, asegurando equidad en las oportunidades de empleo y posibilitando una repartición más equilibrada de las responsabilidades familiares[86], lo que resulta especialmente relevante si tenemos en cuenta que la mayor parte del desempeño de las funciones de atención y cuidados siguen recayendo sobre las mujeres. Así lo refleja con firmeza, a nivel mundial, el informe de la OIT sobre el trabajo de cuidados[87], donde se constata que las tres cuartas partes del trabajo de cuidados lo siguen realizando las mujeres, sin que ningún país del mundo registre hasta el momento una prestación de cuidados no remunerados equitativos entre hombres y mujeres. Para mayor abundamiento, continúa el informe, si conjugamos los trabajos de cuidados remunerados y los no remunerados, que igualmente recaen de forma abrumadora sobre la mayor parte de las mujeres a escala mundial, la jornada laboral promedio de las mujeres se alarga en comparación a la de los hombres[88], por lo que un trabajo de cuidados extenuante puede conducir a estrategias de cuidado subóptimas generando consecuencias negativas para los receptores de cuidados (menores, discapacitados, enfermos, mayores…), así como para las propias personas cuidadoras, disminuyendo por tanto, a nuestro juicio, la calidad del ejercicio de los cuidados en desprestigio de su imagen profesional.
Persistiendo pues en la necesidad de dignificar las condiciones laborales de las personas que se dedican a los cuidados *sociosanitarios*, habría que graduar con precisión las diferencias entre los sectores del trabajo de cuidados que, atendiendo a estratos, manifiestan rasgos singulares en cuanto a estatus social, condiciones de desempeño y protección social[89].

---

[85] Recordando y reafirmando los fines, objetivos, principios y mandato establecidos en la Constitución de la OIT (1919) y la Declaración de Filadelfia (1944); subrayando la importancia de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo (1998) y de la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa (2008).

[86] Declaración II A VII), OIT: *Conferencia Internacional del Trabajo 108.ª reunión, Construir un futuro con trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019, p. 4.

[87] OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019, p. XXIX y XXX.

[88] Según los datos estadísticos que aporta el informe de la OIT, la jornada laboral promedio de las mujeres (7 horas y 28 minutos) es más larga que la de los hombres (6 horas y 44 minutos). Esto hace que se haya creado una brecha de género en el tiempo dedicado a la prestación de cuidados no remunerados, la cual en los últimos 20 años apenas ha disminuido en 7 minutos (al pasar de 1 hora y 49 minutos, a 1 hora y 42 minutos) por lo que, a este ritmo, cerrar la brecha de género observada en la prestación de cuidados no remunerada llevará 210 años, resultados que hacen cuestionar las políticas equitativas actuales sobre los cuidados no remunerados.

[89] Lozano Lares, F.: "Los déficits de protección social del trabajo femenino", *Revista General de Derecho del Trabajo y Seguridad Social*, núm. 58, 2021, pp. 115.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Habría que distinguir en primer lugar los cuidados directos o de tipo relacional, como los denomina la OIT[90], que como actividad *remunerada* han llegado a cumplir con los estándares de trabajo decente (a nuestro juicio, de manera lenta y sólo bajo *"apariencia"*, pues aún requieren de mejoras en las condiciones de trabajo, pero sobre todo de un reconocimiento social pleno), y que son aquellas tareas de cuidado desarrolladas a través de instituciones públicas, empresas privadas o entidades de economía social (concretamente las desempeñadas en residencias para mayores, centros de estancia diurna para personas dependientes, servicio de ayuda a domicilio, o cualquier otra forma de atención contemplada, en nuestro país, en el art. 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, Ley de dependencia)[91], referido al Catálogo de Servicios. Hay que aclarar que, aunque en esta primera categoría de *cuidados remunerados*, la OIT engloba a tres grandes sectores como son la educación, la salud y la asistencia social, en esta investigación solo nos centraremos en este último tipo de cuidados, los asistenciales, aquellos que ponen el punto de mira en el cuidado sanitario-psicosocial, descartando la atención educacional y la salud específica médica o de enfermería, en este caso, por ser estrictamente sanitaria. Hay que tener en cuenta, además, que ambos sectores, desde el punto de vista jurídico-laboral, y a efectos de trabajo decente, están relacionados sobre todo con la elevada tasa de feminización y la búsqueda de la igualdad de oportunidades en materia de empleo, con la consiguiente repercusión en materia de protección social[92], aspectos que ya fueron contemplados en su momento por la OIT en Convenios como el número 100 de 1951, sobre igualdad de remuneración[93]; el número 156 de 1981, sobre los trabajadores con responsabilidades familiares[94]; o el Convenio número 183 del año 2000, sobre protección de la maternidad[95], el cual se extiende a todas las mujeres empleadas, incluidas las que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente (art. 2.1), además de las que no reúnan las condiciones exigidas por su legislación nacional para tener derecho a las mismas, y que tendrá que ser sufragado, en todo caso, "con cargo a los fondos de asistencia social, siempre que cumplan las condiciones de recursos exigidas para su percepción" (art. 6.6).

En una segunda categoría de cuidados, encuadramos el *empleo doméstico*, referido a las actividades de cuidados indirectos, o trabajo doméstico, que según la OIT "no solo conllevan cuidados personales presenciales", si no que en la mayoría de sus quehaceres

[90] Atención directa y presencial, como "dar de comer a un bebé, cuidar de un cónyuge enfermo, ayudar a una persona mayor a bañarse, realizar controles médicos o enseñar a niños y niñas pequeños". OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit., p. 6.

[91] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2006-21990.

[92] Lozano Lares, F.: "Los efectos sinérgicos de la prestación de servicios en plataformas on line, el trabajo de cuidados y el trabajo no declarado como retos de trabajo decente en la nueva sociedad digital", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, núm. 2, vol. VI, 2021, p. 22.

[93] Convenio relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y la mano de obra femenina por un trabajo de igual valor. Entrada en vigor el 23 de mayo de 1953. Adoptada en Ginebra en la 34ª reunión CIT de 29 junio de 1951, y ratificada por España el 6 de noviembre de 1967, estando actualmente en vigor.

[94] Preámbulo de la Convención de la ONU sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Disponible en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx.

[95] Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado) de 1952, que entra en vigor 7 de febrero de 2002, adoptado en Ginebra en la 88.ª reunión CIT, de 15 de junio de 2000, actualmente abierto a denuncia (07 febrero 2022 - 07 febrero 2023), y no estando ratificado por España. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11310:0::NO:11310:P11310_INSTRUMENT_ID:312328:NO

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

contemplan tareas instrumentales como "limpiar, cocinar, lavar la ropa y otras tareas de mantenimiento del hogar", tareas que son imprescindibles para proporcionar "las condiciones previas para la prestación de cuidados personales[96]"; estas se realizan en el ámbito de un hogar familiar o en varios de ellos, y a pesar de su reciente avance en materia de protección social respecto a la cobertura en desempleo, gracias a la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (STJUE) de 24 de febrero de 2022[97], no deja de estar por debajo de los umbrales de trabajo decente. Si recordamos, el Convenio número 189 de la OIT de 2011, sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos[98], ya contempló en su momento la necesidad de garantizar los *derechos humanos* de las personas trabajadoras en el ámbito del hogar (art. 3.1), así como de los *principios y derechos fundamentales* en el trabajo (art. 3.2)[99]. Con el fin de alcanzar los objetivos de trabajo decente, además insta a los Estados Miembros a fijar medidas como: la fijación de una edad mínima para las personas empleadas en el hogar acorde con la normativa internacional sobre el trabajo de menores (art. 4), evitando así que sean privados de la escolaridad obligatoria o del acceso a enseñanzas superiores; el establecimiento de condiciones de empleo equitativas y de trabajo decente, así como el respeto a la privacidad en caso de trabajos con alojamientos de internado (art. 6); la necesidad de ofrecer información adecuada y comprensible sobre las condiciones de empleo, formalizando contratos por escrito y conforme a la legislación del país Miembro o los Convenios Colectivos (art. 7); en especial referencia a los trabajadores domésticos migrantes (art. 8); la instauración de garantías para las personas trabajadoras de "no estar obligada a permanecer en el hogar o acompañar a miembros del hogar durante sus períodos de descanso diarios y semanales o durante las vacaciones anuales" (art. 9, b); la fijación de un período de descanso semanal de "al menos 24 horas consecutivas" (art. 10.2); el establecimiento de garantías de un "régimen de salario mínimo" sin ningún tipo de discriminación por razón de sexo (art. 11); la protección a efectos de remuneración de las personas trabajadoras, así como en la modalidad de pago (art. 12); o el reconocimiento del derecho a "un entorno de trabajo seguro y saludable" aun siendo el hogar familiar el centro de trabajo (art. 13.1). Sin olvidar del mencionado Convenio, al hilo de la STJUE

[96] OIT.: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit. p. 6.

[97] INFOCURIA JURISPRUDENCIA. Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 24 de febrero de 2022. EU:C: 2022:120. Asunto C-389/20, que tiene por objeto la petición de decisión prejudicial planteada, con arreglo al artículo 267 TFUE, por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo n.º 2 de Vigo (Pontevedra), mediante auto de 29 de julio de 2020, recibido en el Tribunal de Justicia el 14 de agosto de 2020, en el procedimiento entre C.J. y la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), por supuesta vulneración de los derechos fundamentales para las empleadas de hogar en desventaja particular para estas trabajadoras en el ejercicio a su derecho a cotizar y en el consiguiente aseguramiento a la protección contra el riesgo de desempleo, a tenor del artículo 4, apartado 1, de la Directiva 79/7/CEE del Consejo, de 19 de diciembre de 1978, relativa a la aplicación progresiva del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en materia de seguridad social (DO 1979, L 6, p. 24; EE 05/02, p. 174), y de los artículos 5, letra b), y 9, apartado 1, letras e) y k), de la Directiva 2006/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de julio de 2006, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación (DO 2006, L 204, p. 23).

[98] Conferencia General de la OIT convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 1.º de junio de 2011 en su centésima reunión.

[99] Debiendo todo Miembro adoptar medidas para asegurar: a) la libertad de asociación y la libertad sindical y el reconocimiento efectivo del derecho de negociación colectiva; b) la eliminación de todas las formas de trabajo forzoso u obligatorio; c) la abolición efectiva del trabajo infantil; y d) la eliminación de la discriminación en materia de empleo y ocupación.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de 24 de febrero de 2022, la adopción de las medidas que sean necesarias para "asegurar que los trabajadores domésticos disfruten de condiciones no menos favorables que las condiciones aplicables a los trabajadores en general con respecto a la protección de la Seguridad Social, inclusive en lo relativo a la maternidad" (art. 14.1). El apunte final tras la sentencia del Tribunal de Luxemburgo, según Sempere Navarro, ha sido declarar el derecho de la demandante a cotizar como empleada de hogar, por la contingencia de desempleo "en los términos legales que se establezcan", pues dada la abrumadora mayoría que representa la población femenina en el colectivo de personas al servicio del hogar familiar[100], es indicio evidente de discriminación el que se excluya a ese colectivo de la protección por desempleo. Continúa el Magistrado advirtiendo la incompatibilidad entre las previsiones de la Ley General de la Seguridad Social de nuestro país y el Derecho de la Unión Europea, porque no considera justificado el trato diferente a este colectivo[101], y afirma por tanto que "esta declaración supone remover sin demora los obstáculos que impidan o dificulten ese derecho, en los términos establecidos en el art. 9.2 de nuestra Constitución Española"[102]. A partir de este momento, el Gobierno español, "sujeto a obligación", inició los trámites definitivos para ratificar el Convenio 189 de la OIT, y prometió una nueva regulación para el reforzamiento del trabajo decente en el sector, en cuanto a aspectos que quedaron sin resolver en la normativa de 2011: la primera incluida en la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social[103], que obligaba a los empleadores a dar de alta en la Seguridad Social a las personas empleadas del hogar familiar cualquiera que fuera la duración de su jornada de trabajo; y la segunda aprobada mediante el Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, que actualizaba una regulación de la relación laboral especial de las personas empleadas del hogar familiar que databa de 1985[104] ; pero ambas dejaban excluidas la indemnización por despido improcedente y el reconocimiento de la prestación por desempleo. Ha debido ser el propio Tribunal de Justicia de la Unión Europea, el que haya dado el impulso definitivo, al menos para subsanar una parte, dictaminando que España está incurriendo en una discriminación indirecta, contraria a la Directiva 79/7/CEE (art. 3.1.a) y art.4.1) y a la Directiva 2006/54/CE (art. 1.c) y art. 5) por no reconocer el derecho a la protección por desempleo a las personas empleadas en el hogar familiar, en su gran mayoría mujeres, y removiendo determinados artículos de nuestra legislación laboral como el art. 251.d) (ya suprimido

[100] La STJUE se apoya en los datos estadísticos presentados por la propia TGSS en el trámite de las conclusiones orales: siendo en ese momento las personas incluidas en el Sistema Especial para Empleados de Hogar un total de 384.175, que segregados por sexos, se diferencia entre, 366.991 mujeres (el 95,53 %) y 17.171 hombres (el 4,47%). Por lo que se corrobora que las afectadas por la diferencia de trato es significativamente mayor que la afectación a los trabajadores del hogar. Vid., sobre la comparativa realizada en el informe de la OIT: *Trabajo decente para los trabajadores domésticos*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2010, p. 6. Ese porcentaje de feminización es del 88 % en el ámbito de la Unión Europea, tal como se indica en Resolución del Parlamento Europeo, de 28 de abril de 2016, sobre las trabajadoras domésticas y las cuidadoras en la UE.

[101] Sempere Navarro, A.V.: "La protección por desempleo en el Sistema Especial de Empleo Doméstico", *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 3, 2022, p. 1.

[102] Sempere Navarro, A.V.: "La protección por desempleo en el Sistema Especial de Empleo Doméstico", ob. cit., p. 9.

[103]Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2011-13242 . Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, de 2 de agosto de 2011.

[104] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2011-17975. Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar, de 17 de noviembre de 2011.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de la norma, pero dejando para otro capítulo posterior el debate del mismo artículo en su apartado c), en referencia a la no aplicación en el ámbito del trabajo en el hogar, el régimen de responsabilidades en orden a las prestaciones regulado en el artículo 167 de la LGSS) y en el art. 264.1 b), al igual que el art.19.1 del RD 625/1985[105].

Y en la última categoría de cuidados, debemos hacer referencia a las *tareas de cuidados no remuneradas en el entorno familiar*; servicios prestados en ámbitos familiares, exentos de retribución y basados en relaciones de parentesco, que además manifiestan rasgos singulares: elevada tasa de feminización; falta de valor y reconocimiento social; e invisibilidad en la economía mundial[106], pues según calcula la OIT si estos servicios de cuidados no remunerados se valora-ran en función de un salario mínimo horario, representarían el 9 por ciento del PIB mun-dial[107]. Así pues, para alcanzar un verdadero equilibrio en igualdad de género, aportar valor y reconocimiento a las tareas desempeñadas, y para visibilizar la economía de los cuidados no remunerados en el ámbito familiar, las políticas públicas deben comenzar a considerar estos tipos de cuidados como un trabajo decente en todas sus amplias gamas de cuestiones laborales: desde las horas de trabajo (tiempo trabajado, periodos de descanso y horarios de trabajo) hasta la remuneración, como también las condiciones físicas y las demandas mentales que se puedan imponer en el lugar de trabajo, incluida la protección social de las personas trabajadoras[108]. Y sin apartarse del modelo planteado por la OIT, se debe ir pensando en delegar parte de este desempeño, además de a las familias, a los sectores públicos, del mercado o no lucrativos[109]. Instrumentos normativos de la OIT como el Convenio sobre la negociación colectiva, 1981 (núm. 154)[110] y la Recomendación sobre la negociación colectiva, 1981 (núm. 163), disponen la base a fin de conseguir relaciones laborales óptimas incluyendo entre las cuestiones de sus agendas de negociación salarios, horas de trabajo, formación, seguridad y salud ocupacional o la igualdad de trato; así mismo, el Convenio sobre la fijación de salarios mínimos, 1970 (núm. 131), es un punto central en la negociación colectiva, por lo que la OIT ha asumido el compromiso de promover políticas relativas a ingresos que garanticen que todas las personas obtengan "una parte justa de los frutos del progreso, y un salario mínimo vital para todos los

[105] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1985-8124. Real Decreto 625/1985, de 2 de abril, por el que se desarrolla la Ley 31/1984, de 2 de agosto, de Protección por Desempleo, de 7 de mayo de 1985.

[106] Carrasco Bengoa, C.: "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, núm. 1, 2013, p. 44.

[107] OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit., p. XXVIII. Con fines de valoración en términos económicos, la OIT define trabajo como "todas las actividades realizadas por personas de cualquier sexo y edad con el fin de producir bienes o prestar servicios para el consumo de terceros o para uso final propio", OIT: *Estadísticas sobre trabajo, empleo y subutilización de la fuerza de trabajo*. 19ª Conferencia Internacional de Es-tadísticos del Trabajo. Resolución I, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2013, p. 54. Disponible en: http://u.uma.es/Np/

[108] Entre las prestaciones de protección social relacionadas con los cuidados, la OIT incluye "desgravaciones fiscales y transferencias monetarias a cambio de cuidados, así como programas de transferencias en efectivo y programas de empleo con un componente específico de cuidados, como los concebidos para que personas con responsabilida-des familiares puedan permanecer en la fuerza de trabajo o reingresar en ella". OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit., p. 114.

[109] *Ídem*.

[110] Adoptado en Ginebra en la 67.ª reunión CIT de 19 de junio de 1981, y ratificado por España el 11 de septiembre de 1985, estando actualmente en vigor.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

empleados que necesiten dicha protección"[111], siendo esta la opción que indica el profesor Lozano Lares en su propuesta de estudio sobre la implementación de una renta básica para las personas que dedican la mayor parte de su tiempo de trabajo a la realización de actividades de cuidado no remuneradas y de carácter netamente individual: "con un importe digno, que solo tuviera como condición la demostración de la imposibilidad de acceder al mercado de trabajo, o de hacerlo en condiciones muy precarias, a consecuencia, precisamente, de la dedicación en exclusiva o de forma prioritaria al trabajo de cuidados no remunerado"[112].

Es por todo ello que las Administraciones públicas deben ocupar un papel estratégico ejerciendo funciones de empleadores relevantes, así como de proveedores de servicios públicos de calidad, sin perjuicio del papel que pueda desempeñar el sector privado como fuente principal de crecimiento económico y creación de empleo[113]; en ambos entornos laborales deben prevalecer condiciones de trabajo seguras y saludables para propiciar el trabajo decente[114].
Conviene hacer referencia, por último, a que la OIT se encarga de resaltar también la labor de representación de los interlocutores sociales en la defensa de los intereses laborales del sector, por lo que el diálogo social será uno de los ejes fundamentales de las actividades de la Organización a la hora de apoyar a los Estados miembros en la elaboración y en la toma de decisiones justas que contribuyan a la generalización del trabajo decente para los colectivos profesionales que operan en el trabajo de cuidados[115]. Y es que en este extenso y exhaustivo informe de la OIT se dejan delimitados los *principios* que han de sustentar las *acciones de cuidados transformadoras*[116]; principios en los que basaremos nuestra investigación, puesto que, solo siguiendo tales directrices, las políticas de cuidados podrían tener efectos generales positivos en los gobiernos de los Estados miembros, en las personas trabajadoras de las economías de los cuidados y en los ciudadanos con necesidades de atención y cuidados sociosanitarios. Nos referimos a los cuatro principios siguientes:
En primer lugar, las tareas de cuidados deben estar basados en los derechos humanos, referidos tanto a las personas que cuidan como a las cuidadas, y deben mostrar una permanente sensibilidad ante aquellas cuestiones relacionadas con la igualdad de género.

Asimismo, los cuidados deben ser universales, equitativos y suficientes, proporcionando prestaciones y servicios públicos de calidad, los cuales han de venir financiados no solo mediante una recaudación general, sino también mediante seguros sociales asociados a la asistencia social.
Resulta también esencial que el Estado asuma una responsabilidad primordial en el ejercicio efectivo de la aplicación del derecho social de los cuidados (siendo proveedor directo del servicio), por lo que entre sus funciones elementales debería contemplarse el otorgamiento de prestaciones suficientes para todos los ciudadanos, atendiendo a parámetros de calidad operativa (condiciones para optar a ellos, niveles de atención,

[111] https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/working-conditions/lang--es/index.htm#70
[112] Lozano Lares, F.: "Los déficits de protección social del trabajo femenino", ob. cit., p. 122.
[113] Declaración II A IX) y X), Conferencia en su 108.ª reunión el 21 de junio de 2019, p. 4 y 5.
[114] Declaración II D, Conferencia en su 108.ª reunión el 21 de junio de 2019, p. 6.
[115] Declaración II B, Conferencia en su 108.ª reunión el 21 de junio de 2019, p. 6.
[116] OIT.: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit. p. 116.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

derechos, financiación, prestaciones y recursos, seguimientos y evaluaciones). En paralelo a esa acción protectora, los poderes públicos deberían apoyar, además, al sector privado (como agente garante de apoyo a la prestación universal de los cuidados), regulando eficazmente el mercado del trabajo de cuidados y actuando como entidad normativa e institución esencial. Esta responsabilidad estatal es fundamental, puesto que puede impedir que las políticas de cuidado se formulen de manera deficiente.

No puede olvidarse, en fin, el principio esencial del diálogo social y la representación colectiva, puesto que ello es garantía de autonomía, de cumplimiento de los derechos laborales fundamentales, de realización de las actividades en condiciones de calidad, así como del bienestar de quienes reciben o realizan las tareas de cuidados, que deberían ser remuneradas en todo caso, sin dejar atrás las tareas de cuidados no remunerados en el entorno familiar. Resulta evidente que para configurar políticas de cuidados eficientes, es necesario oír las voces de los más afectados, pues son ellos los que mejor conocen sus necesidades y expectativas[117].

3.3.- Las escuetas referencias en el ámbito del Consejo de Europa a las necesidades de cuidado de las personas dependientes.

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Convenio de Roma), tras recibir la influencia de la DUDH, supuso el primer instrumento a nivel europeo en el que fueron reconocidos los derechos humanos (art.1) por parte de los Estados miembros que conforman el Consejo de Europa[118], comprometiéndose a la puesta en práctica y a la defensa de los derechos y libertades contenidos en el mismo[119]; de ese modo, su importancia radica en que el Consejo de

[117] Entre ellos, los representantes de quienes reciben los cuidados, y de quienes los prestan sin o con remuneración, así como los progenitores de menores, mayores, personas con discapacidad o enfermos crónicos y terminales… OIT.: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit. p. 117.

[118] El Consejo de Europa consta de 47 países miembros: Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Azerbaiyán, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, República Checa, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, antigua República Yugoslava de Macedonia, Malta, República de Moldavia, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumanía, Federación de Rusia, San Marino, Serbia, Suecia, Suiza, Turquía, Ucrania; a excepción de Bielorrusia, Kazajistan y la Ciudad del Vaticano, excluidos por ser sus regímenes políticos incompatibles con los principios que sustentan la pertenencia al Consejo. https://www.coe.int/es/web/about-us/our-member-states (acceso 28-2-2022).

[119] Firmado en Roma el 4 de noviembre de 1950 y su protocolo adicional en París el 20 de marzo de 1952, el Convenio de Roma entró en vigor el 3 de septiembre de 1953 dando concreción a disposiciones fundamentales en materia de derechos humanos contenidos en el artículo 3 del Capítulo segundo del Estatuto del Consejo de Europa número 001, por el que se establece que cada uno de los Miembros del Consejo de Europa reconoce el principio del imperio del Derecho y el principio en virtud del cual cualquier persona que se halle bajo su Jurisdicción ha de gozar de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, comprometiéndose a colaborar sincera y activamente en la consecución de la finalidad definida en el artículo 1 del Capítulo primero en sus letras a) y b), relativas, por un lado, a la realización de una unión más estrecha entre sus miembros para salvaguardar y promover los ideales y los principios que constituyen su patrimonio común y favorecer su progreso económico y social; y, por otro lado, al objetivo de perseguir, a través de los órganos del Consejo, la conclusión de acuerdos y la adopción de una acción conjunta en los campos económicos, social, cultural, científico, jurídico y administrativo, salvaguardando los derechos humanos y las libertades fundamentales.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Europa se centra en crear un mecanismo de unión, de interés común, así como de acción conjunta, y de garantía colectiva de los derechos humanos en el ámbito europeo, siendo el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) el órgano activo principal para la consecución de sus fines, entendiéndose que estará legitimada para acudir al Tribunal "cualquier persona física, organización no gubernamental o grupo de particulares que se considere víctima de una violación, por una de las Altas Partes Contratantes, de los derechos reconocidos en el Convenio o sus Protocolos sin que la nacionalidad, el lugar de residencia, el estado civil, la situación o la capacidad jurídica sean tenidos en cuenta, y tras agotar los recursos internos judiciales de cada país, teniendo los Estados la obligación de ejecutar las Sentencias condenatorias del Tribunal"[120].

Es necesario, por tanto, hacer referencia a los derechos recogidos en el Convenio, protegidos por el alto Tribunal[121], que estarían relacionados con nuestra investigación, entre los que destacarán, concretamente, los vinculados de forma directa a los derechos y libertades de las personas (contemplados en el Título I del Convenio). De ese tenor son el derecho a la vida (art.2); el derecho a la libertad y a la seguridad (art.5); el derecho al respeto a la vida privada y familiar (art. 8); la libertad de expresión (art. 10), y la prohibición de la discriminación (ar. 14). El ejercicio de estos derechos y libertades entrañan deberes y responsabilidades para los ciudadanos, y para las instituciones; pueden ser sometidos, según lo dispuesto en el Convenio de Roma, a ciertas condiciones, restricciones o sanciones previstas por las Leyes de los estados miembros, y constituyen las medidas necesarias, en las sociedades democráticas, para garantizar la seguridad de las personas y de las naciones, o para asegurar la autoridad y la imparcialidad del poder judicial.

A tal efecto, el Consejo de Europa volvería a desplegar sus esfuerzos para mejorar el nivel de vida y promover el bienestar de los ciudadanos de sus países miembros mediante una nueva herramienta de defensa y promoción de los derechos humanos como fue la Carta Social Europea (CSE), consensuada en Turín el 18 de octubre de 1961, y revisada posteriormente en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996[122].
La principal novedad de la CSE quedó plasmada en la asunción por parte de los estados miembros de un compromiso comunitario que impulsa el progreso social en base a la protección contra la pobreza y la exclusión social de todos los ciudadanos (mediante la aportación de un amplio catálogo de beneficios sociales), añadiendo especial

[120] Convenio de Roma de 4 de noviembre de 1950, Título II, del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, sobre la Institución del Tribunal y su funcionamiento, en referencia al artículo 32 sobre su competencia, al artículo 33 sobre los asuntos entre Estados, al artículo 34 sobre las demandas individuales, al artículo 35 sobre las condiciones de admisibilidad, al artículo 46 sobre la fuerza obligatoria y la ejecución de las sentencias, y al artículo 47.2 sobre opiniones consultivas.

[121] La jurisprudencia del TEDH tiene, en el caso concreto de nuestro ordenamiento jurídico, un interés específico debido a la relevancia que, según el art. 10.2 de la Constitución, ha de darse a los instrumentos internacionales de derechos humanos para la interpretación de los derechos fundamentales y las libertades reconocidos en el texto constitucional. Martín Sánchez, I.: *Los cuidados paliativos: un estudio jurídico*. Dykinson, 2020, p. 91; y como se señala en Linde Paniagua, E.: "Eficacia de la Convención en el Derecho Español", García de Enterría, E., Linde, E., Ortega, L.I., Sánchez Morón, M., *El sistema europeo de protección de los Derechos Humanos*, Madrid, 1979, pp. 153-154, "la remisión que hace el art. 10.2 de la Constitución debe comprenderse en el sentido de que ésta hace suya la interpretación de los derechos y libertades llevada a cabo por el TEDH".

[122] https://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/europa/CSE/1961-CSE.htm#a21.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

sensibilidad por los colectivos más vulnerables como son la infancia y adolescencia, además de las personas mayores o con discapacidad[123].

Conviene advertir, en cualquier caso, que hasta el momento no existe en el ámbito del Consejo de Europa un "derecho al cuidado" observado desde una perspectiva genérica, puesto que los cuidados se desarrollan en una gran diversidad de esferas, pero muchos de los preceptos del Convenio de Roma y de la CSE sí que pueden interpretarse en relación con el ejercicio de dicho derecho. Así, cuando el Convenio de Roma reconoce el derecho a la vida (art. 2), el derecho a la libertad y a la seguridad (art. 5), el derecho al respeto de su vida privada y familiar (art. 8.1), o cuando la CSE consagra el derecho de toda persona a la protección de la salud (art. 11) y a la asistencia social y médica (art. 13), ¿acaso no están estos derechos estrechamente relacionados con el ejercicio de los cuidados en condiciones de calidad? A mayor abundamiento, aún podríamos continuar con el derecho de todas las personas, incluyendo a "*los minusválido*s", a la orientación y formación profesional (arts. 9 y 10.1 CSE), o el derecho de las "*personas física o mentalmente disminuid*as" a la integración sociolaboral, a la participación social, o al derecho a su autonomía (art. 15 CSE). Bien es cierto que estos preceptos no aluden al concepto de dependencia que deriva en la necesidad de cuidados, pero sí son situaciones muy susceptibles de contemplar el *"apoyo"* en los cuidados, en alguno de sus grados y/o circunstancias en cualquier momento de la vida. Y cada vez más la propia CSE se va acercando a un *hipotético* derecho al cuidado al reconocer de forma expresa en su art. 13.1 que, para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes han de comprometerse a velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes pueda obtener una atención adecuada y, "*en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estad*o".

Podría entenderse así que el derecho al cuidado se presenta como una *"constelación de derechos"* vinculados a derechos fundamentales[124], puesto que los cuidados son imprescindibles para la tutela de la persona, de su autonomía e independencia y para la protección de la dignidad humana. Ahora bien, para que este significativo conjunto de derechos básicos cobren vida práctica-doctrinal, resulta bastante evidente la necesidad de dignificar el trabajo de los cuidados de las personas dependientes,

[123] En la Parte III, concretamente en el artículo 20, relativo a los objetivos que se pretenden alcanzar (en la medida de sus posibilidades) al garantizar el ejercicio efectivo del *derecho al trabajo y a la protección social* (así contemplados en la Parte I y II), y a las obligaciones mínimas de cumplimiento por parte de los estados miembros de los preceptos contemplados en la misma, cuya justificación podría venir argumentada en la diversidad de los Estados firmantes y en la necesidad de ofrecer un *acuerdo de mínimos* a los menos avanzados en materia económica y social que podrían ampliar con el tiempo, según contempla el mismo art. 20.3, en consonancia con su evolución y desarrollo. Así en lo que se refiere al caso concreto de España, la CSE entró en vigor el 5 de junio de 1980, treinta días después de la fecha del depósito del Instrumento de ratificación español (Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961. BOE núm. 153, de 26 de junio de 1980). De conformidad con lo dispuesto en el art. 35 CSE, España interpreta y aplica sus artículos 5 y 6, en relación con su artículo 31 y el anexo a la Carta, de manera que sus disposiciones fueran compatibles con las de los artículos 28, 37, 103.3 y 127 de la Constitución española. Respecto a la versión revisada de la CSE de Estrasburgo, fue ratificada por España el 23 de octubre de 2000, manifestando su consentimiento el 17 de mayo de 2021 y entrando en vigor el 1 de julio de 2021 (Instrumento de Ratificación de la Carta Social Europea (revisada), concretada en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996. BOE núm. 139, de 11 de junio de 2021).

[124] Fundación HelpAge International España: "El derecho a los cuidados de las personas mayores". *Colección Los derechos humanos de las personas mayores en España: La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad*, 2021, p. 27.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

enfocada desde dos perspectivas diferentes: la parte que recibe los cuidados y la parte que los procura, puesto que cabe entender los cuidados como un ejercicio *creador* de las condiciones que permiten la *capacidad de decidir* (autodeterminación o autonomía) y la *capacidad de hacer* (independencia) de la persona, acciones que de forma innegable se desarrollan a diferentes niveles y vinculadas a otros derechos.

La *capacidad de autodeterminación* de las personas dependientes abarca desde la *decisión* sobre el ejercicio de derechos fundamentales, como puede ser el derecho a elegir el ingreso voluntario o no en una residencia (tenemos aquí un ejemplo de la necesidad de establecer medidas necesarias para la seguridad de las personas desde un punto de vista institucional: tutela estatal de los mayores, en caso que la persona tenga sus facultades mentales mermadas), la posibilidad de elegir por quién se desea ser cuidado, e incluso el ejercicio del derecho a *"seguir con vida"*, cuestionada en estos momentos, si se opta por unos cuidados paliativos, hasta ahora sin reglamentación (al menos en nuestro país), u optar por una *"muerte guiada"* (que interrumpe la verdadera esencia del cuidado), enmascarada bajo el sobrenombre de una *"muerte digna"*, lo que podría afectar, a nuestro entender, a la inviolabilidad de la dignidad humana. En esta misma línea, el TEDH al tratar la cuestión de la eutanasia, también prefiere usar términos más naturales, como "*situaciones al final de la vida*" o "*retirada de tratamientos*", como da constancia en la clasificación que hace de los casos sobre "situaciones de fin de vida" en dos grupos[125]: por un lado, los casos en que las personas demandantes alegan el derecho a morir y/o piden ayuda a otros para poner fin a la vida[126]; y en otros supuestos, los casos en que las personas cuestionan la administración o la retirada de un tratamiento médico[127]. Como ejemplos, podríamos citar aspectos concretos que llaman la atención de alguna de sus Sentencias, como la contemplada en la STEDH (2346/2000) Pretty c. Reino Unido, de 29 de abril de 2002, donde la persona dependiente se encontraba paralizada debido a una enfermedad degenerativa incurable, y consideraba que el rechazo de las autoridades británicas a conceder la inmunidad a su marido si la ayudaba a suicidarse, así como la prohibición de ayuda al suicidio prevista en el derecho británico, vulneraban entre otros el artículo 2 del Convenio de Roma. El Tribunal consideró que no hubo violación del derecho a la vida porque "*este derecho no podía interpretarse, salvo que se distorsionara el lenguaje de manera diametralmente opuesta, de forma que confiriera el derecho a la muert*e"[128]. Respecto a la decisión del TEDH (48335/99) Sanles Sanles c. España, de 26 de octubre de 2000, *"caso Sampedro"*, tetrapléjico tras un accidente en 1968 que

[125] González Moreno, J. M.: "El derecho a la vida privada en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos: ¿un "caballo de Troya" para legitimar/legalizar la eutanasia?", *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 55, 2021, pp. 409-432.

[126] STEDH (31322/07) Haas c. Suiza, de 26 de junio de 2011; STEDH (497/09) Koch c. Alemania, de 17 de diciembre de 2012; STEDH (67810/10) Gross c. Suiza, de 14 de mayo de 2013; STEDH (67810/10), de la Gran Sala, Gross c. Suiza, de 30 de septiembre de 2014; Decisión del TEDH (2478/15 y 1787/15) Nicklinson et Lamb c. Reino Unido, de 23 de junio de 2015.

[127] STEDH (61827/00), Glass c. Reino Unido, de 9 de marzo de 2004; Decisión del TEDH (19807/06) Burke c. Reino Unido, de 11 de julio de 2006; Decisión del TEDH (55185/08) Ada Rossi y otros c. Italia, de 16 de diciembre de 2008; STEDH (46043/14), Lambert y otros c. Francia, de 5 de junio de 2015; Decisión del TEDH (39793/17) Gard y otros c. Reino Unido, de 27 de junio de 2017. Puede leerse el recuento que el TEDH hace de su propia jurisprudencia, en su sentencia en el caso Lambert, párrafos 137 y 138, y también en: Cour Européenne des Droits de l´Homme, 2017, pp. 24 y 25.

[128] Situaciones de fin de vida y Convenio Europeo de Derechos Humanos. Sentencias del Tribunal. Consejo de Europa/ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2015. https://www.echr.coe.int/documents/fs_euthanasia_spa.pdf.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

puso fin a sus días en enero de 1998 con la ayuda de un tercero, la demandante solicitó el reconocimiento del derecho a una vida digna (¿o a una muerte digna?, según se puede entender), y a la no injerencia en el deseo de su cuñado de acabar con su vida. El Tribunal declaró inadmisible su queja en cuyo *fundamento principal estaba basado en la "persona"*, alegando que *la demandante no había sido directamente afectada* por las presuntas violaciones del Convenio y que, por lo tanto, no podía pretender ser víctima de esas violaciones, lo que nos traslada la idea, no menos importante, de que la *autodeterminación* es un derecho fundamental personal e intransferible no atribuible a terceros, por lo que la cuestión no dio lugar al análisis de otros preceptos contemplados en la demanda, como los arts. 3 (prohibición de tratos inhumanos o degradantes), 5 (derecho a la libertad y la seguridad), 6 (derecho a un juicio justo), 8 (derecho al respeto de la vida privada), 9 (libertad de conciencia) o 14 (prohibición de discriminación) del Convenio de Roma; en este caso el Tribunal sí contempló como alternativa los cuidados paliativos, así mencionados en su Sentencia, pero no considerados bajo una perspectiva moral, sino más bien por la inexistencia en España en esos momentos de una respuesta jurídica a una *"muerte no natural"*[129] (a nuestro modo de entender, trasladando a terceros una responsabilidad de envergadura y haciendo una pusilánime elusión del ejercicio de los cuidados).

Y para concluir con la *capacidad de decisión*, decir que esta puede afectar además a otras cuestiones que conforman la integridad de la persona no contempladas como derechos fundamentales, como ocurre con la modificación de la capacidad de obrar, el reparto de las posesiones privadas de la persona o la participación de forma activa en la vida social y cultural. En cuanto a la *capacidad de hacer o la independencia* de la persona, referido de forma concreta en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), supone cuidados instrumentales que dependen del grado de dependencia de la persona y *cuyo ejercicio, debe no solo procurarse sino además adaptarse a la autodeterminación* de las personas para no dañarlas[130]. Sirva como ejemplo el aseo personal, las movilizaciones, los cuidados de una casa, la preparación de alimentos, las comunicaciones con personas de referencia o el modo cómo nos relacionamos con el entorno inmediato.

Es así como podemos apreciar la importancia del cuidado, y no con "aprehensión simple", como es captado por el mundo jurídico (si no es con preceptos que escapan por la tangente o con recomendaciones más o menos vagas), *considerando el cuidado como un derecho fundamental reconocido en la escala global* (DUDH), por su importancia y su complejidad, pues la práctica del buen cuidado debe integrar de forma eficiente estos derechos, y cualquier otro relacionado con él, de forma directa o indirecta, como el derecho al progreso social, a la vivienda, alimentación, salud o incluso a la libertad religiosa o espiritual (art. 9 del Convenio de Roma), a la que no hemos hecho mención y que también forma parte esencial de la última etapa de la vida, sobre todo de las personas mayores[131]. Pues como bien advierte al respecto Pérez

[129] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2021-4628. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

[130] Fundación HelpAge International España: "El derecho a los cuidados de las personas mayores", ob. cit., p. 31.

[131] El enfoque de las capacidades, centrado en el desarrollo humano, enriquece la reflexión acerca de los derechos humanos. A este respecto, Vizzard *et al.* (2011) consideran que "el enfoque de las capacidades es un buen punto de partida para defender la naturaleza indivisible de los derechos humanos que abarca también los derechos sociales (a alcanzar un adecuado nivel de vida, a la alimentación adecuada, vivienda, el derecho a la salud)". Además, serían "aportaciones valiosas de este enfoque al

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Orozco y López Gil (2011), y a nuestro juicio coincidente, que este aspecto hace que se frene el progreso social y el desarrollo: "el nexo cuidados-desigualdad-exclusión se crea por defecto, es decir, como *consecuencia directa de la inexistencia de un derecho al cuidado*, que, al mismo tiempo, es la expresión misma de la no asunción de una responsabilidad colectiva sobre los cuidados, de dejarlos al albur de los recursos de los que privadamente se dispone en los hogares"[132].

Pues bien, hasta el momento, con el trasfondo de los derechos humanos, hemos tenido la intención de transmitir la complejidad y la importancia que supone cuidar desde un punto de vista humanista y considerándolo como un derecho esencial. A ese "enredo" factorial, habría que sumarle la parte que procura los cuidados y sus derechos, cuestión que no vamos a ver en profundidad en este apartado, pues será tratada en capítulos posteriores como base de tal investigación, analizando carencias y proponiendo alternativas de mejoras con verdadera propuesta de utilidad social; pero sí es intención, nuevamente, aportar alguna manifestación ilustrativa que pueda cobrar vida práctica-doctrinal y que sirva para avalar la tesis de la necesidad de dignificar el trabajo de los cuidados de las personas dependientes, en este caso, desde la parte que procura los cuidados.

Partimos de la premisa según la cual *si los cuidados se proveen en condiciones adecuadas para las personas que los prestan, entonces redunda de manera positiva en las personas que los reciben*. En apartados anteriores de la investigación ya hemos sometido a análisis el problema de la falta de homogeneidad del colectivo de personas cuidadoras, pues en él coexisten distintas realidades: las personas trabajadoras que desempeñan un empleo profesionalizado, ya sea en el hogar de otra persona (servicio de ayuda a domicilio) o en instituciones sociosanitarias (residencias, centros de día y de noche, etc.); personas trabajadoras del servicio del hogar familiar que realizan junto a las tareas domésticas actividades de cuidado, con un estatus inferior a las anteriores; y personas cuidadoras no profesionales, que pertenecen a la familia o al entorno próximo de la persona dependiente, donde no existe relación jurídica contractual entre ambas y, en consecuencia, está exenta de percibir de forma obligada una remuneración por las tareas de cuidado que desarrollan, ni nada o escasa protección social. Con todo ello, estas personas trabajadoras de los cuidados comparten dos rasgos comunes: la invisibilidad y la precariedad. Por lo que *no solo se trataría de dignificar esta actividad de cuidados, sino también de profesionalizarla*, dada la naturaleza compleja de las relaciones de cuidados en el desempeño de su ejercicio. Para ello nos remitimos de nuevo a la CSE que reconoce derechos laborales y de protección a todos los trabajadores, por lo que de forma evidente, se puede extender a nuestro colectivo de profesionales los derechos a tener unas condiciones de trabajo equitativas (art. 2), a la seguridad e higiene en el trabajo (art. 3), a una remuneración justa (art. 4), a la protección de sus intereses económicos y sociales, o la negociación colectiva (art. 5 y 6); el art. 20 por su parte, nos remite a la igualdad de oportunidades y de trato en materia de profesión, sin discriminación por razón del sexo, precepto importante en

entendimiento de los derechos humanos tanto, el papel central de la dignidad como la visión de estos, legitimados y con validez desde la ética y no solo desde el reconocimiento formal en normas, así como la necesidad de proporcionar bases sólidas para fortalecer las obligaciones positivas que se derivan de los mismos". Gracia Ibáñez, J.: "Vulnerabilidad y cuidado. Una aproximación desde los derechos humanos". *Oñati socio-legal series*, vol. 12, Issue 1, 2022, p. 193.

[132] Pérez-Orozco, A., y López-Gil, S.: *Desigualdades a flor de piel. Cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y las políticas públicas*, ONU Mujeres, Madrid, 2011, p. 34.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cuanto al carácter feminizado que contempla el ejercicio de la atención y de los cuidados, en consonancia con los artículos 26 y 27, referidos a la dignidad en el trabajo, y a la compatibilidad en el desempeño de trabajo remunerado y responsabilidades familiares sin sometimiento a discriminación. No olvida la Carta Social aludir a la protección social y a la asistencia sanitaria de todas las personas trabajadoras, incluidas las migrantes de cada una de las Partes (art.19), otro colectivo numeroso, susceptible de desempeñar las tareas de cuidados.

Por tanto, aporta luz a la profesionalización de las tareas de cuidados el enfoque de Nussbaum (2006), cuya teoría sustenta que una sociedad decente puede proporcionar un adecuado nivel de reconocimiento en cada una de las capacidades claves de las personas cuidadoras; y pone como ejemplo el área del bienestar emocional y psicológica de este colectivo (apenas imperceptible pero de valor imprescindible para ofrecer un cuidado de calidad), donde las *buenas y decentes políticas públicas* pueden hacer posible que el cuidado de una persona dependiente no implique una ansiedad para el procurador, sobre cómo debe realizarse o con qué recursos; tales soluciones también servirían para aliviar la *"carga aplastante de culpa"* en los miembros de la familia (cuidadores no profesionales), que simplemente no pueden proporcionar un cuidado necesario a su ser querido, por falta de apoyos sociales. Como argumenta el autor, *"las políticas públicas serían un buen apoyo en la capacidad de los cuidadores para la razón práctica, a la hora de convertir la decisión de cuidar de un dependiente en una elección real y no en una imposición nacida de la indiferencia social"*[133].

Afinando aún más, y siguiendo los estudios de Luke Clements (2013) en el abordaje del cuidado desde esta perspectiva[134], además de considerar fundamental el reconocimiento del cuidado como derecho humano, establece como prioritaria la necesidad de establecer el alcance de la *obligación positiva* de los Estados de compensar el ejercicio del cuidado, así como las consecuencias adversas subyacentes para las personas cuidadoras (con independencia de su condición y/o ejercicio), contemplando de ese modo los derechos humanos de las personas cuidadoras, sobre todo, desde el punto de vista de la *igualdad y de la discriminación* que pueda estar asociada a su posición. Por tanto, en este caso, el *derecho a cuidar* (como derecho humano, por parte de las personas que lo procuran), inmerso en las políticas públicas de cuidados y con necesidad de intervención estatal, deben ir en sintonía con los derechos reconocidos en los arts. 4, 11 o 14 del Convenio de Roma y en los derechos laborales consagrados en los arts. 2, 4, 19, 20 y 27, entre otros, de la CSE.

4.- La evolución de las políticas sociales de la Unión Europea en materia de protección de los derechos de las personas dependientes y de sus cuidadores.

En línea con lo establecido en la CSE, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE), adoptada en Niza el 7 de diciembre del año 2000[135],

[133] Nussbaum, M.C.: *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, MA: Harvard University Press, Cambridge, 2007; vid. Gracia Ibáñez, J.: "Vulnerabilidad y cuidado. Una aproximación desde los derechos humanos", ob. cit., p. 193.
[134] Ibídem, p. 194.
[135] Diario Oficial de la Unión Europea núm. C. 364, de 18 de diciembre de 2000.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

renovada tras la entrada en vigor del Tratado de Lisboa[136], que daba vida al vigente Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE), vendría a indicar en su art. 6.3 que "los derechos fundamentales que garantiza el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, y los que son fruto de las tradiciones Constitucionales comunes a los Estados miembros, formarán parte del Derecho de la Unión como principios generales"[137]. Por tanto, con una nueva visión orientada al siglo XXI, el TFUE reconoce el principio de cooperación leal entre la Unión y sus Estados miembros, o entendido de otro modo, el principio del respeto por parte de la Unión de la identidad nacional de los Estados, incluyendo sus estructuras políticas y constitucionales; a tal efecto se incluye en el Tratado una clasificación de las competencias exclusivas de la Unión y las compartidas con los Estados miembros, sin olvidar la posibilidad de que la Unión adopte *medidas de apoyo* en ámbitos que son esencialmente de competencia estatal, como por ejemplo, en relación con el principio de igualdad entre hombres y mujeres contemplado como norma fundamental dentro de la Unión. Obsérvese a este respecto la letra i) del art. 153.1 del TFUE donde se establece que "la Unión debe *apoyar y completar* la acción de los Estados miembros en el ámbito de la igualdad entre hombres y mujeres por lo que respecta a las oportunidades en el mercado laboral y al trato en el trabajo", o lo dispuesto en el art. 8 del TFUE, donde se pide a la Unión que se fije como objetivo la eliminación de las desigualdades entre el hombre y la mujer, promoviendo su igualdad. En idéntico sentido, el art. 23 de la CDFUE establece que "la igualdad entre mujeres y hombres debe garantizarse en todos los ámbitos, incluidos los relativos al empleo, el trabajo y la retribución", lo que aparece desarrollado en los apartados 1 y 2 de la Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, *relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores*[138].

De forma particular, la CDFUE, como impulsora una vez más de los derechos fundamentales, protege y promueve los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, siendo a nuestro modo de entender la "piedra angular" para que los *cuidados de calidad* puedan ser llevados a cabo desplegando los valores invisibles y universales que transmiten, basados en la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad, además de la seguridad y de la justicia. Bien puede decirse, pues, que constituye la base de los Estados de Derecho, de los principios de la democracia y de la paz social, puesto que consigue situar a las personas en el centro de cualquiera de sus actuaciones, extendiéndose hacia un nuevo contexto innovador de cambios en la sociedad, de progresos sociales y de avances científicos y tecnológicos. Todo ello es contemplado como un aliado idóneo para alcanzar un renovado modelo de cuidados ajustado a una

[136] Diario Oficial de la Unión Europea núm. C. 303, de 14 de diciembre de 2007 y Diario Oficial de la Unión Europea núm. C. 306, de 17 de diciembre de 2007.

[137] La Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea es aplicable en España en los términos del artículo 2 de la Ley Orgánica 1/2008, de 30 de julio, por la que se autoriza la ratificación por España del Tratado de Lisboa, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en la capital portuguesa el 13 de diciembre de 2007, donde se establece que: "a tenor de lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 10 de la Constitución Española, y en el apartado 8 del artículo 1 del Tratado de Lisboa, las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán también de conformidad con lo dispuesto en la Carta de los Derechos Fundamentales publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea de 14 de diciembre de 2007" (BOE núm. 184 de 31 de julio de 2008).

[138] Viene a derogar la Directiva 2010/18/UE del Consejo.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

nueva forma de vida y de cultura, esperando mientras tanto, que en breve, podamos reconocer el cuidado como un derecho humano. Así pues y hasta el momento, si analizamos los cuatro primeros capítulos de la CDFUE, ya alcanzaríamos unos cuidados dignos, como puede verse en el Cap. I, referido a la dignidad humana (art.1), el derecho a la vida (art.2), el derecho a la integridad de la persona (art.3), la prohibición de los tratos inhumanos o degradantes (art.4) y la prohibición del trabajo forzado (art.5); en el Cap. II se reconoce el derecho a la libertad y a la seguridad (art.6), el respeto de la vida privada y familiar (art.7), que es esencial en el ejercicio de los cuidados, la libertad de pensamiento (art.10), de expresión o de información (art.11), la libertad de reunión y asociación (art.12), el derecho a la formación, a la libertad profesional y el derecho a trabajar (art. 14 y art. 15); en el Cap. III encontramos cuestiones fundamentales para nuestro objeto de estudio, puesto que se reconoce el principio de igualdad ante la ley (art. 20), el derecho a la no discriminación (art. 21), a la igualdad entre los hombres y las mujeres (art. 23), el derecho de las personas mayores "*a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural*" (art. 25), así como el derecho de las personas discapacitadas a "*beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad*" (art. 26); por último, el Capítulo IV sería el capítulo "estrella" para las personas cuidadoras, ya que concierne a la solidaridad y propicia las herramientas perfectas para desarrollar su ejercicio profesional en condiciones de calidad: derecho a la información y a la consulta de los trabajadores en la empresa (art. 27), derecho de negociación y de acción colectiva (art. 28), derecho de acceso a los servicios de colocación (art. 29), protección en caso de despido injustificado (art. 30), condiciones de trabajo justas y equitativas (art. 31), equilibrio y protección de la vida familiar y la vida profesional (art. 33), seguridad social y ayuda social (art. 34) y protección de la salud (art. 35); y todo ello se complementa, como garantía de cumplimiento de esos derecho, con lo establecido en el Cap. VI sobre justicia, que consagra el derecho a la tutela judicial efectiva para todos los ciudadanos (art. 47).

Un ejemplo bastante ilustrativo de la necesidad de aplicar todos esos derechos al ámbito del trabajo de cuidado nos lo encontramos en la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (STJUE) de 17 de julio de 2008, C-303/06, que resuelve a nuestro modo de ver uno de los principales problemas que sigue afectando a las personas cuidadoras, que se ha venido a denominar como "*discriminación por asociación*" (entendida como la discriminación que afecta a una persona no por el hecho de pertenecer a un colectivo vulnerable, como pudiera ser una persona dependiente con necesidad de cuidados, sino por estar vinculada a la misma). Se resuelven en dicha sentencia varias cuestiones prejudiciales presentadas por el Reino Unido sobre la aplicación de la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, al litigio planteado entre la Sra. Coleman y su empresa, conectado con el ejercicio de los cuidados, puesto que la Sra. Coleman consideraba que había sido "*invitada sutilmente*" a dimitir, recibiendo un trato menos favorable que el resto de compañeros por el hecho de tener un hijo con discapacidad al que, en consecuencia, tenía que dedicar parte de su tiempo. La STJUE consideró aplicable la citada Directiva sobre igualdad de trato en el empleo, abriendo una interesante vía de profundización de la prohibición de discriminación, apelando a preceptos recogidos explícitamente en instrumentos de protección de los derechos humanos, como los ya analizados arts. 2 DUDH, 14 del Convenio de Roma, 20 de la CSE, y 20, 21, 23, 30,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

31 o 33 de la CDFUE, aplicándolos ahora en algunos supuestos donde la dimensión del cuidado se encuentra presente. Véase de ese modo como, por el trato discriminatorio que alegaba estar sufriendo la trabajadora (entre ellos la negativa de reincorporación a su antiguo puesto de trabajo al finalizar el permiso de maternidad; la calificación de "*perezosa*" por solicitar una reducción de la jornada laboral para cuidar de su hijo; la oposición a darle la misma flexibilidad en las condiciones de trabajo que a sus compañeros que no tenían hijos discapacitados; las afirmaciones de estar sirviéndose de su hijo con discapacidad en provecho de sus condiciones de trabajo; o el hecho de someterla a un procedimiento disciplinario sin tramitar adecuadamente la queja que presentó contra el maltrato del que venía siendo objeto), se podía recurrir a los mismos razonamientos en que se basa la Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre, a la hora de prohibir la discriminación directa[139], el acoso[140], y la discriminación indirecta[141]. Resulta obvio, como argumentó el abogado general Sr. Poiares Maduro ante la petición de decisión prejudicial del South London Employment Tribunal, que, *"si la propia demandante hubiera estado discapacitada, la Directiva habría resultado aplicable*". En el caso enjuiciado se alegaba, sin embargo, que el desencadenante del trato discriminatorio era la *discapacidad* del hijo de la demandante. Así pues, la persona discapacitada no era "*la misma persona que la que fue víctima evidente u objeto del acto discriminatorio*", por lo que la "*discriminación por asociación*" atentaba contra los derechos fundamentales de la trabajadora en cuanto al respeto a la igualdad, a la no discriminación, al mantenimiento de unas condiciones de trabajo justas y equitativas, a la conciliación y protección de la familia o a la protección ante un despido injustificado. Por tanto, como concreta Ferrando García, la importancia de la doctrina Coleman (que podríamos adaptarlo en nuestro caso a la labor que realizan los cuidadores no profesionales), radica en "*reforzar la virtualidad del principio antidiscriminatorio y hacerlo más efectivo, ampliando su ámbito subjetivo al otorgar protección a quienes padecen trato desfavorable o son víctimas de acoso discriminatorio por parte de la empresa debido a la característica protegida de una tercera persona, ya sea como represalia directa o indirecta por dicha relación*"[142].

[139] Art. 2.2.a). Situación que se da cuando una persona sea, haya sido o pudiera ser tratada de manera menos favorable que otra en situación análoga por alguno de los motivos mencionados en el artículo 1 de la Directiva sobre igualdad de trato en el empleo, en nuestro caso, discriminación por motivos de discapacidad.

[140] Art. 2.3. Comportamiento no deseado relacionado con alguno de los motivos indicados en el artículo 1 de la Directiva, y que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra la dignidad de la persona y crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.

[141] Art. 2.2.b). Situación que se da cuando una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pueda ocasionar una desventaja particular a personas, en nuestro caso, *con una discapacidad*, respecto de otras personas.

[142] Ferrando García, M.F.: "La circunstancia de parentesco en la tutela antidiscriminatoria laboral", *Labos*, vol. 1, núm. 2, 2020, pp. 89-108. Disponible en: https://doi.org/10.20318/labos.2020.5540 Tras el desarrollo jurisprudencial de este nuevo concepto de "discriminación por asociación", el mismo ha sido recogido por el derecho positivo de alguno de los ordenamientos nacionales de la UE, como en el caso concreto de España, que lo incorpora en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (art. 2 e). Dicha regulación ha venido sirviendo de fundamento a varias Sentencias que plantean de forma indirecta supuestos de discriminación relacionados con personas en situación de dependencia y la provisión de cuidados, como la STSJ de Cataluña de 23 de junio de 2011 (rec. 515/2011) que trata de una trabajadora discriminada por tener que cuidar a su cónyuge discapacitado, o la STSJ de Andalucía/Sevilla de 9 de noviembre de 2017 (rec.108/2017), que se posicionó a favor de una trabajadora que, pese a tener prioridad de permanencia en la empresa, en tanto que era madre de un hijo con un 40% de discapacidad y de familia monoparental, resultó afectada

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Interesa también destacar en este apartado de la investigación las tendencias actuales de la Unión Europea (UE) al definir y ejecutar sus políticas y acciones, por lo que hemos de hacer referencia a que el Pilar europeo de derechos sociales debe implantarse a escala de la Unión y de los Estados miembros[143], teniendo en cuenta, de forma debida, todos los ámbitos de competencia que les puedan afectar, lo que conlleva un esfuerzo de cambio que nos impulse hacia un futuro más justo e integrador con el que la UE debe cumplir con su compromiso de ayuda a las comunidades y a los individuos a adaptarse al nuevo mundo, prestando especial atención a las cuestiones sociales y laborales. Por tanto, los veinte principios del pilar europeo de derechos sociales manifiestan la determinación de un nuevo código normativo social que se dirige a la consecución de una Europa social fuerte y sostenible[144], expresando principios y derechos esenciales para el funcionamiento correcto y justo tanto de los mercados laborales como de los sistemas de bienestar de la Europa del siglo XXI. Algunos principios reafirman los derechos ya consagrados que hemos venido analizando de forma universal y que están presentes en el acervo de la Unión; otros, en cambio, establecen objetivos para el camino a seguir, en la medida en que son abordados nuevos desafíos que surgen con los avances sociales, tecnológicos y económicos, típicos de esta nueva era.

Centrándonos en la aplicación de los principios del pilar social que iría en consonancia con nuestro estudio, sobre la atención y los cuidados sociosanitarios, hay que tener en cuenta en concreto los principios 16 y 18, que establecen, por un lado, el derecho a un acceso integrador a la asistencia sanitaria, de carácter preventivo y curativo así como de buena calidad, y, por otro, el derecho a los cuidados de larga duración en los mismos términos a través de la asistencia a domicilio y de los servicios comunitarios. La Unión Europea propone así a los Estados miembros aspectos de relevancia como los que a continuación se van a detallar, tomando como base el informe preparado de manera conjunta entre la Comisión Europea y el Comité de Protección Social (2021)[145], que vino a determinar la respuesta de los sistemas nacionales a los nuevos desafíos sociales, señalando los ámbitos en los que hay que trabajar para garantizar la igualdad de acceso a unos cuidados de larga duración de calidad y asequibles para toda la Unión. Estos argumentos vienen reforzados además por el Libro Verde de la UE sobre el

por un despido y no fue recolocada; y por igual mención vid. Sánchez-Girón Martínez, B.: "Los elementos delimitadores de la discriminación por asociación", *Labos*, vol. 2, núm. 3, 2021, pp. 114-131.

[143] Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de diciembre de 2020, sobre una Europa social fuerte para unas transiciones justas. Plan de acción del pilar europeo de derechos sociales Disponible en: https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/es/#chapter5 (acceso 19/02/22).

[144] En el Plan de Acción se pone de relieve la importancia de una mejor implementación, aplicación y ejecución del Derecho laboral y social actual de la UE. Un diálogo más estrecho y frecuente con los Estados miembros puede facilitar la transposición oportuna de los instrumentos jurídicos de la UE, mejorar la calidad de la aplicación y evitar la necesidad de incoar procedimientos de infracción más adelante. De manera paralela, la Comisión buscará intensificar las medidas si los Estados miembros no cumplen con sus obligaciones previstas en la legislación de la UE. La Comisión potenciará la cooperación con los Estados miembros en materia de Derecho laboral y social de la UE, centrándose en la transposición y aplicación, y compartiendo buenas prácticas. Además, la Comisión insta a los Estados miembros a respaldar y reforzar el desarrollo de la capacidad de las inspecciones de trabajo en sus actividades para supervisar la aplicación del acervo de la Unión.

[145] Comisión Europea (DG EMPL) y Comité de Protección Social, figura en el documento 9144/21 ADD 1 + ADD 2. Consejo de la Unión Europea, Bruselas, 1 de junio de 2021 (OR. en) 9144/21 SOC 355 ECOFIN 508.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

envejecimiento[146], cuyo punto 5.1 versa sobre "*la satisfacción de las necesidades en materia de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración de una población que envejece*", poniendo en marcha una consulta para identificar ámbitos en los que la acción de la UE podía aportar valor añadido a la cuestión, concluyendo que cualquier reforma o inversión en cuidados de larga duración ofrece oportunidades para una mejor solidaridad intergeneracional, para la creación de empleo, para alcanzar entornos laborales y de vida más seguros, para mejorar la protección social de las personas y, sin duda, para mejorar la oferta de servicios de calidad para las personas en situación de dependencia. Así pues, el análisis de las conclusiones que ofrece el informe de la Comisión Europea y del Comité de Protección Social del principio 18 del pilar europeo, referidas a los cuidados de larga duración (que es el que más nos interesa), concluye centrándose en cinco ideas fundamentales: la igualdad de género y la justicia social, el apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, el alcance de una mano de obra adecuada en el sector de los cuidados de larga duración, la realización de esfuerzos sistémicos para garantizar esa mano de obra adecuada, y una apuesta por el aumento del gasto social.

1. A nivel europeo ya está contemplada la previsibilidad de un aumento en la demanda de los cuidados de larga duración de alta calidad, por lo que reforzar su prestación puede favorecer la igualdad de género y la justicia social. Resulta de interés observar las causas que provocan este aumento en la demanda de cuidados, que según la UE están fundamentadas en varios motivos, entre ellos: a) el aumento en los próximos treinta años del número de personas mayores de 65 años, que llegará a representar el 41 % de la población, alcanzando los 130,1 millones de personas, lo que refleja un notable aumento de la esperanza de vida y, con ello, la prevalencia de la dependencia y/o la discapacidad, así como la necesidad de atención. Por tanto, es significativo el número de personas que pueden necesitar cuidados de larga duración en la UE, que aumentará desde los 30,8 millones ya consolidados de 2019 hasta 38,1 millones en 2050; b) la pandemia originada en 2020 ha puesto de manifiesto una vez más las deficiencias sistémicas y estructurales que el sector de los cuidados venía sufriendo, lo que ha venido a ser una nueva llamada de atención al restablecimiento del ejercicio de los cuidados; c) la marcada dimensión de género de los cuidados de larga duración, donde casi el 90 % de las personas trabajadoras del sector y cuidadoras no profesionales son mujeres. Además, se le puede añadir una doble perspectiva de género, teniendo en cuenta que el 33 % de todas las mujeres de 65 años o más necesitan cuidados de larga duración, frente a sólo el 19 % de los hombres de edad avanzada. Y aún más, son las mujeres de edad avanzada las que tienen ingresos más bajos (pensiones), por lo que tienen menos posibilidades para costearse unos cuidados adaptados a sus necesidades. Por ello, el informe concluye sobre esta cuestión que, unos servicios formales de cuidados de larga duración que sean adecuados y asequibles, junto con unas políticas encaminadas a mejorar las condiciones laborales en el sector y a conciliar el empleo remunerado con las responsabilidades asistenciales, podrían contribuir a favorecer la igualdad de género; d) por último la UE considera que la garantía de una protección social adecuada para las personas con necesidad de cuidados de larga duración y para las personas cuidadoras, contribuye a la justicia social.

[146] COM (2021) 50 final, de 27 de enero de 2021. Libro verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones. Comisión Europea, Bruselas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2. También para la UE, el acceso, la asequibilidad y la calidad de los cuidados de larga duración en todos los países, son retos fundamentales, teniendo en cuenta: a) que más de un tercio de los hogares que necesitan cuidados de larga duración, y que no utilizan servicios profesionales de asistencia a domicilio o residencial, alega razones económicas para ello, por lo que el apoyo recae directamente en las personas cuidadoras no profesionales o familiares. Además, la cobertura de protección social para los cuidados de larga duración, aun siendo variable, es, en general, limitada incluso cuando se dispone de protección social para las necesidades de cuidados de larga duración, a menudo no es suficiente (a diferencia de la asistencia sanitaria), siendo aún más grave la situación, pues tras recibir ayuda, casi la mitad de las personas de edad avanzada que necesitan cuidados de larga duración se situaría por debajo del umbral de pobreza al sufragar los costes directos de la asistencia a domicilio o residencial; b) en cuanto a la calidad de los cuidados, es necesario trabajar en un concepto común de calidad en atención y cuidados de larga duración, contemplando el modelo centrado en la persona, basado en las necesidades y preferencias de la persona que requiere cuidados, y otros modelos centrados en estructuras y procesos que estén relacionados con la experiencia personal de los receptores de cuidados; la UE también indica que la calidad de los cuidados se verá afectada por factores (que pueden servir como indicadores de medición) como la mano de obra, la organización (por ejemplo, la integración de servicios para atender necesidades complejas), la tecnología o la financiación. Las medidas destinadas a garantizar la calidad son variables, pero es necesario centrar la idea de calidad en transferir la asistencia residencial, prestando mayor atención a los cuidados a domicilio y comunitarios.

3. Una mano de obra adecuada es fundamental para responder a la creciente demanda de servicios de alta calidad, pero la actual escasez de mano de obra puede llegar a acentuarse aún más, según la UE, por diversos motivos. Así, hay que tener en cuenta que el sector da empleo actualmente a 6,4 millones de personas y se estima que, de aquí a 2030, se crearán hasta 7 millones de puestos de trabajo para profesionales sociosanitarios de nivel medio y cuidadores personales. La mayoría de los Estados miembros señala que existen muchas vacantes sin cubrir en el sector de los cuidados estableciendo como causa principal el envejecimiento asistencial y la falta de relevo profesional, al tiempo que aumenta la demanda de cuidados. La UE hace referencia también a unas condiciones laborales difíciles y unos salarios bajos, lo que puede favorecer la escasez de personal. El trabajo de cuidados de larga duración se ve dificultado por la prevalencia de modalidades de trabajo no convencionales, unos horarios de trabajo irregulares, el trabajo por turnos y las tensiones físicas o sociales. Los ingresos medios del sector son inferiores a los de otros sectores profesionales en todos los Estados miembros (sirva como ejemplo los del sector sanitario, donde en comparativa los salarios son más elevados, aún con niveles y desempeños profesionales similares). Otros motivos como la baja cobertura que ofrecen los convenios colectivos o la limitación del gasto público en cuidados de larga duración también podrían contribuir a reducir los salarios del sector. Y en cuanto a los requisitos de la cualificación, se trata de una cuestión cada vez más compleja que dificulta la búsqueda de personal, pero a la vez puede reforzar el atractivo de la profesión, teniendo en cuenta que la prestación de cuidados requiere la estrecha colaboración entre distintos profesionales y a menudo implica el uso de nuevas tecnologías o la necesidad de responder a necesidades asistenciales cada vez más complejas. Para ello, son necesarias nuevas capacidades transversales y digitales. Por tanto, los requisitos actualizados de cualificación adaptados a cada Estado miembro pueden ayudar a

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

garantizar la calidad de la mano de obra y aumentar el atractivo del sector, pero habría que tratar este aspecto con delicadeza pues también podría constituir un obstáculo para acceder a la profesión.

4. Se necesitan por tanto esfuerzos sistémicos para garantizar una mano de obra adecuada en el ámbito de los cuidados de larga duración. Entre las opciones de actuaciones conjuntas propuestas por la UE a los Estados miembros se encuentran la mejora de las condiciones laborales y salariales, en particular a través de un diálogo social reforzado, fomentando la contratación de una mano de obra más diversa en base a la flexibilidad, mejorando la organización del trabajo, el reciclaje profesional y el perfeccionamiento, especialmente en lo que se refiere a las capacidades transversales y digitales, y garantizando una mejor salud y seguridad en el trabajo. En paralelo a esas medidas destinadas a reforzar los servicios de cuidados profesionales, también es importante apoyar a los cuidadores no profesionales con medidas que incluyen prestaciones en concepto de cuidados, cobertura del seguro de enfermedad, asesoramiento y formación, descansos o prestación de cuidados temporales, así como créditos de pensiones para actividades asistenciales.

5. Las reformas de los Sistemas de cuidados de larga duración y las inversiones correspondientes deben basarse en las enseñanzas extraídas de la pandemia: se prevé que el gasto en cuidados de larga duración sea una de las partidas del gasto social que más rápido aumente, lo que hace preciso introducir mecanismos de financiación sostenibles (aumento de media, de un 1,7 % del PIB en 2019 y de hasta un 3,4 % del PIB en 2050, en toda la UE). Aumentar la eficiencia del gasto en cuidados de larga duración puede ayudar a mejorar la calidad de la prestación de los cuidados ofrecidos a un coste menor con la implantación eficaz de otras medidas como las nuevas tecnologías, la inversión en políticas preventivas de envejecimiento activo y saludable, y la promoción de la salud.

En resumidas cuentas, los cuidados de larga duración en la UE deben ir enfocados a perseguir cambios sistémicos con medidas concebidas principalmente para mejorar la situación de los cuidadores no profesionales, facilitar el acceso y la calidad en relación con los servicios de asistencia domiciliaria y residencial, dando prioridad a los primeros, y mejorar la situación de la mano de obra profesional de cuidados de larga duración.

CAPÍTULO II. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA REGULACIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL.

1.- La beneficencia como antecedente remoto de la regulación de las tareas de cuidado de las personas dependientes.

1.1.- La Constitución liberal de 1812.

La Constitución liberal de 1812[147], no incorporó una tabla de derechos y libertades como tal, pero sí recoge algunos derechos dispersos en su articulado como la libertad

[147] Primera Constitución política de la Monarquía española (promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812), fue aprobada en el marco de la Guerra de la Independencia (1808-1814) como respuesta del pueblo español a las intenciones invasoras de Napoleón Bonaparte que, aprovechando los problemas

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de la nación[148] y de las personas[149], el derecho de propiedad[150] o el derecho a la tutela judicial efectiva[151]. Si entramos en contenido, resulta interesante resaltar que sólo aquellos ciudadanos españoles que gozaban de derechos en la Nación Española podían obtener empleos municipales; además, podrían incluso perder la condición de ciudadano español por el hecho de aceptar el empleo de otro gobierno; pero más curioso aún resulta ver que se suspendía el ejercicio de los derechos derivados de la ciudadanía española por la "*adquisición de una incapacidad física o moral*" (expresamente cuando así fuera vedado por Ley), por no tener un empleo, oficio o modo de vivir conocido, por no saber leer y escribir al acceder *ex novo* al ejercicio de los derechos de Ciudadanos, o por "*la adquisición del estado de sirviente doméstico*". La norma aclara de forma expresa que, solo por los motivos contemplados en sus artículos se puede perder o suspender el derecho de Ciudadano[152]. Aunque esas argumentaciones resultan hoy desconcertantes, conviene tener en cuenta que el texto refleja con claridad la influencia de la Declaración de los Derechos del Hombre de 1789. La Constitución liberal de 1812 cambió la visión que se tenía de la beneficencia y de la atención a las personas con necesidades de protección social, sanitaria, y formativa-laboral, ya que establece la obligación del Gobierno de perseguir el bienestar de los ciudadanos, indicando a tal efecto que "*el objeto del Gobierno es la felicidad de la Nación, puesto que el fin de toda sociedad política no es otro que el bienestar de los individuos que lo componen*"[153]. Por tanto, se atribuía a las Cortes la facultad de aprobar, antes de su ratificación, los tratados relativos a subsidios, crear oficios públicos, establecer el plan general de enseñanza pública, fomentar el avance industrial para propiciar empleos y aprobar los reglamentos generales de sanidad[154], con miras a la protección y a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. De esa manera, la Constitución liberal traslada al gobierno interior de los pueblos y de las provincias las competencias necesarias para ello, otorgando a los Ayuntamientos la

dinásticos entre Carlos IV y Fernando VII, aspiraba a constituir en España una monarquía satélite de su Imperio (al igual que en Holanda, Alemania e Italia), destronando a los Borbones y coronando a su hermano José Bonaparte. La constitución de 1812 combinó las tendencias constitucionales tradicionales monárquicas españolas y francesas incorporando principios del liberalismo democrático tales como la soberanía nacional y la separación de poderes. Las Cortes se organizaban en una Cámara única y los diputados de las Cortes eran elegidos mediante sufragio indirecto, siendo necesario para ser candidato poseer una renta anual procedente de bienes propios, con lo cual el Parlamento quedaba en manos de las clases acomodadas. Los poderes del Rey se vieron limitados, ostentando su condición (a diferencia del Antiguo Régimen, en virtud de un título divino) por la gracia de Dios y la Constitución, por lo que conservaba una participación en el Poder legislativo con una tímida iniciativa y un veto suspensivo, así como la titularidad del Poder ejecutivo, aunque sus actos debían ser refrendados por los Secretarios de despacho. La Constitución de 1812 tuvo una vigencia efímera, teniendo en cuenta que Fernando VII la derogó a su vuelta a España en 1814, implantando el más férreo absolutismo durante seis años, pero su influencia no dejó de ejercer predominio en las posteriores ideas constitucionales europeas. Puede consultarse información completa en https://www.congreso.es/cem/const1812 (acceso 29/01/22). Imprenta Real, MDCCCXII, Cádiz.

[148] Título I, Cap. I, art.2, sobre la libertad de la Nación Española, p. 3.

[149] Título I, Cap. II, art.5, párrafo 1º, 2º, 3º y 4º sobre los Españoles, siendo españoles todos los hombres libres nacidos y avecindados en los dominios de las Españas y los hijos de estos, así como extranjeros, los que lleven 10 años de vecindad y libertos que adquieran la libertad en las Españas. p. 4.

[150] Título I, Cap. I, art.4, sobre la libertad de la Nación Española y su obligación de conservar y proteger mediante leyes justas la libertad civil, la propiedad y otros derechos legítimos de todos los individuos que la componen, p. 3.

[151] Título V, Cap. II, de la administración de justicia en lo civil, art.280, p. 78.

[152] Título II, Cap. IV, art.23, 24, y 25, 26 p. 9 y 10.

[153] Título II, Cap. III, art. 13, p. 6.

[154] Título III, de las Cortes, Cap. VII, art.131, p. 37.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

responsabilidad de cuidar de los hospitales, los hospicios, las casas de expósito y demás establecimientos de educación y de beneficencia bajo las reglas burocráticas y administrativas que se prescribieran, además de velar por la seguridad de las personas y sus bienes, debiendo estar estos Entes locales bajo la supervisión de las Diputaciones provinciales a las que rendirían cuentas justificadas de forma anual; por otra parte a las Diputaciones provinciales se les encargó, entre otras funciones, la vigilancia sobre el cumplimiento de los objetivos de los establecimientos piadosos y de la beneficencia[155]. En todos estos aspectos no hay que obviar el trasfondo del texto Constitucional proclamando a España como un Estado confesional, sin reconocer la libertad religiosa[156], pese a estar influenciado por la Declaración de los Derechos del Hombre de 1789, por lo que la ayuda a las personas necesitadas a través de un sistema público de beneficencia seguía siendo una entelequia.

1.2.- Las Leyes de Beneficencia de 1822 y de 1849.

La beneficencia pública, entendida como el "*conjunto de instituciones y servicios de ayuda a las personas necesitadas*"[157], era prácticamente inexistente en la España liberal de principios del siglo XIX en un contexto social con una situación socioeconómica empobrecida, donde, a pesar del incremento constante de la población, las secuelas de la Guerra de la Independencia (1808-1814) habían provocado un colapso productivo por el abandono de la actividad agrícola y ganadera, con el consecuente estado de hambruna[158], una situación decadente de conflictos sociales y un gran número de fallecidos[159]. Recordemos que hasta ese momento era la Iglesia caritativa graciable (particulares y corporaciones eclesiásticas), el estamento feudal al que se le atribuía una especie de obligación de protección social de los súbditos, a la que contribuyen otros entramados institucionales que desarrollaban tareas de intervención social en la cobertura de carencias, como las aportaciones de las familias, la comunidad, las asociaciones, los gremios, cofradías y hermandades. Todos ellas fueron perdiendo paulatinamente protagonismo a medida que los poderes públicos fueron asumieron el necesario intervencionismo en el campo de la acción social, dando lugar a la aparición de mecanismos rápidos de implantación de ayudas a

[155] Título VI, del gobierno interior de las provincias y de los pueblos, Cap. I (art. 321, 6ª) - II (art. 335, 8º), p. 84 y 88.

[156] Título II, Cap. II, art.12 sobre la religión siendo esta perpetuamente la católica, apostólica, romana y única verdadera, siendo protegida por la Nación y prohibiendo el ejercicio de cualquier otra, p. 3.

[157] Del lat. Beneficentia, segunda acepción, RAE, disponible en: https://dle.rae.es/beneficencia (acceso 24/01/22).

[158] El hambre fue uno de los principales males en los inicios del siglo XIX, por lo que se extendió el reparto de comidas para las familias más desfavorecidas, por ejemplo, en Madrid se llegaron a habilitar seis locales de distribución para ofrecer comidas a un precio reducido, y de forma paralela, las autoridades competentes aprobaron una Real Orden el 18 de septiembre de 1803 que autorizaba la distribución de las sopas en la capital y en todo el reino, actividad que se acabaría extendiendo, siendo ofrecida en cada vez más lugares. Castro Alfín, D.: *Las necesidades sociales y su cobertura: 1800-1868*, en Historia de la Acción Social Pública en España, Beneficencia y Previsión, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, p. 71-72.

[159] Las instituciones creadas en tiempos de Carlos III para servir de soporte a su plan de Beneficencia, decayeron en su actividad a principios del siglo XIX, dejando casi totalmente de funcionar durante los años de la Guerra de la Independencia, como queda reflejado en los libros de actas de las Diputaciones de Caridad y de la Junta General de Caridad. Un ejemplo puede ser el Libro de Actas de la Diputación de las Vistillas, años 1804-1805. Archivo de Villa, Sección Secretaría, libro 156; citado en Vidal Galuche, F.: "El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822", *Revista de la Facultad de Geografía e Historia de Madrid,* núm. 1, 1987, p. 45.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personas necesitadas que acabaron constituyendo lo que se conocería como *Beneficencia pública*, que a mediados del siglo XIX ya se había consolidado en España[160].

En esta etapa de la historia de España se podría dar por cancelado el intervencionismo arcaico del antiguo régimen, como lo denomina Casado, de cuyas ruinas emerge con dificultades la institución de la Beneficencia[161]. Por tanto, las leyes de beneficencia en España (cuya entrada impetuosa vino a estrechar de forma significativa a la caridad), así como sus reglamentos de ejecución, fueron normas jurídicas de relevancia no sólo por constituir las primeras regulaciones de la Beneficencia pública en España hasta el siglo XX (que ya iba siendo necesario para reorganizar las intervenciones socioasistenciales), sino también por permitir la convivencia con los mecanismos e instituciones de la beneficencia particular (hasta el momento predominante), puesto que procuraron conciliar los derechos del Gobierno con los de las instituciones privadas[162], alargando las coberturas a las necesidades y dando origen, de esta forma, a la coordinación entre entidades asistenciales público-privadas, que aunque diferentes entre sí en cuanto a bases ideológicas y metodologías de intervención, eran a la vez necesarias para empezar a dar una cobertura a las necesidades sociales y sanitarias de forma universal.

La primera norma jurídica encaminada a ese fin fue la Ley General de Beneficencia de 1822[163], que atribuía a los ayuntamientos (municipios), a las juntas municipales y a las parroquias, como auxiliares de los primeros, la competencia para cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, restando protagonismo a la beneficencia particular. Sin embargo su vigencia fue breve: tras la vuelta del absolutismo con Fernando VII (1823), se disolvieron las Cortes de Cádiz de 1812 y se anuló la legislación del Trienio Liberal (1820-1823), por lo que esta Ley, que aplicaba los escuetos principios constitucionales consignados en materia de Beneficencia fue suspendida, no volviéndose a poner en práctica hasta el restablecimiento de la legislación constitucional en 1836, momento en que las juntas municipales de beneficencia volverían a recuperar la administración de las instituciones de beneficencia[164]. No obstante, y aunque de forma fugaz, la Ley de Beneficencia de 1822 tuvo su calado, pues sentó las bases para una nueva organización del territorio, siendo competencia de las Diputaciones la inspección de las cuentas presentadas por los Ayuntamientos antes de que estas llegaran al Gobierno y la revisión de los medios previstos para ir estableciendo el plan de Beneficencia en las respectivas provincias; de este modo, el Municipio debía ser una institución que servía como ente participativo y representativo de la ciudadanía. Así se iría sistematizando la Beneficencia en manos de la Administración pública, pues la representatividad de los

[160] Anguita Osuna, J.E.: *Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la "Ley de Beneficencia" de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852*, p. 90. Aportes, núm. 99, 2019, pp. 89-121.

[161] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, ob. cit., p. 107.

[162] Rodríguez Sastre, A.: Datos *para el estudio y organización de la beneficencia pública y privada*, Imprenta Palomeque, Madrid, 1934, p. 21.

[163] Ley General de Beneficencia promulgada el 6 de febrero de 1822. *Colección de Leyes y Decretos de las Cortes.* Tomo XX, Imprenta Nacional, Madrid, pp. 119-137, y Constitución de 1812, Tít. VI, Cap. I, art. 321.

[164] Santaella Ruiz, R.D. y Tejero Durán, R.: "De la beneficencia a la asistencia social en la Diputación Provincial de Jaén", *Boletín del Instituto de Estudios Giennenses*, núm. 207, 2013, pp. 608-609, y citado por Vidal Galuche, F.: "El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822", ob. cit., p. 48.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

vecinos quedaba garantizada a través de sus alcaldes y concejales, al tiempo que las corporaciones en las que estos se integraban tenían que rendir cuentas ante las Diputaciones tanto en lo relativo a la recaudación e inversión en obras benéficas como a efectos del uso de los materiales de utilidad pública, lo que posteriormente, a modo de control, debía ser refrendado por las Cortes[165]. Del mismo modo, también pasó a manos del Estado el control económico de la Beneficencia, puesto que este se hizo cargo del déficit resultante de los gastos de los establecimientos públicos, asumiendo por tanto la obligación de atender y dar un servicio más al ciudadano (en este caso por un bien social), y transfirió todos los bienes de la Beneficencia a un fondo común (bienes municipales o generales), incluso mediante la conversión en públicos de bienes y establecimientos privados de beneficencia[166].

Respecto a los objetivos de *intervención asistencial* planteados por la Ley de Beneficencia de 1822, se contemplaba la continuidad de las asociaciones caritativas y religiosas que en el período anterior hubieran desarrollado una labor asistencial positiva, excepto las instituciones de Caridad o las de Comunidad (como las Juntas Generales de Caridad y las Diputaciones de barrio), cuyas competencias asumirían las mismas Juntas Parroquiales y Municipales recién creadas. Asimismo, se seguía dando importancia a la instrucción y a la regeneración de los pobres a través del trabajo, así como al socorro domiciliario y a la hospitalidad, lo que se llevaría a cabo mediante la reorganización de los recursos disponibles y la mejora prevista de resultados, que se ponía en manos de las Juntas Parroquiales de Beneficencia; se procedía, por último, a la reforma de las instituciones hospitalarias con la creación de nuevos hospitales cada vez más especializados (maternidad, salud física, salud mental…), concediendo libertad a los pobres del hospicio (casas de socorro), lo que implicaba una orientación diferente de estos establecimientos que durante años habían servido tanto de asilo para los pobres desvalidos como de centro de represión para necesitados que se consideraban válidos para el trabajo, para mendigos, menores o cualquier otro tipo de personas en situación de pobreza[167]. La Ley de Beneficencia de 1822 sirvió como punto de partida, por tanto, para la legislación sobre Beneficencia dictada durante todo el siglo XIX.

A esta primera iniciativa legal le seguiría el Real Decreto de 21 de septiembre de 1835, sobre el modo de constitución de las Diputaciones provinciales, en virtud del cual a estas se les otorgaba competencias en relación con los establecimientos provinciales de caridad y beneficencia, lo que sería posteriormente convalidado por la Ley de 2 de abril de 1845 de organización y atribuciones de los consejos provinciales[168].

[165] Castro, C.: *La revolución liberal y los municipios españoles*, Alianza, Madrid, 1985, citado por Vidal Galuche, F.: "El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822", ob. cit. p. 49.

[166] Ley General de Beneficencia 1822, Tit. II, art. 26, y Tit. VIII, art. 129, citado además por Vidal Galuche, F.: "El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822", ob. cit. p. 49.

[167] Ibídem, p. 50.

[168] Beltrán Aguirre, J.L.: *El régimen jurídico de la acción social pública*, Instituto Vasco de Administración Pública, Bilbao, 1992, p. 83. Reyes Siles Saturnino, R.: Archivo de la Diputación de Sevilla, Siglos XIX-XXI, 2015. Disponible en: http://www.archiverosdiputaciones.com/wp-content/uploads/2015/07/legislacion.pdf

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Más adelante, con la Ley General de Beneficencia de 20 de junio 1849[169] y su normativa reglamentaria de desarrollo[170], se abordó una regulación general de la Beneficencia en la que se resaltaba la importancia de la hospitalidad domiciliaria, que llegaría a ser conceptualizada a nivel reglamentario como "*la más importante obligación de los ayuntamientos*"[171]. En ambas normas se recogían principios y reglas que mejoraron las buenas prácticas y el espíritu de la beneficencia, configurándose dos clases de establecimientos: los públicos (generales, provinciales y municipales) y los particulares, formando parte las autoridades eclesiásticas de las juntas generales, provinciales y municipales, al tiempo que los párrocos presidían las juntas parroquiales de socorros domiciliarios; curiosamente, se previeron *juntas de señoras* para cuidar las casas de expósitos (nuevamente nos remitimos al rol de género como carácter propio de los cuidados en los diferentes contextos socioculturales: *mujeres que cuidan*), y se autorizó la promoción y uso de los servicios de toda asociación de caridad[172].

Con la idea de perfeccionar la Beneficencia, el Reglamento de 1852 trató de cubrir los vacíos legales existentes con sus cien artículos[173], pese a lo cual aún quedaba mucho por hacer, puesto que, como dijera Concepción Arenal, *"la legislación vigente sobre Beneficencia ni ordena lo conveniente, ni garantiza el cumplimiento de lo que ordena, no bastando al legislador establecer el principio y disponer que se practique, necesita además saber qué obstáculos se opondrán a esa práctica, y buscar los medios para removerlos, de otro modo sus prescripciones serán letra muerta, como lo son en efecto muchos de los artículos de la ley de Beneficencia"*[174]. Buen ejemplo de ello era el hecho de que la nueva regulación no garantizaba expresamente a las personas con necesidades un derecho subjetivo ante el Estado a recibir las prestaciones benéficas, aspecto que vendría a contemplarse más adelante.

En cualquier caso, la Ley de Beneficencia y su reglamento de ejecución, pese a sus deficiencias, dejaron planteada ya la consideración de la intervención benéfica como

[169] La Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849 se publicó en la Gaceta de Madrid del 24 de junio de 1849, durante el reinado de Doña Isabel II, ostentando el cargo de Ministro de la Gobernación el Conde de San Luis y constaba de tan solo 21 artículos.

[170] Cuando hacemos referencia al Reglamento de desarrollo de la Ley de Beneficencia de 1849, hemos de precisar que se trata del Real Decreto de 14 de mayo de 1852, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley General de Beneficencia, el cual fue publicado en la Gaceta de Madrid de 16 de mayo de 1852.

[171] Valenzuela Candelario, J.: "Derecho al trabajo y beneficencia. La hospitalidad domiciliaria madrileña a mediados del siglo XIX" en Santiago Castillo (coord.): "El trabajo a través de la historia", *Actas del II Congreso de la Asociación de Historia Social*, Asociación de Historia Social, Córdoba, 1996, p. 347, y citado por Anguita Osuna, J.E.: *Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la "Ley de Beneficencia" de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852*, ob. cit. p. 95.

[172] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, ob. cit., p. 113.

[173] El Reglamento se estructuraba en cuatro títulos y constaba de cien artículos: el título primero trataba sobre los establecimientos de beneficencia; el título segundo sobre el gobierno de los establecimientos de beneficencia; el título tercero sobre la administración de la beneficencia y finalmente el título cuarto hacía referencia a las disposiciones generales y transitorias.

[174] Arenal de García Carrasco, C.: *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Imprenta del Colegio de Sordomudos y de Ciegos, Madrid, 1860, p. 36., citado por Anguita Osuna, J.E.: *Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX. La Ley de Beneficencia de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852*, ob. cit. p. 97.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

servicio público, lo cual se puede mostrar en algunas de sus características que[175], posteriormente, servirían de base a la normativa social intervencionista, entre las que cabe citar: a) la centralización y control por parte del Estado de la actividad benéfica; b) el inicio de los sistemas de protección social basados en la coordinación entre órganos administrativos instituidos a tres niveles (general, provincial y municipal), que funcionaban como órganos auxiliares sin ningún tipo de subordinación orgánica; c) la financiación de la Beneficencia a través de un fondo común patrimonial (bienes públicos procedentes de consignaciones en los presupuestos generales, provinciales y municipales, así como bienes privados procedentes de fundaciones, rentas de establecimientos y limosnas); d) un régimen presupuestario contable común para todos los establecimientos de beneficencia; e) el ofrecimiento de servicios y prestaciones de carácter público gratuitas para necesitados con carácter temporal (asistencia y socorro), permanentes (pensiones a favor de personas determinadas, ayudas para familias con discapacitados físicos o psíquicos), y ayudas en especie, como trabajo para el acogido que servía para contribuir a financiar las actividades de los establecimientos benéficos; f) el carácter voluntario de la intervención benéfico-asistencial; g) las competencias municipales en el ámbito benéfico, resaltando la labor de los ayuntamientos que se encargarían de ofrecer servicios de atención cercana al necesitado y especialmente en el ámbito familiar; h) la coexistencia de una acción social pública y privada.

2.- La necesidad latente de una ordenación jurídica de la atención de las personas dependientes en la originaria normativa de Seguridad Social.

La seguridad social es el resultado de un largo proceso histórico cuyo fundamento se encuentra en la necesidad de afrontar el estado de inseguridad en que siempre ha vivido el hombre desde el inicio de la humanidad. El hecho de vivir en sociedad genera riesgos que, a pesar de afectar de forma individual a las personas, se colectiviza por vivir integradas en sociedad, por lo que es la propia sociedad la que se organiza con los medios necesarios para la cobertura de las necesidades derivadas de la materialización de esos riesgos sociales y, en el casos de las sociedades más avanzadas, para la prevención de los daños que puedan ocasionar dichos riesgos sociales.

El proceso de composición de la seguridad social actual resulta de un conjunto de circunstancias que se prolongan desde finales del siglo XIX hasta la época presente, desde el momento en que grupos de trabajadores de determinadas actividades económicas se unieron con fines de protección mutua, llegando a la protección de todas las personas trabajadoras frente a riesgos y contingencias comunes y profesionales, y alcanzando posteriormente a las personas sin recursos económicos o en riesgo de pobreza y exclusión social.

Podemos situar su aparición como una respuesta al industrialismo capitalista inicial, que había generado graves riesgos sociolaborales sin que el liberalismo que le servía de base ideológica se hubiera preocupado por la creación de instituciones de protección, por lo que era más que necesario una progresiva intervención pública en el ámbito de la denominada cuestión social, en dos líneas principales: para la

[175] Alonso Seco, J.M. y Gonzalo González, B.: *La asistencia social y los servicios sociales en España*, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2000, p. 79-82, citado por Anguita Osuna, J.E.: *Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX. La Ley de Beneficencia de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852*, ob. cit. p. 99.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

regulación de las condiciones de trabajo y a efectos de institucionalización de sistemas de previsión obligatorios[176]. Nos encontrábamos, por tanto, con una situación donde el trabajador se hallaba en el más absoluto desamparo frente a los riesgos y contingencias sociales, con jornadas de trabajo extenuantes, salarios miserables que tenían que aceptar para no morir de hambre, y la tipificación como delitos de las coaliciones profesionales y de la huelga; además, los empleadores ni siquiera tenían la obligación de cubrir los gastos de enfermedad, incapacitación y muerte de las personas víctimas de accidentes de trabajo, bajo el mero argumento de considerar que tales partidas aumentaban los costes de producción. Ante esta lamentable situación, fueron los propios obreros quienes harían frente a los riesgos sociales con sus salarios (preocupados por su autoprotección), aunque ello supusiera enviar a las fábricas a sus hijos menores o a sus mujeres. Con salarios tan paupérrimos, el conjunto de estos aportes resultaba insuficiente para cubrir tales necesidades, por lo que de forma progresiva fueron surgiendo las primera fórmulas de protección social, como el ahorro privado, la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública[177]. Transcurrida esta primera etapa embrionaria de la seguridad social, que Paúl Durand denominó como la fase de los "procedimientos indiferenciados de garantía", con medidas poco precisas como las mencionadas con anterioridad, la evolución histórica de la protección social pasaría por otras dos etapas: la de los seguros sociales y, finalmente, la etapa de la seguridad social[178].

Para superar los inconvenientes del ahorro individual, que era una técnica de previsión rudimentaria, poco solidaria y que quedaba fuera del alcance de los más necesitados, surgen los sistemas de asociación de ayudas mutuas, los cuales mediante las aportaciones económicas de sus miembros asumían ciertas contingencias sociales, como podían ser la vejez, la invalidez, la enfermedad o la muerte. Dicho sistema se conoce con el nombre de *mutualismo*, y consistía en la creación de sociedades obreras (*socorros mutuos*[179]), donde los obreros, usando técnicas de previsión colectiva, sustraían una parte de sus salarios para crear los fondos necesarios con los que atender las necesidades de sus miembros cuando se vieran en situaciones de carencia, como en el caso de precisar asistencia médica, afrontar gastos funerarios o prestaciones económicas al tener que cesar en el trabajo por enfermedad. Las sociedades de socorro mutuo fueron ampliando sus coberturas a las contingencias de supervivencia (viudedad y orfandad), aunque las rentas de tipo vitalicio aún no estaban contempladas, por lo que las cantidades que se ofrecían eran limitadas en el tiempo o se entregaban a tanto alzado. A pesar del avance que supuso, este sistema de protección seguía presentando

[176] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, ob. cit., p. 82.

[177] Nugent, R.: *La seguridad social: su historia y sus fuentes*, Cap. 33, p. 606. Disponible en: https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv (acceso 30/01/22).

[178] Rendón Vásquez, J.: *Derecho de la seguridad social*, Lima, Tarpuy, 1992, p. 17, citado por Nugent, R.: *La seguridad social: su historia y sus fuentes*, ob. cit., p. 606.

[179] La primera sociedad de este tipo constituida en España fue la "sociedad de socorro mutuo de los tejedores del algodón" en Barcelona en 1839. Entre los casos estudiados del textil catalán, están los abordados por Miquel Izard o Genís Barnosell. Ambos señalan la existencia, a partir de los años 40 del S.XIX, de las Sociedad de Tejedores y la Asociación Mutua de Tejedores de Barcelona. Barnosell acentúa la matriz sindical y composición social eminentemente jornalera de la primera, frente al carácter estrictamente mutual y composición interclasista de la segunda, citados en Izard, M.: "Industrialización y obrerismo: las Tres Clases de Vapor, 1869-1913", *Ariel*, Barcelona 1973; Barnosell, G.: "L'associació de teixidors de Vic, 1840-43", *Ausa*, p. 138 y pp. 303-318, 1997; y Marín G.: "Los márgenes de la solidaridad. Sociedades de socorros mutuos y mutualismo en España", *Intus-Legere Historia*, vol. 9, núm. 2, 2015, p. 67.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dificultades por su débil capacidad económica, su deficiente organización y su continua represión por parte del Estado ante la inexistencia de una regulación legal. Este tipo de mutualismo obrero, sin ánimo de lucro, inspirado en el principio de solidaridad profesional, serviría de base, no obstante, para constituir de lo que hoy conocemos como seguridad social[180].

El seguro privado, no asentado sobre el principio de solidaridad, es un contrato de naturaleza mercantil basado en el derecho privado que empezaría a utilizarse ante la insuficiente protección que ofrecían las asociaciones de socorros mutuos, ampliando por tanto su cobertura hacia otros grupos de trabajadores de distintas actividades y extendiéndose a cualquier tipo de riesgo. El mecanismo de cobertura consistía en asegurar el riesgo ante una compañía aseguradora (aportando una cantidad de dinero) que se obligaba a resarcir los daños derivados de un infortunio. A pesar de que, de forma novedosa, muchas empresas recurrieron a este contrato para asegurar a sus trabajadores contra los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, lo que rompió las barreras corporativas del mutualismo, aún estaba lejos de solucionar los problemas de los trabajadores, pues únicamente podían recurrir a los seguros privados quienes tenían capacidad económica suficiente para abonar las primas, quedando de nuevo fuera del alcance de los más necesitados. Es innegable, en cualquier caso, que constituirían el antecedente de los seguros sociales, que asimilaron sus técnicas y procedimientos (que más tarde pulieron, eliminando los intermediarios con ánimo de lucro o tomando como base el principio de solidaridad), por lo que acabaron desembocando en lo que hoy conocemos como entidades de previsión social[181].

La primera manifestación reconocida de los Seguros Sociales tuvo lugar en Alemania en 1881, en el momento en que el gobierno conservador de Bismarck inicia su creación para las contingencias de enfermedad, accidente profesional, invalidez y vejez[182]. Esta novedosa técnica de protección social giraba en torno a dos ejes de actuación: el reconocimiento de la responsabilidad objetiva del empresario por los daños causados al trabajador en caso de accidente de trabajo, y la instauración de una fórmula de solidaridad profesional obligatoria en virtud de la cual tanto los empleadores como los trabajadores y el propio Estado aportan cuotas finalistas destinadas a soportar los gastos del aseguramiento social obligatorio de los trabajadores. Y todo ello sustentado por una infraestructura administrativa estatal que ponía de manifiesto la necesidad de intervenir en las relaciones de producción. Según Almansa Pastor, este nuevo seguro social bismarckiano es, por tanto, un "instrumento de previsión social que se realiza mediante el aseguramiento hecho por los empresarios a favor de sus trabajadores. El seguro ha de ser obligatorio, gestionado por organismos públicos, y dirigido a proteger frente a las necesidades sociales derivadas de riesgos que afectan a ciertos grupos sociales, riesgos determinados por la Ley"[183].

[180] Nugent, R.: *La seguridad social: su historia y sus fuentes*, ob. cit., p. 608.

[181] *Ídem*.

[182] Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, ob. cit., p. 116.

[183] Carrillo Prieto, I.: *Varia (derecho e ideología)*, Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones jurídicas, 1989, p. 94. Disponible en: https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/727-varia-derecho-e-ideologia (acceso 1/2/22).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En el caso de España sería la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 (en adelante LAT)[184], la que puede considerarse como primera pieza clave sobre la que se articularía nuestro sistema de previsión social. Su fundamento axiológico sería la doctrina del riesgo profesional, cuya fórmula de protección social descansaba sobre el expediente de la *responsabilidad objetiva del empresario*, en virtud de la cual se responsabilizaba al empresario de todos los riesgos producidos por el funcionamiento de su empresa[185], salvo los acaecidos por "*fuerza mayor extraña al trabajo en que se produzca el accidente*", tal como aparecía establecido en el art. 2 de la LAT. Esta responsabilidad objetiva del *"patrono"* se traducía en la necesidad de indemnizar a los trabajadores por los daños derivados de accidentes producidos en el ejercicio de la profesión, tal como se contemplaba en el art. 4 de la LAT, donde se hacía una distinción entre la "*incapacidad de trabajo temporal*", la "*incapacidad parcial aunque permanente para la profesión ó clase de trabajo á que se hallaba dedicada la víctima*" y la "*incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo*". En estos casos, el "*patrono*" también estaba "*obligado á facilitar la asistencia médica y farmacéutica al obrero hasta que se halle en condiciones de volver al trabajo*", y cuando por dictamen facultativo se le declare en cualquiera de los dos casos de incapacidad permanente, correspondiendo dicha asistencia a los "*Facultativos designados por el patrono*".

Para hacer menos gravosa esta responsabilidad objetiva del empresario, el art. 12 de la LAT posibilitaba la sustitución de estas obligaciones indemnizatorias por la suscripción de un "*seguro hecho á su costa en cabeza del obrero de que se trate, en una Sociedad de seguros debidamente constituida*", lo que implicaba la implantación de un seguro facultativo de accidentes de trabajo, con ciertas garantías de solvencia y seguridad, tutelado por los poderes públicos. También revisten especial importancia los artículos 6 a 9 de la LAT, relativos a las medidas de prevención de accidentes de trabajo, en los que se preveía la constitución de una Junta Técnica encargada de la elaboración de un catálogo de los "*mecanismos inventados hasta hoy para prevenir los accidentes del trabajo*", así como la adopción de disposiciones reglamentarias sobre los mecanismos de protección del obrero al usar las máquinas y demás condiciones de seguridad e higiene indispensables a cada industria[186]. Con esta norma,

[184] Publicada en la Gaceta de Madrid, el Miércoles 31 de enero de 1900, en Tomo I, núm.32, Pág. 363. Otros países europeos que también regularon los accidentes de trabajo en el último cuarto del S. XIX fueron: Suiza (*Factory Law* de 1877 y Leyes de 25 de junio de 1881 y 20 de abril de 1887), Alemania (Ley de 6 de julio de 1884, modificada por Ley de 5 de julio de 1900), Austria (Ley de 28 de diciembre de 1887), Noruega (Ley de 23 de julio de 1894), Inglaterra (*Workmen's Compensation Act* de 1897), Finlandia (Ley de 1 de enero de 1898), Dinamarca (Ley de 15 de enero de 1898), Italia (Ley de 17 de marzo de 1898), y Francia (Ley de 9 de abril de 1898).

[185] Lozano Lares, F.: *El mutualismo patronal en la encrucijada. De la doctrina del riesgo profesional a la debida prevención de riesgos laborales*. Mergablum Ediciones, Sevilla, 2002, p. 18.

[186] La Ley de Accidentes de Trabajo de 1900 fue desarrollada en varios reglamentos, entre ellos: por el Reglamento General de 28 de julio de 1900 (RD de 28/07/1900. Gaceta de Madrid de 30/07/1900, núm. 211), donde se hace obligatoria las medidas de seguridad en obras; por la Real Orden de 5 de agosto de 1900 (Gaceta de Madrid de 09/08/1900, núm. 221), y por la Real Orden de 30 de agosto de 1900 (Gaceta de Madrid de 31/08/1900, núm. 243, donde se ampliaba la Ley con la publicación de los modelos de referencia de libros de registro de accidentes y hojas estadísticas de accidentes; o por la Real Orden de 16 de octubre de 1900 que atendía al alcance de la responsabilidad patronal sustituida por las compañías aseguradoras; y por la Real Orden de 10 de noviembre de 1900 regulando las condiciones operativas de las Mutualidades Patronales y como también importante novedad, la responsabilidad solidaria de los asociados. A pesar de las mejoras, la protección jurídica sobre accidentes de trabajo aún tenía defectos por cubrir teniendo en cuenta que el aseguramiento del empleador seguía siendo voluntario lo que originaba la posible desprotección de la persona trabajadora; o no contemplaba por el momento los

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pues, se pedía a los poderes públicos la asunción de un papel activo en el ámbito de las relaciones laborales, regulando las consecuencias jurídicas derivadas de los accidentes de trabajo y estableciendo los cimientos de la moderna seguridad social[187].

Pero lo que más nos interesa destacar de la LAT es que, por primera vez, se hace referencia en el ordenamiento jurídico español al estatus jurídico del *inválido de trabajo*[188], otorgando a todos los trabajadores afectados por algún accidente laboral una serie de derechos y prestaciones económicas (indemnización y prestaciones temporales o vitalicias) y en especie (asistencia sanitaria y farmacéutica a cargo del patrono). De ese modo la LAT también venía a superar las instituciones de beneficencia de la época liberal[189], que se habían quedado inoperantes ante las nuevas necesidades sociolaborales derivadas de la industrialización, por lo que también podría ser considerada como el germen en España del incipiente Estado del Bienestar en el que los gobiernos, de forma obligada, empiezan a preocuparse por las necesidades económicas, políticas y sociales del conjunto de la población[190].

A la LAT le seguirá la creación en 1908 del Instituto Nacional de Previsión (INP)[191], donde quedaban integradas las diferentes cajas que gestionaban los seguros sociales que iban surgiendo, comenzando por el denominado *Retiro Obrero* (1919), que establecía un régimen obligatorio de jubilación[192], posteriormente sustituido por el *Subsidio de Vejez* (1939)[193], con miras al perfeccionamiento de la previsión social mediante la protección asistencial de las personas mayores que, al cesar definitivamente en su actividad laboral, dejaban de obtener el jornal que constituía su único medio de subsistencia, concediéndose incluso a quienes no tenían derecho por no estar comprendidos en el grupo de pensión o por no haber estado oportunamente afiliados, lo que, a nuestro juicio, puede ser considerado como el antecedente remoto de las pensiones no contributivas de jubilación. La situación que determinaba el derecho a estas prestaciones era el cumplimiento de una edad avanzada (sesenta y cinco años), que entonces se estimaba como de invalidez senil, así como la vejez anticipada por invalidez debida a causa distinta a la de accidente de trabajo o

accidentes del trabajador fuera de la empresa como los accidentes in itinere (el art. 156.2.a) de la Ley General de Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (BOE núm. 261, de 31 de octubre, de 2015), la cual entiende que tiene consideración de accidente de trabajo aquel sufrido por la persona trabajadora al dirigirse o regresar del trabajo, debiendo encontrar el origen de esta figura en la ampliación del concepto de accidente de trabajo realizado por la jurisprudencia.

[187] García González, G.: "Los inicios de la previsión social en España: responsabilidad patronal y seguro de accidentes en la ley de accidentes del trabajo de 1900", *Lex Social*, vol. 5, núm. 2, 2015, p. 27.

[188] Ibídem, p. 28.

[189] Ibídem, p. 27.

[190] Organización del Estado en la que éste tiende a procurar una mejor redistribución de la renta y mayores prestaciones sociales para los más desfavorecidos. Diccionario panhispánico del Estado Español jurídico. https://dpej.rae.es/lema/estado-del-bienestar (acceso 1/02/22).

[191] Gaceta de Madrid, núm. 60, de 29 de febrero de 1908. Ley referente a la organización por el Estado de un Instituto Nacional de Previsión (INP).

[192] Gaceta de Madrid núm. 71, de 12 de marzo de 1919. Destinado a las personas asalariadas de entre 16 y 65 años, y cuya retribución no superara un cierto límite (el haber anual por todos conceptos no podía exceder de 4.000 pesetas). Este seguro protegía la vejez por ser considerada como una invalidez por razones de edad, y su financiación era mixta, con la participación de las empresas y del Estado.

[193] BOE núm. 284 de 11 de octubre de 1939. Ley de 1 de septiembre de 1939.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

enfermedad profesional[194]. Tras la creación del retiro obrero se instauraron otra serie de seguros sociales como el *seguro de paro forzoso* (1919)[195], el *seguro de maternidad* (1929)[196] y el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE, 1942)[197], ampliándose finalmente la cobertura con el *Seguro de Vejez e Invalidez* (SOVI, 1947)[198], que regulaba de forma conjunta el seguro de vejez y la nueva prestación de invalidez que la norma creaba[199], a los que se añadiría la protección de la viudedad a partir de la entrada en vigor del Decreto de 2 de septiembre de 1955[200].

Dado nuestro objeto de estudio, conviene detenerse con algo más de profundidad e interés en la Ley de 14 de diciembre de 1942, con la que se creaba el SOE, apostándose por un tipo de organización sanitaria que, al menos rudimentariamente, concretaba y establecía las bases sobre las que se edificaría la atención a la salud durante el último cuarto del siglo XX. Esta norma dedicaba una atención especial al cuidado de la enfermedad[201], priorizando una sanidad individualizada centrada en el paciente, lo que indudablemente hizo posible, por primera vez, el acceso a la asistencia médica de una gran parte de la población que hasta el momento no tenía garantizada su cobertura a través de la beneficencia, estimulando así el fin de la cultura de la enfermedad. El acceso a los recursos asistenciales, vedados hasta el momento a la mayor parte de la población, modificó la manera de entender y relacionarse con la enfermedad y su consiguiente tratamiento. Así, uno de los aspectos más destacables del SOE fue la libre expedición de medicamentos, ya que la norma daba discrecionalidad a los médicos del seguro para dar curso a las sustancias administradas, con el límite temporal de *"veintiséis semanas por año para asegurados y trece para los familiares*" (art. 12), por lo que, una vez "firmada la receta por el facultativo, el paciente podía recoger el fármaco en las farmacias sin necesidad de realizar un gasto complementario a su aportación al Seguro"[202], de ahí que el fármaco llegara a convertirse en una parte consustancial de la relación entre las personas usuarias (pacientes) y la sanidad[203]. Además de la prestación farmacéutica, la norma contemplaba otros servicios relacionados con la medicina general, la asistencia a los accidentes de trabajo, las intervenciones quirúrgicas y la atención a los partos, incluyéndose a partir de 1947 las especialidades (a excepción de la psiquiatría)[204], y posteriormente, a partir de los años

[194] Preámbulo del Decreto de 18 de abril de 1947 por el que se crea la Caja Nacional del Seguro de Vejez e Invalidez, y preparando un sistema de protección para este último riesgo, p. 1. BOE núm. 125, de 5 de mayo de 1947.

[195] Gaceta de Madrid núm. 84, de 25 de marzo de 1919.

[196] Gaceta de Madrid núm. 83, de 24 de marzo de 1929.

[197] BOE núm. 361 de 27 de diciembre de 1942**.** Ley de 14 de diciembre de 1942.

[198] BOE núm. 125 de 5 de mayo de 1947. Decreto de 18 de abril de 1947.

[199] Lozano Lares, F. *Manual de Seguridad Social*. Ediciones Laborum, Murcia, 2023, p.37.

[200] BOE núm. 296 de 23 de octubre de 1955. Decreto-ley de 2 de septiembre de 1955 por el que se eleva la prestación del Seguro de Vejez e Invalidez.

[201] RAE, edición del Tricentenario (actualización 2022). Del lat. infirmĭtas, -ātis. Estado producido en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo. Diccionario de la Real Academia Española. https://dle.rae.es/enfermedad.

[202] Moreno Seco, M. (coord.), Fernández Sirvent, R. y Gutiérrez Lloret, R.A. (eds.): *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates: XIV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea*, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Alicante 2019, pp. 1980-1983.

[203] *Ibídem*, p. 1983.

[204] Lo que pone de manifiesto que el tratamiento de la salud mental quedó relegado en España desde el mismo origen del sistema público de asistencia sanitaria.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

sesenta, la hospitalización por patologías correspondientes a la medicina interna[205]. De ese modo, al tiempo que se ofrecían indemnizaciones económicas por la pérdida del salario derivada de la contingencia de enfermedad y de maternidad, así como una indemnización por gastos funerarios al fallecer la persona asegurada (art. 2)[206], el SOE ofrecía asistencia médica completa para las personas aseguradas (incluidos los servicios de prótesis, baños y ortopedia, que sólo se prestarían con prescripción facultativa, tal como indicaba el art. 14 de su norma reguladora) y empezó a considerar la medicina preventiva como parte del cuidado y del beneficio para la salud. A su vez, con la creación del SOE, la red de infraestructuras sanitarias empezaría a ir tomando forma: las consultas de medicina general se desarrollaban en los consultorios propios del seguro, en las entidades concertadas, en los propios domicilios de los médicos y, en caso de que la persona necesitada de cuidados no pudiera desplazarse, también tenía cabida la visita médica domiciliaria al beneficiario. Debido a la carencia inicial de infraestructuras sanitarias, surgieron los conciertos con las denominadas "*entidades colaboradoras*", teniendo tal denominación tanto las empresas privadas como las mutualidades o igualatorios médicos (llamados así porque se sufragaban mediante igualas), que eran las entidades que, a la postre, llevaban a cabo la atención de los asegurados (art. 29).

El campo de aplicación de la Ley de 14 de diciembre de 1942 aparecía regulado en su Capítulo Segundo (desde el art. 3 al art. 9), donde quedó plasmado que este seguro con carácter obligatorio estaba destinado, en realidad, para los productores económicamente débiles, puesto que eran considerados como productores, a tenor de lo dispuesto en su art. 4, "*todos aquellos que con su trabajo intervengan en España en un ciclo cualquiera de la producción, bien sea por su cuenta o por cuenta ajena, así como los que trabajan en su domicilio y los colocados en servicios domésticos*". De este modo, el SOE estaba concebido para paliar las enfermedades de casi cualquier sector de producción, puesto que no sólo abarcaba a la industria y los servicios (este con un marcado carácter limitado hasta el momento), sino que se extendía también a las personas trabajadoras en los domicilios (como bien podían ser personas cuidadoras del ámbito sociosanitario), al sector del empleo doméstico, igualmente con funciones indirectas de cuidados y cuya afiliación al seguro debía efectuarse a través del cabeza de familia (considerado como la persona empleadora en cuya casa se prestaban los servicios)[207], e incluso a las personas trabajadoras autónomas que, pese a tener que afiliarse al seguro de manera corporativa a través de un organismo sindical, ya podía ser considerado como un paso importante para la cobertura sanitaria de este colectivo (art. 7). En conjunto, se protegía sanitariamente a todas aquellas personas productoras con rentas de trabajo finales que no excedieran los límites reglamentarios fijados (art.5), sin dejar atrás a los extranjeros que trabajasen en España, aunque haciendo una distinción entre los hispanoamericanos, portugueses y andorranos, que quedaban equiparados a los españoles, y las demás personas extranjeras, que únicamente tendrían derecho a los beneficios del SOE en caso de reciprocidad pactada en Tratados o mediante Convenios internacionales (art. 6). No hay que olvidar que las personas

[205] Moreno Seco, M. (coord.), Fernández Sirvent, R. y Gutiérrez Lloret, R.A. (eds.), *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates: XIV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea*, ob. cit., p. 1976.

[206] El Capítulo Tercero de Ley de 14 de diciembre de 1942 regulaba de forma detallada las prestaciones del SOE (desde el art.10 al art. 25).

[207] BOE núm. 71, de 24 de marzo de 1959. Decreto 385/1959, de 17 de marzo, por el que se crea el Montepío Nacional del Servicio Doméstico (arts. 2 y 6).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

extranjeras, sobre todo las mujeres, han realizado y siguen realizando de forma prioritaria trabajos de cuidados. Además de las personas trabajadoras aseguradas, se sumaban a la tutela de este seguro el cónyuge, ascendientes, descendientes, hijos adoptivos, hermanos menores de 18 años o incapacitados permanentes para el trabajo (art. 8), lo que estaba en sintonía con la protección de la familia como unidad fundamental del nuevo tipo de estado nacional católico que el régimen franquista estaba construyendo[208].

Finalmente, la gestión administrativa del seguro se adjudicó al INP creado a tal fin (art. 26). Con un marcado estilo bismarckiano, el SOE fue concebido con idea de ser una institución sostenible, siendo su financiación tripartita, a cargo de los empresarios, los trabajadores y el Estado. Según la disposición quinta de la Ley de 14 de diciembre de 1942, la implantación del SOE se haría por etapas, concluyendo la primera en un máximo de seis meses a partir de la publicación de la Ley, desarrollando la asistencia sanitaria de forma domiciliaria y previendo, en los dos años siguientes, la puesta en ejecución de las Especialidades y el Servicio de Sanatorio. No cabe duda, por supuesto, que sus inicios fueron difíciles, debido a sus notorias deficiencias para un número creciente de personas usuarias, la insuficiente financiación frente a los elevados gastos de la implantación del sistema (personal sanitario, medicamentos, equipamientos, etc.), la inexistencia de infraestructuras, el esfuerzo organizativo y de distribución territorial que representaba para los facultativos médicos, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios, como quedó reflejado en la norma reguladora, y la falta de coordinación entre las diferentes organizaciones[209]. Sin embargo, puede afirmarse que su puesta en funcionamiento fue un hecho que marcaba el inicio de una nueva forma de entender la atención sanitaria y el cuidados de las personas, especialmente en el caso de las personas trabajadoras, sentando las bases de la atención sanitaria y social que, como veremos más adelante, se complementará con un entramado estructural y organizativo mucho más desarrollado.

En cuanto al Decreto de 18 de abril de 1947, con el que se implantaba el SOVI, cabe resaltar que con este se venía a instaurar un nuevo seguro obligatorio unificado que integraba el hasta entonces vigente Subsidio de Vejez, que cubría el riesgo de la prematura pérdida permanente de la capacidad del obrero para el trabajo por razón de edad, y la invalidez temporal que excediera en su duración de los períodos cubiertos por el Seguro de Enfermedad[210]. Se trataba pues, de una medida asistencial directamente relacionada con el cuidado de los inválidos que, de forma análoga a la pensión por vejez basada en el cumplimiento de la edad de retiro, podrían recibir las personas trabajadoras que, en virtud de lo dispuesto en el art. 7 del Decreto de 18 de abril de 1947, sufrieran una pérdida de sus fuerzas o de su capacidad laboral que le impidiera obtener al menos un tercio de lo que viniese ganando de forma habitual un asalariado sano física y mentalmente de la misma categoría o profesión, con instrucción análoga y en la misma localidad, quedando excluido del SOVI cualquier causa imputable a la persona, así como las incapacidades derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional indemnizables. Conviene advertir que aún hoy las pensiones del SOVI (vejez, invalidez y viudedad) persisten con carácter residual y

[208] Moreno Seco, M. (coord.), Fernández Sirvent, R. y Gutiérrez Lloret, R.A. (eds.): *Del siglo XIX al XXI. Tendencias y debates: XIV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea*, ob. cit., p. 1976.

[209] *Ibídem* p. 1979.

[210] Preámbulo del Decreto de 18 de abril de 1947, p. 2.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

como un régimen de aseguramiento social a extinguir, subsidiario e incompatible con las pensiones del sistema de Seguridad Social que acabaría implantándose a partir de 1963, a excepción de las pensiones de viudedad del SOVI que, de forma flexible y sin sobrepasar el límite anual legalmente establecido, son compatibles con las pensiones de viudedad del vigente sistema de Seguridad Social en virtud de lo establecido en la Ley 9/2005, de 6 de junio, para compatibilizar las pensiones del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) con las pensiones de viudedad del sistema de la Seguridad Social[211].

El Tribunal Supremo ha venido resaltando en diferentes sentencias el carácter asignado a estas prestaciones, como en la temprana STS de 30 de diciembre de 1992 (RJ 1992, 97), en la que, además de insistir en el carácter residual del SOVI, se reafirma la naturaleza subsidiaria de sus prestaciones, en el sentido de que se condiciona su reconocimiento a que "*el posible beneficiario no tenga derecho a ninguna pensión en cualquiera de los regímenes que integran el sistema de la Seguridad Social*". En el mismo sentido, por el interés que pueda suscitar, en la STS de 7 de febrero de 2007 (RJ 2005, 5251), se examina el supuesto derecho de un trabajador a percibir prestaciones del SOVI a la vez que solicitaba el reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) del derecho a percibir prestaciones por invalidez en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA). Ante esta doble petición, la sentencia mantendría el clásico argumento, basado en la por entonces vigente Disposición transitoria séptima del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS/1994)[212], de considerar que el derecho a percibir prestaciones del antiguo SOVI era residual, subsidiario e incompatible, por cuanto dicha previsión legal no permite percibir una pensión de aquel seguro cuasi extinguido, a quienes tuvieran ya un derecho reconocido para causar prestaciones del nuevo Sistema. En el presente caso, se daba además la circunstancia de que el actor no tenía cubierto el período mínimo de cotización exigido para tener derecho a pensión en el RETA, por lo que, teniendo un derecho teórico a percibir prestaciones en los dos sistemas, no percibía ninguna (una por el impago de las cuotas exigidas en el RETA y otra por corresponderle las prestaciones del sistema de Seguridad Social vigente), por lo que el Tribunal vino a interpretar que el trabajador tendría derecho a percibir la pensión del SOVI en tanto en cuanto no pasara a percibir la del RETA. Por su parte, la STS de 20 de julio de 2012 (RJ 2011, 4361), concluye que los beneficios de cotización ficticia reconocidos en la Disposición adicional cuadragésima cuarta del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (112 días completos por cada alumbramiento de un solo hijo, si los hijos nacieron después del 1 de enero de 1967), no podrá ser reconocido para completar la carencia al SOVI, ya que no es posible imputar esas cotizaciones ficticias a un sistema de previsión inexistente en el momento en el que se produjo el hecho[213]. En esa misma línea de razonamiento, la STS de 14 de abril de 2014 (RJ 2013, 2663) apelando a su carácter residual, subsidiario y de incompatibilidad, resuelve de forma improcedente sobre el reconocimiento a la persona beneficiaria de una pensión de vejez del SOVI

[211] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2005-9395.

[212] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1994-14960. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

[213] Vid. Álvarez Cortés, J.C. y García de la Vega, M.: "Sobre el período de carencia para obtener una pensión del extinto Seguro de Vejez e Invalidez. Sentencia 557/2005, de 23 de diciembre, Juzgado de lo Social núm. 5 de Málaga", *Temas Laborales*, núm. 86, 2006, pp. 231-242.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

por ser ya beneficiaria de otra pensión de jubilación del Régimen General de la Seguridad Social.

Ante la reiteración de sentencias como las mencionadas, cabe cuestionarse si estas prestaciones asistenciales destinadas en su día a *inválidos* y a *personas mayores* no deberían ya estar del todo extinguidas, quedando plenamente sustituidas por las prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social. Y es que en la actualidad aún se sigue debatiendo ante los tribunales el reconocimiento de estas prestaciones con renovadas argumentaciones que traen a colación cuestiones como la discriminación por razón de sexo[214]. Ese es el caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 2 de junio de 2023 (AS 2023, 7724), que denegaba el reconocimiento de la pensión SOVI de viudedad a un hombre que ya tenía reconocida la pensión de jubilación ordinaria en el Régimen General de la Seguridad Social, entendiendo que el demandante no había apreciado con claridad lo establecido en la Disposición transitoria segunda de la vigente LGSS, donde se "*prevé la compatibilidad entre las pensiones de jubilación SOVI con las de viudedad del Régimen General de la Seguridad Social, pero no entre las pensiones de jubilación del RGSS y las pensiones de viudedad SOVI*"[215], rechazando el tribunal, por tanto, la argumentación basada en la discriminación por razon de género, puesto que el fondo del asunto en litigio solo versaba sobre una mera cuestion de incompatibilidad de prestaciones. Hay que aclarar que el demandante, de manera poco acertada, eligió de contraste la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de 29 de enero de 2020 (RJ 2017, 3097)[216], en la que se reconocía a la demandante el derecho a percibir una prestación en favor de familiares en el Régimen General derivada de la muerte de su madre, a la que cuidaba, siendo ya perceptora de una pensión de jubilación SOVI. Basándose en ese pronunciaminto, el demandante intentó argumentar que la exclusión en su caso de la pensión de viudedad del SOVI le estaba privando del derecho a dicha prestación en base a una posible discriminación por razón de género, a lo que el TSJ le respondería que en la sentencia de contraste la discusión no versaba sobre la compatibilidad entre las pensiones SOVI y las pensiones a cargo de los regímenes de Seguridad Social, sino que la referida sentencia equipara la pensión de jubilación SOVI a la pensión contributiva de jubilación a los efectos de tener cumplido el requisito establecido en el artículo 226.2 apartado c) de la LGSS (relativo, precisamente a la necesidad de acreditar una "*dedicación prolongada al cuidado del causante*"), para lucrar la prestación en favor de familiares a fin de evitar la discriminación por asociación o transferida al ser las beneficiarias de la pensión de jubilación SOVI mayoritariamente mujeres.

Sea como fuere, una vez aclaradas las características de las prestaciones del SOVI, parece claro que, en la primera mitad del siglo XX, el legislador español ya había acabado configurando la etapa de los seguros sociales, que se vería completada, ante

[214] Con base en la infracción de los arts. 4.1 de la directiva 79/7 del Consejo de la Unión Europea (UE) de 19 de diciembre de 1978, que consagra el principio de igualdad de trato; 14 de la Constitución Española; 4 de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo de 2007 (BOE núm. 71 de 23 de marzo de 2007), de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres; y 223 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

[215] Vid. en: https://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/93be93dd35568548a0a8778d75e36f0d/20230807.

[216] https://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/7a9d791b51f6bd3d/20200224.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la clara insuficiente de su cobertura económica, según opinión extendida en la doctrina, con la implantación de las denominadas *Mutualidades Laborales*[217] (1954), que eran corporaciones de derecho público, de obligada afiliación, organizadas por ramas de actividad, que tenían como objetivo complementar económicamente las exiguas prestaciones de los seguros sociales[218].

La previsión social, constituida por los seguros sociales, que representó, como dijimos, la segunda fase en la evolución histórica de la protección social fue evolucionando hacia técnicas de cobertura cada vez más perfeccionadas que acabarían alumbrando un auténtico sistema de Seguridad Social. En ese proceso jugaría un papel estelar, sin duda, William Beveridge, que a finales de la segunda guerra mundial llevó a cabo una profunda reforma del sistema de protección social británico basada, precisamente, en la universalización de la protección social, entre otros principios, lo que implicaba abarcar no solo a los trabajadores de la industria y los servicios sino también a otros colectivos profesionales e incluso a quienes pudieran encontrarse en situación de pobreza o indigencia, cubriendo así las necesidades de subsistencia básicas de todas la personas, especialmente cuando estuviesen en un contexto de urgencia vital[219]. En palabras del propio Beveridge, "todo individuo en situación de necesidad tiene derecho a protección igualitaria, que le ha de ser dispensada por el Estado con medios financieros integrados en sus presupuestos generales"[220], y este nuevo sistema de Seguridad Social no solo protegerá a los ciudadanos mediante una prestación económica sino que también lo haría desde una perspectiva asistencial, preventiva y rehabilitadora (al estilo del Maestro Vives), devolviendo al sujeto a una situación de autosuficiencia previa a la necesidad.

El tránsito del régimen de los seguros sociales a la Seguridad Social vendría marcado, pues, por "la transformación de la beneficencia pública en un sistema de asistencia social"[221], sustituyendo el carácter graciable y discrecional de la beneficencia por una fórmula de protección social asistencialista en la que se reconocía a la persona beneficiaria un auténtico *derecho subjetivo* a prestaciones asistenciales. Esta protección universalista que había de garantizar la Seguridad Social era viable desde un punto de vista económico porque se preveía una ampliación de las fuentes de financiación, de modo que las personas que realizaran una actividad profesional estarían protegidos por el esquema del seguro social mientras que, quienes no pudiera ser beneficiarios de este, tendrían asegurada la asignación, por el mero hecho de ser ciudadanos, "de un mínimo vital financiado con cargo a los presupuestos generales del Estado"[222], lo que tendría que ser implementado a través de una buena gestión administrativa que velara por la redistribución *honesta* de las rentas. Esta faceta asistencialista del sistema de Seguridad Social es importante resaltarla en nuestro estudio si tenemos en cuenta que la atención sociosanitaria a las personas dependientes se viene canalizando mediante tales mecanismos de cobertura.

---

[217] BOE núm. 260, de 17 de septiembre de 1954. Orden de 10 de septiembre de 1954 por la que se aprueba el Reglamento General de Mutualismo Laboral.

[218] Lozano Lares, F. *Manual de Seguridad Social*. ob.cit., p.36.

[219] Beveridge, W.: *El seguro social y sus servicios conexos*, México, 1946, p. 177, citado por Nugent, R.: *La seguridad social: su historia y sus fuentes*, ob. cit., p. 609.

[220] *Ídem*.

[221] Lozano Lares, F. *Manual de Seguridad Social*, ob. cit., p.31.

[222] *Ibídem*, p.32.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En el caso español, la primera etapa en la implantación del modelo mixto de protección social de influjo beveridgiano se produjo entre 1963 y 1974[223], donde se fue perfilando un embrionario sistema de Seguridad Social integrado por un nivel de protección *profesional*, basado en las cotización sociales de las personas trabajadoras, y un nivel de protección *asistencial*, de carácter no contributivo, que pretendía asentar un modelo unitario e integrado de protección social sobre una base financiera de reparto, así como sobre los principios de gestión pública y de participación económica del Estado. Con intenciones prácticas de proteger a toda la población, sus principales vías jurídicas de consecución fueron la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (en adelante LBSS)[224], y las dos primeras codificaciones que la desarrollaron: el Decreto 907/1966, de 21 de abril (LSS/1966)[225], y el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS/74)[226]. Con ese corpus normativo se pretendía unificar los distintos seguros sociales, emergiendo un nuevo sistema de Seguridad Social que reordenaba la acción protectora con elementos predominantemente contributivos, dirigido hacia el colectivo de los trabajadores por cuenta ajena junto a sus familias, y que se extendía también de manera parcial a otros sectores profesionales de menor capacidad contributiva que empezaban a tener un cierto protagonismo en el sistema de protección social que se estaba gestando, quedando protegidos a través de los nuevos Regímenes especiales que se creaban.

A nuestro juicio, el valor más alto que resume el alcance de la reforma de la LBSS es su principal directriz relativa a la *uniformidad*, puesta de manifiesto en aspectos tan significativos como su tendencia a universalizar la protección social mediante la introducción de nuevas fórmulas de cobertura, entre los que destacan los Servicios sociales y la Asistencia social (mecanismos de protección por excelencia para nuestro estudio); la unificación de los riesgos sociales (profesionales y comunes); el equilibrio de los regímenes y los sistemas de protección de los diferentes colectivos profesionales; así como su pretensión de centralizar la gestión de las prestaciones bajo un único control, el estatal, publificando de esa manera el sistema de protección social. Preocupaciones todas ellas contempladas en el preámbulo de la Ley[227], lo que amerita una parada detenida en el punto Nueve de su apartado I, relativo a la justificación y directrices de la Ley, donde puede advertirse lo que suele suceder con los principios que dejan de ser tendencias para convertirse en realidad. Nos referimos a una idea troncal ya mencionada en diferentes ocasiones en nuestro estudio, en la línea del Maestro Vives, que en este momento de la historia de España aún persiste, contemplada en apariencia desde un punto de vista humanista pero que en esta ocasión es claro que el "contrapeso de la balanza" se vuelca hacia un aspecto puramente económico; eso se deduce de lo indicado por el legislador de 1963 cuando, en relación con las secuelas de la "*invalidez permanente*", se nos dice que la "*recuperación (…) del inválido, cuando esta es posible, o en otro caso, su readaptación (…) para una*

[223] *Ibídem*, p. 37-38.

[224] BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1963. Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social.

[225] BOE núm. 96, de 22 de abril de 1966. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social.

[226] BOE núm. 173, de 20 de julio de 1974. Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

[227] Parte I, sobre Justificación y directrices, pp. 481-485.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

nueva profesión, son objetivos a cumplir, tanto desde el punto de vista estrictamente humano e individual, devolviendo al inválido la conciencia de su dignidad personal y de su utilidad social, cuanto desde el punto de vista estrictamente económico al hacer posible su reincorporación al proceso productivo". En este sentido, la LBSS propone el tratamiento de la *invalidez* como uno de los ejes principales de la reforma, dando prioridad a los servicios de recuperación y rehabilitación de los trabajadores inválidos, concibiendo la propia recuperación como un derecho y como un deber de la persona que se fundamenta en el reconocimiento de su dignidad humana, en su potencial económico y en el principio general de solidaridad nacional de esfuerzos, puesto que los servicios de recuperación debían tratar a toda costa que el *inválido* volviera a su antiguo trabajo o que adquiriera nuevas aptitudes para prestar otro distinto en consonancia con su capacidad laboral reducida. Por tanto, la LBSS nos traslada a una nueva realidad, que aún persiste, en la que, desde el punto de vista del análisis costes-beneficios, se evidenciaba no solo la necesidad de preservar la dignidad de la persona (lo que a nuestro juicio queda claramente en un segundo plano), sino, sobre todo, la superior eficiencia de la recuperación para el proceso productivo de las personas en situación de incapacidad, para la sociedad, y para el mantenimiento económico del sistema de protección social, con miras a garantizar de ese modo la suficiencia de las prestaciones y el principio de universalidad. Es claro que la LBSS contemplaba evitar la duplicidad y el consiguiente despilfarro de esfuerzos respecto a numerosas situaciones, entre ellas la invalidez (problema ya reconocido por la Ley como arduo y difícil, y quizá por ello, menos abordado), donde la dificultad, realmente, comenzaba no cuando se asignaba a la persona un tratamiento médico-asistencial controlado, sino cuando el siniestro mostraba sus verdaderas secuelas en la persona, dando paso a una invalidez permanente o a nuestro modo de entender una situación de dependencia a largo plazo. Era innegable que el legislador conocía lo que suponía el coste de recuperación y el despliegue de recursos humanos, sanitarios, sociales y económicos que dicha recuperación requería[228], por lo que estas situaciones ya debían ser corregidas y enfocadas desde otra perspectiva, con resultados más eficientes, donde la Seguridad Social podría contribuir además con una redistribución eficaz de las rentas totales de la comunidad, bajo criterios de justicia y de equidad[229], reduciendo los desequilibrios entre los ciudadanos[230], pero nunca olvidando el principio general de solidaridad nacional de esfuerzos, pues se debía evitar a toda costa los "pobres fingidos", mirando por el bien social común.

De ese modo, en la parte dispositiva de la norma se incluirán, dentro de la acción protectora del sistema, los Servicios Sociales y la Asistencia Social como "*complemento*" de las prestaciones económicas previstas hasta el momento[231]. Como se indica en el punto Dos de la parte III del preámbulo de la LBSS, entre las preocupaciones principales del legislador se encontraba la de potenciar al máximo, frente a las clásicas prestaciones económicas, el acceso a otro tipo de prestaciones de carácter técnico, preventivas, rehabilitadoras o reeducadoras. Así, buscando una Seguridad Social renovada, enfocada hacia la promoción social y comunitaria, los

[228] Parte I sobre Justificación y directrices, apartado nueve, p. 485.

[229] El apartado siete de la Parte I sobre Justificación y directrices, afirmaba que la financiación de la Seguridad Social española se estructuraba mediante el sistema de reparto, procedimiento que imponía la corriente internacional y que era aconsejado con carácter general por la OIT, p. 484.

[230] Parte I sobre Justificación y directrices, apartado ocho, p. 484.

[231] Parte III. Servicios Sociales y Asistencia Social, apartados uno a cinco, pp. 490-491, y Base Quinta, Acción protectora, apartados dieciocho, letra d) y diecinueve, letra h).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Servicios Sociales se regularon con funciones bien definidas, entre las que se incluyeron la medicina preventiva, la higiene y seguridad en el trabajo y la rehabilitación de inválidos, así como la reeducación o la acción formativa. De ese modo, se reforzaba y se daba un giro a la obligación de protección social de las personas trabajadoras y de los ciudadanos en general, compaginando los mecanismos ya existentes con nuevas fórmulas de protección que tenían en cuenta las nuevas exigencias sociales. La Base decimoquinta de la LBSS es la que establecería la oportuna colaboración de la Seguridad Social con las instituciones especializadas para el desarrollo de estas prestaciones complementarias que protegían situaciones específicas[232], lo que se articuló de la siguiente manera: a) los "*Servicios Generales de Seguridad e Higiene del Trabajo*" se ocuparían de todos aquellos asuntos relacionados con la prevención de riesgos profesionales derivados del medio ambiente laboral, así como la tutela sanitaria conducente a lograr un óptimo estado sanitario individual y colectivo; b) a la "*Medicina Preventiva*" le correspondería, en coordinación, como es obvio, con la Sanidad Nacional, la preparación y el desarrollo de campañas o programas de prevención sanitaria; c) respecto a la reeducación y rehabilitación de inválidos, se encomendaba al correspondiente "*régimen de Seguridad Social*" la organización de los "*Centros y Servicios de recuperación fisiológica, reeducación, readaptación y rehabilitación profesional de los trabajadores inválidos*"; d) por último, en relación con las acciones formativas, la Seguridad Social contribuiría, mediante becas o cualquier otra aportación, a la mejora del nivel cultural de los trabajadores y de los familiares a su cargo, coordinando las enseñanzas con las Universidades laborales, Centros Sindicales de Formación Profesional o demás instituciones docentes o de investigación creadas para tales fines.

Esta nueva forma de protección social que superaba los esquemas clásicos del seguro social exigía, ineludiblemente, la incorporación de un régimen complementario de Asistencia Social que se pudiera dispensar, en casos límites, como protección subsidiaria del primer nivel de protección. De ese modo, como especifica la LBSS, "*la Asistencia Social actuará para paliar o eliminar los estados de necesidad en que puedan incidir las personas incluidas en el campo de aplicación de la Ley cuando no se acredite el derecho a las prestaciones o se haya agotado el tiempo máximo previsto para su disfrute, incluidas las prórrogas, o resulten insuficientes para la satisfacción de las necesidades que las determinan*"[233]. El desarrollo de esa previsión era efectuado por la base decimosexta de la LBSS[234], donde se contemplaba un régimen de asistencia social que no aparecía configurado como un régimen especial de seguridad social para un determinado colectivo profesional, sino como un conjunto de prestaciones complementarias con cargo a los fondos de la Seguridad que tenían como objeto la cobertura de las necesidades básicas de las personas que no pudieran acceder a las prestaciones establecidas en el nivel profesional, bien por no tener los requisitos exigidos para ser beneficiarios de prestaciones contributivas o por haber agotado estas. Los servicios y prestaciones económicas que se preveían para paliar los estados de necesidad eran muy concretos, y solo requerían, salvo en casos de urgencia, una demostración previa de que el interesado carecía de los recursos necesarios para hacer frente a tales situaciones, siendo las ayudas con carácter excepcional aquellas referidas a tratamientos o intervenciones especiales por un determinado facultativo,

[232] Base decimoquinta, sobre los Servicios Sociales, en el apartado sesenta y seis.

[233] Parte III. Servicios Sociales y Asistencia Social, último párrafo del apartado cinco, p. 491.

[234] Base decimosexta. Régimen de Asistencia, apartado sesenta y siete, así como sesenta y ocho p. 515.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

sustituciones de aparatos protésicos como consecuencia de una rotura fortuita, y, en caso de desempleo, subsidios de cuantía fija a quienes, agotados los plazos de percepción de las prestaciones contributivas, carecieran de bienes o de rentas y continuaran en situación de paro forzoso. El precepto termina con una cláusula final de carácter indeterminado que incluye como asistencia social cualquier otro tipo de prestaciones "*análogas cuya percepción que no esté regulada en las diferentes bases de esta Ley*".

En el proceso de análisis de nuestra investigación, es conveniente recordar algunos criterios que enmarcan nuestro estudio y que giran alrededor de los momentos más relevantes de la historia, como puede ser el que estamos relatando, por su contexto sociopolítico y jurídico; pero, además, tampoco podemos dejar a un lado el carácter multidisciplinar de la atención y los cuidados sociosanitarios, por lo que sigue siendo necesario integrar al estudio la intervención de las distintas disciplinas implicadas, dando prioridad a la sociolaboral pero sin dar de lado a la sanitaria, pues ambas convergen finalmente a la hora de ofrecer respuestas individuales, sociales e institucionales a las demandas de los cuidados. Así, la LBSS nos muestra un ejemplo más de la relevancia de ese tratamiento multidisciplinar en su Base sexta, que contempla la preocupación por alcanzar una asistencia sanitaria sustentada sobre un sistema de salud cada vez más organizado y coordinado[235], que garantizara unos objetivos cada vez más perfeccionados que incluyera tratamientos asistenciales que requieran dispensa inmediata, servicios de recuperación y defensa de la salud[236], así como medidas de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. De este modo, en la asistencia sanitaria que había de garantizar la Seguridad Social seguían quedando comprendidos la medicina de urgencia, la general junto a todas las especialidades, los tratamientos quirúrgicos y las estancias en Centros y en establecimientos sanitarios[237]. Tampoco se olvidó el legislador de la regulación de los suministros farmacéuticos, las prótesis, los aparatos ortopédicos y su renovación, aunque en esta ocasión con una visión austera, pensando en el mantenimiento económico del Sistema de protección social, puesto que la dispensa de productos farmacéuticos y ortoprotésicos únicamente era gratuita en los tratamientos derivados de los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales que se realizaran en las instituciones propias o concertadas de la Seguridad Social, debiendo contribuir los beneficiarios en los demás casos mediante el co-pago de una cantidad fija por receta o por medicamento[238]. Por otro lado, el suministro de prótesis dentarias y aquellas de

[235] Base Sexta, apartado veinte. En la gestión de la sanidad colaborarían las Organizaciones Colegiales sanitarias en la forma que reglamentariamente se determine, p. 500.

[236] En lo que se refiere a la medicina preventiva se estará a lo dispuesto en la Base quince (Servicios Sociales), apartado B), p. 514.

[237] Base Sexta, apartado veintiséis, p. 502. En este apartado, se especificaba cómo se efectuaba el internamiento, pudiendo ser éste realizado tanto en las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social o, mediante concierto, en base al principio legal de coordinación hospitalaria, en clínicas, sanatorios u otros establecimientos ya fueran de carácter público o privado. Otras disposiciones especiales regularían los internamientos en Centros de asistencia sanitaria creados por la Seguridad Social a favor de la infancia o de otras personas beneficiarias especiales.

[238] Base Sexta, apartado veintisiete, p. 502. Concreción del Co-pago en, BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1966. Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, por el que se regula la dispensación de especialidades farmacéuticas en el Régimen General de la Seguridad Social, arts. 3º, 1, apartados a) y b), además del apartado 2º del mismo artículo, y los artículos 4º y 5º, este último referido a la partida económica puesta a disposición de la Caja de Compensación del Servicio de Mutualidades Laborales del Instituto Nacional de Previsión para los fines de asistencia social previsto en el capítulo sexto del

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

carácter especial que se determinaran, también se hacían depender de las concesiones de ayudas económicas, según los casos y baremos establecidos[239]. Como novedad, se incluyen por primera vez en las prestaciones de la seguridad social los vehículos para inválidos. En cualquier caso, pese a todas estas modificaciones, la gestión de la Sanidad Nacional no dejaba de ser realmente más que de índole colaboradora, pues el Ministerio de Trabajo era quien, tras la obtención de los recursos financieros precisos, podía acordar la ampliación de las prestaciones sanitarias garantizadas por el régimen de Seguridad Social, establecer las hospitalizaciones médicas o realizar las campañas de Higiene y Seguridad del Trabajo que considera de interés[240].

Como aspecto positivo, la LBSS vino a reordenar además los servicios médicos de la Seguridad Social[241], que tanta falta hacía, contemplando mejoras significativas para el sistema de salud. Véase, por ejemplo, cómo se intentaba alcanzar la equidad en relación con los servicios de urgencias de ámbito nacional, provincial y local, que de forma coordinada, eran dotados de similares recursos humanos y técnicos (medios complementarios, de desplazamiento y transporte, etc.) para la cobertura de las necesidades sanitarias del mayor número posible de personas beneficiarias, tanto de los núcleos urbanos como de los medios rurales, y en todas aquellas situaciones que por su índole o gravedad así lo requiriese. Es destacable resaltar lo dispuesto en el apartado veintitrés de la Base sexta de la LBSS[242], donde ya se reconoce de forma expresa la figura laboral del personal auxiliar técnico sanitario (que son, como veremos más adelante, profesionales equiparables a las personas cuidadoras, tanto a nivel formativo como a efectos de realización de tareas), a quienes se les concede, ya desde 1963, un valor jurídico, lo que resalta su reconocimiento social y su utilidad ante las necesidades sociosanitarias globales, cuestión prevalente que a día de hoy se echa en falta en relación con las personas cuidadoras, que aún siguen careciendo de un merecido y necesario reconocimiento sociolaboral. Finalizando con la LBSS, comentar además que la preocupación por la ordenación de los servicios médicos de la Seguridad Social, también se dejó ver en otros aspectos como: a) la facultad de elección de médico que se atribuye a la persona titular del derecho a la asistencia sanitaria, asignando socialmente este derecho de forma progresiva, aunque subordinado a la organización del servicio; b) el establecimiento de cupos máximos de pacientes asignados a cada facultativo (incluidos los especialistas); c) el procedimiento de cobertura de vacantes del personal sanitario; d) la creación de nuevas plazas de médicos en las diferentes escalas del ámbito sanitario y su correspondiente remuneración. Para todo ello, los servicios sanitarios de la Seguridad Social, según lo dispuesto en la LBSS, se prestarían conforme a un estatuto jurídico reglamentado[243], correspondiendo aún al Ministerio de Trabajo la facultad disciplinaria.

---

título primero de la Ley de la Seguridad Social de 1966. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1966/12/30/pdfs/A16476-16476.pdf

[239] Base Sexta, apartado veintiocho, pp. 503-504. Las prótesis quirúrgicas fijas, así como las ortopédicas permanentes o temporales, serían, en todo caso, facilitadas por la Seguridad Social.

[240] Base Sexta, apartado veintidós, p. 500.

[241] Excluyendo la asistencia a los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y a los pensionistas.

[242] Base Sexta, apartado veintitrés, p. 501.

[243] BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1966. Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el *Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social*. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1966-21118

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En el desarrollo de la LBSS efectuado en primera instancia por el art. 6 de la LSS/1966, el legislador perfila las funciones de coordinación de los Organismos, Servicios y Entidades Gestoras del Sistema de la Seguridad Social con las de otras entidades que cumplen funciones afines de previsión social, de sanidad pública, de educación nacional y de beneficencia o asistencia Social, configurando de ese modo los Servicios Sociales y la Asistencia Social como complemento de las prestaciones comprendidas dentro de la acción protectora de Sistema de la Seguridad Social enumeradas en el art. 20 de la LSS/1966[244]. Respecto a las ayudas asistenciales, se mantiene el mismo contenido que fue perfilado en su momento por la LBSS, como podía verse en el art. 37 de la LSS/1966, pudiendo ser concedidas por las Entidades Gestoras correspondientes con el límite del fondo especial que se les asignara a tal fin, sin que estas pudieran tener carácter periódico ni prorrogarse a ejercicios económicos posteriores al de la concesión. Su carácter limitado se demostraba además en que, las decisiones tomadas por los órganos de gobierno sobre la concesión de los servicios y auxilios económicos en atención a estados o situaciones de extrema necesidad demostrable, no podían ser objeto de recurso alguno en vía administrativa ni jurisdiccional[245]. En cuanto a los Servicios Sociales[246], estos aparecían algo más desarrollados en la LSS/1966, que delimitaba de forma aclaratoria en 5 secciones su contenido, tal y como podemos ver seguidamente:

a) Empezando por la Sección 2ª, que vendría referida a la materia de Higiene y de Seguridad en el Trabajo, su objetivo principal era lograr, individual o colectivamente, un estado óptimo de salud en los centros de trabajo; por ende, bajo un enfoque preventivo, era prioritario eliminar o reducir los riesgos en los puestos de trabajo. Para ello, los principales agentes de cambio a quienes se debían estimular eran las personas comprendidas en el campo de aplicación de la LSS/1966, debiendo alcanzar una actitud proactiva respecto al control de los accidentes y enfermedades que pudieran derivarse de la actividad profesional[247]. Para la ejecución de las actividades, además de la necesaria asignación de los recursos financieros precisos (para campañas de publicidad, centros de estudios, laboratorios, etc.) el Ministerio de Trabajo, de forma coordinada con la Seguridad Social y las Entidades Gestoras, fomentarían la constitución de Consejos Territoriales de Higiene y Seguridad en cada una de las ramas profesionales que así lo requiriesen, delegando el protagonismo de la responsabilidad preventiva a los representantes sindicales de los trabajadores y de los empresarios de la correspondiente actividad, a través de los Comités de Seguridad e Higiene del Trabajo. Como refleja este mandato, se empezaba a valorar el papel fundamental que debían desempeñar los agentes sociales en las cuestiones laborales y, en particular, en la prevención de riesgos laborales.

b) En la Sección 3ª, la LSS/1966 aclara otro contenido clave de los Servicios Sociales como era la Medicina Preventiva[248], intentando reducir con ello los gastos de las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social. De forma coordinada con la Sanidad Nacional, los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social podían desarrollar

[244] Título Primero, Cap. IV sobre la Acción Protectora del Sistema de la Seguridad Social.

[245] Título Primero. Cap. VI, Asistencia Social (arts. 36 y 37).

[246] Título Primero. Cap. V, Servicios sociales (arts. 24 a 35).

[247] Título Primero. Cap. V, Servicio sociales, Sección 2ª Higiene y Seguridad del Trabajo, art. 26 sobre contenido.

[248] Título Primero. Cap. V, Servicio sociales, Sección 3ª Medicina Preventiva, art. 28 sobre contenido y 29 sobre aprobación y ejecución de las campañas y programas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

programas de medicina preventiva que afectasen no solo a la población protegida por ella, sino que además debían extenderse a toda la población nacional. El carácter obligatorio en el campo de la medicina preventiva afectaba a las personas beneficiarias de los programas, en la observancia de cuantas medidas se adoptarán, pero además a todo el personal sanitario de la Seguridad Social que venía obligado a colaborar en las campañas preventivas que se organizaran, ejecutando cuantas medidas se dispusieran por los servicios correspondientes.

c) Con la normativa de la Sección 4ª[249], el protagonismo recae sobre las personas inválidas[250], a quienes se les reconoce el derecho a reeducación y rehabilitación profesional en caso de que reunieran las condiciones de personas beneficiarias del nivel contributivo de Seguridad Social[251]. Por tanto, ya en el Capítulo VI del Título Segundo de la LSS/1966, se contemplaban de forma explícita las prestaciones a las que las personas trabajadoras podían tener derecho en caso de incapacidad permanente, clasificada ésta en varios grados: parcial, total, absoluta y gran invalidez (art. 136)[252]. Así, las personas trabajadoras que eran declaradas en situación de incapacidad permanente, en los grados de parcial (IPP) o total (IPT), tenían derecho, por un lado, a prestaciones recuperadoras, consistentes en tratamientos fisiológicos y cursos de formación profesional, siempre que unos u otros fuesen necesarios para su readaptación y rehabilitación, teniendo la obligación de someterse a los mismos, pues en caso contrario, la persona podría ser sancionada con la suspensión del derecho al subsidio que pudiera corresponderle o con la pérdida o suspensión de las prestaciones por invalidez[253]. Se contemplaban además los denominados *Subsidios de espera*, que resultaban operativos mientras la persona trabajadora no era llamada a los tratamientos

[249] Título Primero. Cap. V, Servicio sociales, Sección 4ª Reeducación y Rehabilitación de Inválidos, art. 30 sobre el derecho a la reeducación y rehabilitación.

[250] De origen, en la LBSS (Base Octava, apartado treinta y uno), se consideran situaciones o estados constitutivos de invalidez: a) los de incapacidad permanente por causa de enfermedad común o profesional o de accidente, sea o no de trabajo; y b) los que así deban ser considerados por haber transcurrido el período de percepción de la prestación económica, a consecuencia de una incapacidad laboral transitoria (ILT), sin que el trabajador esté en condiciones de reanudar su trabajo. De una forma más pulida, en el texto articulado primero la invalidez permanente, era definida como aquella situación en que incurre una persona trabajadora que, después de haber estado sometida a un tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médica presentaba de forma objetiva, reducciones anatómicas o funcionales graves y definitivas, por tanto disminuyendo o anulando su capacidad de trabajar. Se excluía de tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral de la persona inválida, si dicha posibilidad se estimaba desde un punto de vista médico, como incierta o a largo plazo. Tanto la invalidez permanente como la invalidez provisional (aquella que se prevea que no iba a tener carácter definitivo), debían derivar de una situación de ILT, respecto de una enfermedad, común o profesional, o de un accidente fuese o no de trabajo, sin más excepción que la de los trabajadores excluidos de asistencia sanitaria e ILT contemplados en el art. 83 de la misma norma (alcance de la acción protectora). Título Segundo. Cap. VI sobre invalidez, Sección 1ª Disposición general, art. 132 sobre concepto y clases.

[251] El Título Segundo de la Ley, en su Cap. I, regula los derechos de las posibles personas beneficiarias, incluidas en el Régimen General (art. 61) y aquellas que se previesen en las normas reguladoras de los Regímenes Especiales para los comprendidos dentro del ámbito de cada uno de ellos. Se suman, en el Cap. III, el art. 92, sobre requisitos del derecho a las prestaciones; el art. 93 sobre situaciones asimiladas al alta; el art. 94, sobre imputación de responsabilidades en orden a las prestaciones. Y en el Cap. VI, sobre invalidez, el art. 137, condiciones del derecho a las prestaciones, el art. 138, referido a las compatibilidades en el percibo de prestaciones económicas por invalidez permanente, o el art. 139 de los beneficiarios de las prestaciones recuperadoras, así como el art. 141 beneficiarios para el empleo selectivo.

[252] El Art. 135 determina los grados de invalidez, correspondiendo la calificación de dichos grados, según el art. 144 a las Comisiones Técnicas Calificadoras.

[253] Art. 102. Obligaciones del beneficiario.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

o procesos de readaptación y rehabilitación, con una duración máxima de doce meses (en el tiempo que debía producirse el llamamiento), así como *Subsidios de asistencia* durante tales tratamientos o procesos. Otras variantes de prestaciones que podían surgir se relacionaban con la aplicación de las normas de desempleo en caso de no encontrar trabajo una vez concluida la readaptación profesional[254], o la entrega de una cantidad a tanto alzado al finalizar el resultado de la readaptación y rehabilitación de la persona trabajadora. La edad se contempló, además, como un factor determinante para poder optar a tales prestaciones. Concretamente, en caso de IPT sobrevenida después de cumplir cuarenta y cinco años, la persona invalidada podía optar entre someterse a los procesos de readaptación y rehabilitación descritos, o al reconocimiento del derecho a una pensión vitalicia de cuantía proporcional a la base de cotización de la persona incapacitada. Cumplidos los sesenta o más años, por defecto, el derecho de opción se entendía ejercitado a favor de la pensión vitalicia.

En cuanto a las personas trabajadoras que eran declaradas inválidas, en el grado de incapacidad permanente absoluta para el trabajo (IPA), tendrían derecho también a los tratamientos especializados de rehabilitación y readaptación profesional, además de a una pensión vitalicia calculada, en este caso, sobre salarios reales para elevar la cuantía de la prestación, puesto que su importe en ningún caso debía ser inferior a la cifra del salario mínimo interprofesional o de la base de cotización de la persona inválida.

Si la calificación correspondía al grado de gran invalidez (GI), en fin, además de a las prestaciones anteriores, estas personas discapacitadas tenían derecho a una pensión vitalicia (también calculada sobre salarios reales), incrementada en un 50% para sufragar los gastos destinados a los cuidados por parte de una tercera persona que le ayudase en la realización de las actividades de la vida diaria. Este precepto tiene su origen en la base octava de la LBSS de 1963, se sigue manteniendo en el actual Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS, en adelante)[255], y a los efectos de este trabajo resulta sumamente trascendente, puesto que se venía a reconocer por vez primera en la legislación social española la necesidad de remunerar a una persona para atender las situaciones de dependencia, pudiendo incluso la persona reconocida como inválida reemplazar esta ayuda por su internamiento en una institución asistencial, lo que constituye, a nuestro juicio, el antecedente remoto de las prestaciones que en su momento vendrían a ser incluidas en el Catálogo de Servicios de la Ley de dependencia. Añadamos de paso que dichos servicios vendrían a ser desempeñados por las personas cuidadoras sociosanitarias, complementando así las prestaciones económicas del actual Sistema de Seguridad Social.

En cualquier caso, si el legislador de 1966 se preocupaba, como hemos visto, por el mantenimiento económico del Sistema de Seguridad Social, evitando la duplicidad de

[254] Normas de desempleo establecidas en el Capítulo X del presente Título.

[255] Artículo 196.4. de la LGSS. Prestaciones económicas. "*Si el trabajador fuese calificado como gran inválido, tendrá derecho a una pensión vitalicia según lo establecido en los apartados anteriores, incrementándose su cuantía con un complemento, destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda. El importe de dicho complemento será equivalente al resultado de sumar el 45 por ciento de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30 por ciento de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la situación de incapacidad permanente. En ningún caso el complemento señalado podrá tener un importe inferior al 45 por ciento de la pensión percibida, sin el complemento, por el trabajador*".

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

recursos, con tendencia a la Universalidad, resultaba cuando menos sorprendente que las prestaciones económicas por invalidez permanente fuesen compatibles, como se indicada en el art. 139 de la LSS/1966, con otras ayudas económicas como becas, salarios de estímulo y hasta con los propios salarios que pudieran percibir los trabajadores en su misma empresa o en otra distinta. Es más, incluso en los casos de una "gran" pero no "radical" incapacidad laboral, como en los grados de IPA y GI, la percepción de prestaciones de seguridad social no impediría el ejercicio de otras actividades, lucrativas o no, que fuesen compatibles con el estado del inválido y que no representasen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión, medida que también sigue en vigor en la actual LGSS[256]. A estos efectos, la Jurisprudencia ha venido a avalar esa compatibilidad, como puede verse, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de octubre de 2013[257], donde se argumenta en favor de esa compatibilidad que eso es "*(…) lo más favorable posible a la efectividad del derecho al trabajo reconocido en el art. 35 de la Constitución Española; que no haga de mejor condición al trabajador declarado en IPT que la declarada en IPA o GI; y que, en definitiva, evite la interpretación contraria que, sin duda, tendría cierto efecto desmotivador sobre la reinserción social y laboral de quien se halle en IPA o GI (…)*".

En lo que concierne al contenido de las prestaciones recuperadoras, el art. 140 de la LSS/1966 hacía referencia a las siguientes acciones: a) un tratamiento sanitario adecuado, especialmente de rehabilitación funcional[258]; b) la orientación profesional[259]; y c) la formación profesional por readaptación para el trabajo anterior o por reeducación para una nueva profesión[260]. La orientación profesional, de carácter obligatorio para los trabajadores que hubiesen sido declarados inválidos permanentes con posibilidad razonable de recuperación[261], se concretaría de forma individualizada mediante un programa o plan de recuperación técnico-profesional (derivado de las condiciones de empleo), que se ajustase en la medida de lo posible a la ocupación habitual de la persona trabajadora, a sus aptitudes y facultades residuales, a su edad, sexo y residencia, así como a sus deseos razonables de promoción social. En el caso de que la recuperación de la persona inválida pudiera efectuarse, según los planes de recuperación, la persona beneficiaria tendría el derecho de opción a uno de ellos.

[256] Artículo 198.2 de la LGSS. Compatibilidades en el percibo de prestaciones económicas por incapacidad permanente.

[257] STS de 16 de octubre de 2013 (RJ 2013, 6655). Fundamento de derecho cuarto. https://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/5271b9525448c494/20140303

[258] Según el art. 140.3, los tratamientos sanitarios serán los mismos de la asistencia sanitaria por enfermedad común y por accidente de trabajo o enfermedad profesional; de un modo especial, comprenderán los de rehabilitación funcional, medicina física y ergoterapia. Estos tratamientos se prestarían en régimen ambulatorio o de internado, así como a través de servicios sanitarios propios, concertados de la Seguridad Social o privados reconocidos por el Ministerio de Trabajo, por Mutuas Patronales o empresas debidamente coordinadas.

[259] Definido en el art. 140.4, la orientación profesional se podía prestar durante los tratamientos sanitarios y a la finalización de los mismos, pudiendo el beneficiario solicitar, a la vista de los resultados obtenidos en los tratamientos sanitarios, que se reconsiderase el programa fijado para su readaptación o recuperación profesional.

[260] El art. 140.5 establece que en coordinación con la orientación profesional, la formación profesional podía ser realizada en centros propios de la Seguridad Social, concertados con la Organización Sindical, la Iglesia y demás entidades públicas o privadas, incluidas las propias empresas de acuerdo con un contrato especial.

[261] La declaración de la posibilidad razonable de recuperación se efectuaba por las Comisiones Técnicas Calificadoras previstas en el art. 144, conjuntamente con la de la invalidez, surtiendo los mismos efectos y quedando sujeta a los mismos recursos (art. 139.3).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Finalizado el programa de recuperación, tanto el beneficiario, como la Entidad Gestora o la Mutua Patronal podrían instar la revisión de la situación actual de la persona trabajadora al amparo del art. 145 de la LSS/1966. Respecto al contenido del "*empleo selectivo*" contemplado en el art. 142 de la LSS/1966, vendría a corresponderse con lo que entendemos por una "*reserva, con preferencia absoluta, de ciertos puestos de trabajo*" de aquellas personas trabajadoras, ya inscritas, en el Registro de inválidos recuperados de la Seguridad Social. Sería, nuevamente, el Ministerio de Trabajo quien sería competente para regular las medidas del empleo selectivo, estableciendo además de la reserva del puesto de trabajo, diferentes previsiones sobre las condiciones de readmisión a las que debían ceñirse las empresas una vez finalizados los procesos rehabilitadores o el establecimiento de los cupos de empleo para trabajadores de capacidad disminuida en proporción a la plantilla de la empresa. Estas obligaciones empresariales podían ser sustituidas (de conformidad con cada empresa), por el pago de una cantidad que se determinaría reglamentariamente, cuando se tratase de empresas que, en atención a su especial peligrosidad o tecnicidad, no pudieran ocupar a personas trabajadoras de funcionalidad reducida. Otras instancias técnico-profesionales como los Servicios de Colocación (de ámbito local, provincial y nacional), así como los llamados "*centros-pilotos para el empleo*", también adoptarían medidas adecuadas para hacer efectivo el derecho al empleo de los trabajadores inválidos recuperados. A partir de ahí, las normas de aplicación y desarrollo de la LSS/1966 abría un amplio abanico de oportunidades, con nuevos contextos y espacios de aprendizaje, y de retos a asumir para seguir avanzando en materia de empleo y discapacidad a través del establecimiento de beneficios complementarios que, según lo dispuesto en su art. 143, facilitaran la realización de tareas laborales integradoras de personas discapacitadas, preocupándose por el acondicionamiento del puesto de trabajo a ocupar, la organización de talleres de empleos, la concesión de ayudas para el pago de las cuotas a la Seguridad Social del Régimen General o la aportación de créditos para que dichas personas se pudieran dar de alta como trabajadoras autónomas.

d) En la 5ª y última Sección se abordaba el contenido de la Acción formativa[262], siendo dos los objetivos que se pretendía alcanzar a través de la Seguridad Social en materia de formación: por un lado, la elevación cultural de las personas trabajadoras y de sus familiares, y por otro, la promoción cultural y social de los jóvenes. Los mecanismos de mejora no se diferenciaban de lo descrito hasta el momento, siendo clave, según el art. 34 de la LSS/1966, la coordinación entre Organismos, para lo cual el Ministerio de Trabajo dictaría las normas convenientes, orientadas a conseguir un sistema integrado por las Universidades Laborales, los Centros o programas de promoción y formación social, y las Entidades Gestoras de la Seguridad Social que fuesen a contribuir en la financiación de la acción formativa que se prestase a través de dichas instituciones formativas. La Seguridad Social contribuiría en forma de becas, bolsas de estudio, subvenciones o bajo cualquier otra modalidad de ayuda económica[263].

[262] Título Primero. Cap. V, Servicio sociales, Sección 5ª Acción Formativa, arts. 33-35.

[263] Resulta curioso hacer referencia al art. 35 del Decreto referido a la necesidad detectada en ese momento con vistas a fomentar y desarrollar los estudios sociales. Medida promocional de la Seguridad Social sobre los estudios con carácter social, a través de los Servicios, Centros de docencia e investigación especializados y en conexión con la Organización Sindical. Y de un modo especial atendiendo a los conciertos con la Universidad, para la realización de cursos superiores de Seguridad Social y, en su caso, trabajos de investigación sobre la materia.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En definitiva, la LSS/1966 acabaría contribuyendo también al fomento de las políticas activas de empleo (acciones formativas y empleo selectivo) que estuvieran especialmente dirigidas a las personas vulnerables que tuviesen alguna discapacidad o dependencia, como podían ser las personas beneficiarias de pensiones de incapacidad permanente, iniciando así el debate normativo tendente a promover la compatibilidad entre pensiones (contributivas o no), prestaciones y/o trabajo remunerado. Fueron razones suficientes para la implantación de ese conjunto de medidas de protección social el reconocimiento de la dignidad humana, las demandas de integración social, el principio general de solidaridad nacional, las causas sanitarias (prevención de la salud comunitaria o en materia de riesgos laborales), la (re)organización del modelo de Seguridad Social e incluso la imperiosa necesidad de elevar el nivel cultural del país. Todo ello exigía, obviamente, un importante esfuerzo financiero que los poderes públicos de la época confiaban realizar a partir del incipiente desarrollo económico de la España de la década de 1960.

En cualquier caso, los principios de la LBSS no llegaron a ser desarrollados en su integridad por la LSS/1966, y uno de los principales obstáculos para ello fue, precisamente, la débil base económico-financiera del modelo de Seguridad Social diseñado en 1963, por lo que el legislador tuvo que corregir esas carencias con la Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social[264]. Como principal medida correctora, esta Ley de 1972 estableció, de forma novedosa, un sistema de cotización basado en los salarios reales (dejando atrás los salarios tarifados), lo que contribuyó a sanear el sistema financiero, garantizando la mejora de la cuantía de las prestaciones[265], tan necesaria en ese momento, y el mantenimiento del poder adquisitivo de las pensiones mediante su revalorización anual. No obstante, aunque también se preveía que las aportaciones del Estado tendrían una carácter progresivo hasta constituirse en un recurso ordinario de la Seguridad Social, lo cierto fue que, en la práctica, siguieron siendo la cotizaciones sociales las que soportaban el peso de la financiación de los servicios y prestaciones de la acción protectora[266]. En consecuencia, la Ley 24/1972, de 21 de junio, no consiguió solucionar plenamente los problemas financieros del sistema de Seguridad Social, puesto que, si bien estableció un nuevo modelo de cotización basado en los salarios efectivamente percibidos, el incremento de recursos que implicaba esta nueva fórmula de financiación no proporcionaba suficiente cobertura económica para sufragar el aumento de la acción protectora que la propia propugnaba[267].

Interesa destacar a los efectos de esta investigación que, entre las medidas de "*perfeccionamiento*" de la acción protectora de seguridad social establecidas por la Ley 24/1972, de 21 de junio, se encontraba la creación de una nueva prestación "*en favor de las hijas o hermanas de trabajadores que, en las condiciones que se determinan, hubiesen acreditado una dedicación prolongada al cuidado de*

[264] BOE núm. 149, de 22 de junio de 1972. Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1972-907

[265] Lozano Lares, F., *Manual de Seguridad Social*, ob. cit., p. 40.

[266] https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/PortalEducativo/Profesores/Unidad1/PESS51/PESS53

[267] https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Conocenos/HistoriaSeguridadSocial

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

aquéllos"[268]. Como se deduce de lo expuesto, esta nueva prestación estaba pensada para las cuidadoras familiares, puesto que las personas beneficiarias eran las hijas o hermanas (en género femenino) de los trabajadores (género masculino) que acreditasen una dedicación prolongada al cuidado de estos, lo que demostraba claramente quién asumía el rol de los cuidados familiares en el hogar y la necesidad de dotar de una mayor protección social del colectivo femenino, lo que también suponía, en cierto modo, una muestra de reconocimiento del valor social del trabajo de cuidados.

Las modificaciones introducidas por la Ley 24/1972, de 21 de junio, exigieron la elaboración de la segunda gran codificación de la normativa de seguridad social, que sería efectuada por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS/74), que fue el texto vigente hasta 1994[269], y que reprodujo todas las medidas ya comentadas en materia de Servicios Sociales, Higiene y Seguridad del trabajo, la medicina preventiva, acción formativa, asistencia sanitaria y prestaciones médicas, farmacéuticas y ortoprotésicas.

Para acabar con este repaso histórico del tratamiento de las personas dependientes en el ordenamiento social español, aún habría que hacer referencia, por último, al Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo[270], adoptado un mes antes de promulgarse la Constitución de 1978, con el que se pondría fin a la larga trayectoria del INP, creándose en su lugar las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, con sujeción a principios de solidaridad financiera y unidad de caja[271]. Dichas entidades fueron: a) el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, donde quedaron integradas las antiguas Mutualidades Laborales y demás Entidades Gestoras de estructura mutualista, que dejaban de tener la condición de entidades gestoras de la Seguridad Social y perdían personalidad jurídica[272]; b) el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la administración y gestión de los servicios sanitarios[273]; y c) el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social[274]. A la par, se constituirían como Organismos autónomos del Estado complementarios a las Entidades Gestoras del Sistema de la Seguridad Social, por un lado, la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, para la gestión de los servicios de prevención y asistencia que le

[268] Preámbulo. Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social. Esta nueva pensión en favor de familiares aparecía desarrollada en el segundo párrafo de su artículo Cuarto, dos.

[269] Cuando fue sustituida por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm. 154, de 29 de junio, de 1994). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1994-14960, disposición que sería derogada, a su vez, por la vigente LGSS publicada en BOE núm. 261, de 31 de octubre de 2015, Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11724-consolidado.pdf

[270] BOE núm. 276, de 18 de noviembre de 1978. Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-28739

[271] Art. primero. Apartado Uno.

[272] Art. primero. Apartado Uno. Uno.

[273] Art. primero. Apartado Uno. Dos.

[274] Art. primero. Apartado Uno. Tres.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

fueran encomendados, y por otro, el Instituto Nacional de Asistencia Social, para la gestión de servicios de asistencia social del Estado, donde quedaron integrados los establecimientos de Asistencia Pública, dependientes de la Dirección General de Servicios Sociales[275].

El Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, llegó a crear otra institución de peso como fue el Instituto Nacional de Empleo (INEM), con el carácter de Organismo autónomo administrativo, dotado de personalidad jurídica propia para el cumplimiento de sus fines y adscrito al Ministerio de Trabajo, donde quedaron integrados el Servicio de Empleo y Acción Formativa, Promoción Profesional Obrera y la Obra de Formación Profesional de la Administración Institucional de Servicios Socio-Profesionales[276]. Era función principal del INEM organizar los Servicios de Empleo en orden a procurar, pública y gratuitamente, el mejor desarrollo y utilización de los recursos en materia de empleo ayudando tanto a las personas trabajadoras como a las empresarias. Igualmente, fomentaba la formación y la reconversión de los profesionales, gestionaba y controlaba las prestaciones por desempleo y las subvenciones y ayudas para el fomento y protección del empleo. O sea, que se ocupaba tanto de las políticas pasivas como de las políticas activas de empleo.

En el marco de esta radical transformación del organigrama institucional del sistema de Seguridad Social se, constituirá, en fin, la Tesorería General de la Seguridad Social[277], con la consideración de Servicio Común con personalidad jurídica propia, adscrito a la Secretaría de Estado para la Seguridad Social, a través de la Dirección General correspondiente, en la que, por aplicación de los principios de solidaridad financiera y de unidad de caja, quedaron unificados todos los recursos financieros, soportando la custodia de los fondos, valores y créditos, y encargándose asimismo de la recaudación de las cotizaciones y demás derechos de crédito del sistema de Seguridad Social.

En definitiva, el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre vino a solucionar algunos de los problemas existentes hasta el momento, reduciendo el número de Entidades Gestoras, racionalizando sus funciones y descentralizando las tareas administrativas, aunque asumiría funciones del Estado en materia de empleo y formación profesional que son más propias de un servicio administrativo público que del delimitado acotamiento de prestaciones de la Seguridad Social. Por otro lado, la pretensión de simplificación y racionalización del sistema de Seguridad Social se compatibilizaría con el principio de unidad de caja. Esta reforma vino a marcar, además, una clara delimitación en tres áreas de intervención con objetivos específicos, entre las que estaban las prestaciones económicas de seguridad social, la salud y los servicios sociales y asistenciales, lo que suponía un avance que capacitaba al Gobierno para la toma de decisiones, reduciendo de ese modo el complejo entramado técnico que dificultaba la progresión hacia la consecución de metas para una mejor convivencia y satisfacción de las demandas públicas. Aun así, hubo que esperar a la aprobación de la Constitución de 1978 para que, a su amparo, el legislador, abordara toda una serie de reformas en distintos campos de la Seguridad Social que, en lo que a

[275] Art. primero. Apartado Dos. Uno y Dos.

[276] Art. quinto. Apartado Uno.

[277] Disposición adicional segunda.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

este estudio respecta, acabarían alumbrando el actual sistema integral de atención de las personas dependientes.

3.- La evolución del cuidado de personas dependientes en el ordenamiento jurídico pos-constitucional.

3.1.- El mandato constitucional de atención especializada a las personas en situación de dependencia.

La atención a las personas en situación de dependencia no fue contemplada de manera expresa en la Constitución de 1978, según Alonso y Alemán, por la inexistencia en esos momentos de un reconocimiento formal en nuestro ordenamiento jurídico del término dependencia[278]. En cualquier caso, en la originaria redacción del art. 49 CE ya había indicios de manera implícita de la necesidad de afrontar las contingencias relacionadas con los cuidados mediante la imposición a los poderes públicos de la obligación de realizar una "*política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos*", a los que habría que prestar "*la atención especializada que requieran*" con el fin de que pudieran disfrutar de todos los derechos reconocidos a los demás ciudadanos. Como puede observarse, la versión original del art. 49 de la CE aún contemplaba, para hacer referencia a las personas beneficiarias de las políticas asistenciales, la expresión "*disminuidos*" sensoriales, físicos, y psíquicos (con obstáculos mentales o intelectuales), lo que fue modificado, como ahora veremos, en el año 2024. En cualquier caso, a efectos de protección, es irrelevante para nuestro ordenamiento jurídico la causa o procedencia de la discapacidad, ya sea por nacimiento o por razón sobrevenida, pues lo que se valora a efectos de tutela es la existencia cierta de una discapacidad que dificulte la inserción o integración social de las personas beneficiarias.

Es necesario aclarar, respecto de la terminología utilizada para hacer referencia a la "discapacidad", que con el paso del tiempo se han ido graduando con mayor delicadeza las expresiones conceptuales que se venían empleando, puesto que esta terminología solía ser "variada, confusa y altamente peyorativa", con las repercusiones negativas que ello acarreaba, "especialmente en lo relativo al fomento de actitudes marginadoras y no facilitadoras de la plena integración de las personas con discapacidad"[279]. Buena prueba de la necesidad de superar esas expresiones vejatorias es el hecho de que la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) haya establecido un lenguaje estandarizado para describir la salud, así como los estados relacionados con la misma, como puede ser la discapacidad, con el objetivo de mejorar la comunicación entre la población general (incluidas las personas con discapacidad), los profesionales del ámbito sociosanitario, las personas investigadoras o aquellas especializadas en el

[278] Alonso, J.M. y Alemán, C., "Las prestaciones de atención a la dependencia y su consideración como derechos sociales", *Revista de Derecho Político*, núm. 100, 2017, pp. 987-1025.

[279] Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A. "La escala de valoración de términos asociados con discapacidad en una muestra de EGB", *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 25, núm. 103, 1999, p. 784 y 785. Comunicación presentada al Symposium "*Nuevas aportaciones en psicología de la rehabilitación*" de las II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, 20-22-III-1997. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. "Marginado, retrasado, trastornado, excepcional, lisiado, tullido, minusválido, con necesidades especiales, enfermo, anormal, deficiente, inadaptado, inválido, discapacitado, incapacitado, desvalido, disminuido, mutilado, subnormal, impedido", son alguna de las expresiones que estos autores han llegado a identificar.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

diseño de las políticas en cualquier ámbito que deban integrar a este colectivo vulnerable. Por tanto, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)[280], creada por la OMS con este propósito, descarta de forma definitiva, como se deduce de su propia denominación, no solo el vocablo "disminuido", sino también el de "minusvalía" y otras expresiones similares, sustituyéndolas por el término "discapacidad", lo que de forma coherente plantea, en nuestra opinión, un amplio ámbito de uso que incluye aspectos tales como las "deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación", lo que, al igual que nuestra Constitución, no silencia la esencia real de la discapacidad y aquellas connotaciones, no del todo pro-activas, que puedan afectar a la integración del colectivo, como pueden ser la interacción entre las personas y su estado de salud o los factores contextuales donde se desenvuelve (factores políticos, sociales, ambientales, familiares, personales, actitudinales, etc). El hecho de reconocer todos los elementos que influyen o afectan a la discapacidad, es, insistimos, una perspectiva bastante lógica si lo que se pretende es ofrecer un tratamiento integral de esta realidad social.

Volviendo a nuestro Ordenamiento jurídico, este nuevo enfoque también será adoptado por el legislador, implantándose cada vez con mayor rotundidad la expresión "*personas con discapacidad*" para referirse de una forma integral a este colectivo social. Claro está, como veremos seguidamente, que diferentes normas de relevancia, tanto de ámbito nacional como internacional, acabarían influyendo en la reforma del art. 49 de la CE, impulsada en 2018 por el Comité de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y finalmente adoptada por las Cortes Generales el día 15 de febrero de 2024 quedando sustituida su desafortunada redacción original por un nuevo texto más acorde a los nuevos tiempos[281]. Así, en la exposición de motivos de esta Reforma del art. 49 de CE quedaba patente que "*su redacción original, que plasmó en su día el compromiso del constituyente con los derechos y libertades de las personas con discapacidad, precisa de una actualización en cuanto a su lenguaje y contenido, y para reflejar los valores que inspiran la protección de este colectivo, tanto en el ámbito nacional como internacional. Por todo ello, resulta necesario proceder a la reforma del artículo 49 de la Constitución, de manera que este precepto vuelva a ser referencia para la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad en España*".

Partiendo de esas premisas, en la nueva redacción del art. 49 de la CE se indica que las "*personas con discapacidad*" ejercerán los derecho y deberes fundamentales del Título I de la CE "*en condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas*", para lo

[280] La coetánea Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) fue aprobada oficialmente por los 191 Estados Miembros de la OMS, mediante la resolución 54.21 en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001. La CIF es una clasificación diseñada con diferentes propósitos: por un lado, ser utilizado en las diversas disciplinas; y además, contar con información de funcionamiento sobre la discapacidad a nivel individual y poblacional, con idea de generar evidencias que ayuden a planear servicios, evaluar las intervenciones, programas y políticas de salud pública en los diferentes países. Por lo que ésta implica un claro intento de homogeneizar todas aquellas intervenciones que puedan afectar de forma particular a las personas con discapacidad, a nivel mundial, independiente de su idiosincrasia. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3562:2010-clasificacion-internacional-funcionamiento-discapacidad-salud-cif&Itemid=2561&lang=es#gsc.tab=0

[281] Reforma del art. 49 de la Constitución Española, de 15 de febrero de 2024. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2024-3099.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cual la ley regulará "*la protección especial que sea necesaria para dicho ejercicio*". Se exige asimismo a los poderes públicos que impulsen "*políticas que garanticen la plena autonomía personal y la inclusión social de las personas con discapacidad, en entornos universalmente accesibles*", fomentando "*la participación de sus organizaciones*" en los términos legalmente establecidos y atendiendo también de forma particular a las "*necesidades específicas de las mujeres y los menores con discapacidad*" Como se deduce de lo expuesto, la nueva redacción del precepto incluye tecnicismos que se proyectan hacia la apertura de un nuevo abanico de posibilidades en el uso de la expresión "*personas con discapacidad*", incluyendo aspectos que ya se venían usando pero que ahora resultan de obligado cumplimiento en virtud de su plasmación en la norma suprema del ordenamiento jurídico español. Eso sucede con expresiones tales como "*autonomía personal e inclusión social*", "*entornos universalmente accesible*s", "*libertad e igualdad real y efectiva*", o incluso "discriminación interseccional"[282], que, aun no apareciendo de forma expresa en el texto, se deduce implícitamente de lo dispuesto en el art. 49.2 de la CE cuando hace referencia a la necesidad de atender "*particularmente las necesidades específicas de las mujeres y los menores con discapacidad*", contemplando así, en todo caso, las necesidades específicas derivadas de la intersección donde diferentes factores puedan ocasionar discriminación, como sucede con la confluencia de tres circunstancias de vulnerabilidad, a las que siempre se podrían añadir otras casuísticas, que son la discapacidad, el género femenino (mujeres y niñas) y el colectivo de la infancia.

A lo largo de este trabajo hemos optado por utilizar desde el principio el término de "personas con discapacidad" para hacer referencia a este colectivo social, lo que encuentra plena justificación tanto en la reciente reforma del art. 49 de la CE, como en virtud de la Disposición adicional octava de la Ley de dependencia[283], pues es el término que ha de utilizarse normativamente. De ese modo, también nos ajustamos, como veremos en adelante, a la concepción de discapacidad consolidada en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), que consagra jurídicamente la superación de la discapacidad, por lo que dicho término ha de quedar huérfano de connotaciones negativas[284].

En la misma línea que en el caso de las personas con discapacidad, el art. 50 CE también contempla la integración social de las personas de edad avanzada, exigiendo a los poderes públicos que, además de garantizar, mediante pensiones dignas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad, les asegure "*su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio*", y ello con absoluta independencia de las obligaciones familiares que pudieran derivar de la legislación civil[285] o de los

[282] Frías, M.: *La interseccionalidad de la discriminación por razones de raza, etnia y género*. Proyecto "Convivir sin discriminación: un enfoque basado en los derechos humanos y la perspectiva de género", Madrid, 2022.

[283] Según la cual "*las referencias que en los textos normativos se efectúan a «minusválidos» y a «personas con minusvalía», se entenderán realizadas a «personas con discapacidad». A partir de la entrada en vigor de la presente Ley, las disposiciones normativas elaboradas por las Administraciones Públicas utilizarán los términos «persona con discapacidad» o «personas con discapacidad» para denominarlas*".

[284] Rueda Monroy J.A.: "La asistencia personal, ¿una relación laboral"típica"?", *e-Revista Internacional de la Protección Social (e-RIPS)*, vol. VI, núm. 2, 2021, p. 206.

[285] El art. 68 del Código Civil (https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763) tras la redacción dada por Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

deberes morales de cada ciudadano. En consecuencia, sería su posterior desarrollo normativo el que determine el alcance real del derecho establecido en el art. 50 CE, tal como ya indicara el Tribunal Constitucional en la STC 189/1987, de 24 de noviembre, en los siguientes términos: "*los poderes públicos deben buscar los medios para lograr que la realidad se acerque a los principios rectores del Capítulo Tercero del Título I de la Constitución, y, singularmente para promover condiciones de igualdad real y efectiva (art. 9.2 C.E.). Pero entre tales poderes públicos son el legislador y el Gobierno quienes tienen el poder de iniciativa, y no este Tribunal*"[286]. Concretamente, el desarrollo legal del art. 50 pivota, en primer lugar, sobre el establecimiento de un sistema de pensiones para la tercera edad vinculado a la Seguridad Social, con un régimen de pensiones de jubilación que se desdobla en su modalidad contributiva (arts. 204 a 215 LGSS) y en su modalidad no contributiva (arts. 369 a 372 LGSS). Y, en segundo lugar, dando cobertura a las necesidades de cuidado de las personas jubiladas a través de los servicios sociales y la asistencia social.

Así, tanto en el caso del mandato del art. 49 CE, en relación con las personas discapacitadas, como del mandato del art. 50, relativo a las personas de edad avanzada, nos encontramos ante uno de los más significativos supuestos de reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, canalizándose las necesidades materiales de ambos colectivos a través de las prestaciones económicas de la Seguridad Social, cuya competencia corresponde en exclusiva al Estado según lo dispuesto en el art. 149.1.17ª de la CE, mientras que sus necesidades socio asistenciales han sido asumidas por las Comunidades Autónomas en sus respectivos Estatutos en virtud de lo establecido en el art. 148.1.20ª de la Constitución. Y todo ello sin perjuicio de las facultades que en materia de protección asistencial pueden corresponder, por vía de ordenación, gestión o ejecución, a las Corporaciones locales. Fruto de este marco competencial, las Comunidades Autónomas fueron aprobando sus propias Leyes de Servicios Sociales, en las cuales se definen sus principios orientadores, además de las prestaciones y servicios que han de ofrecer a las personas que lo necesiten, ya sean por razón de edad o discapacidad[287].

A estos dos preceptos nucleares de la CE en materia de atención a las personas discapacitadas y de edad avanzada, integrados ambos entre los "*principios rectores de la política social y económica*", hay que unir también el fundamental principio de igualdad ante la ley establecido en su art. 14, que proscribe todo tipo de discriminaciones basadas en cualquier "*condición o circunstancia personal o social*"[288]. Indirectamente relacionado con la debida atención de las personas

Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio, indica que "*los cónyuges están obligados a vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente. Deberán, además, compartir las responsabilidades domésticas y el cuidado y atención de ascendientes y descendientes y otras personas dependientes a su cargo*".

[286] ECLI:ES:TC:1987:189. https://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/921.

[287] https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/LeyesSSSS.htm

[288] Véase a modo de ejemplo algunas sentencias discriminatorias que atentan contra los arts. 14 y 15 de la CE tales como la Sentencia del TC de 16 de diciembre de 2013 (RTC 2013, 208), sobre conexión entre el derecho fundamental al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y la protección de las personas con discapacidad. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-494, así como un comentario a la misma en Martinez Otero, J.M.: "Vulneración del honor y la propia imagen de una persona con discapacidad, por nulidad del consentimiento otorgado para aparecer en un programa televisivo de carácter humorístico. Comentario a la STC 208/2013, de 16 de diciembre (RTC 2013, 208)", *Revista Boliviana de derecho,*

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dependientes, se encuentra asimismo la necesidad de articular las medidas de acción positiva contempladas en el art. 9.2) de la CE para remover los obstáculos que impidan o dificulten la libertad y la igualdad de todas las personas, facilitando su participación en la vida política, económica, cultural y social. E incluso tiene conexiones con el tema que nos ocupa el mandato a los poderes públicos establecido en el art. 39.1 CE de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, puesto que es en el seno de estas donde tradicionalmente se venía y se sigue desplegando el grueso de las tareas de cuidado de las personas dependientes.

3.2.- El desarrollo legal del marco constitucional de protección de las personas en situación de dependencia.

Partiendo del marco constitucional descrito, el legislador posconstitucional adoptaría la *Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido* (LISMI)[289], que constituye, sin duda, una referencia ineludible en el devenir legislativo de la regulación de las personas dependientes y que, en nuestra opinión, puede ser considerada como el antecedente normativo inmediato del actual sistema de atención a las personas en situación de dependencia, sobre todo por la importancia que suscita en la norma la *atención integral* de las personas con discapacidad, que es contemplada desde el punto de vista de los cuidados sociosanitarios. Como se puede observar en el art. 12 LISMI, su ámbito objetivo de protección abarcaba tanto la concesión de prestaciones económicas, como la asistencia sanitaria, prestaciones farmacéuticas[290], la recuperación médico-funcional de las personas con discapacidad (incluida la profesional)[291], y el derecho a servicios sociocomunitarios en diferentes ámbitos, que según el art. 51 de la LISMI venían referidos a los servicios de orientación familiar,

núm. 18, 2014, pp. 366-377; la STS de 6 de junio de 2023 (RJ 2023, 2605) sobre violacion de los derechos fundamentales de trabajadores con discapacidad: https://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/34240be392ceba84a0a8778d75e36f0d/20230623; así como la Sentencia del TC de 2 de febrero de 2017 (RTC 2017, 18), sobre competencias en materia de asistencia social a personas con discapacidad (tarjeta de estacionamiento especial) https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-2619.

[289] Que fue derogada y sustituida el 4 de diciembre de 2013 por el vigente Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (BOE-A-2013-12632). Sus principios inspiradores estaban basados, por un lado, en la Declaración de derechos del deficiente mental, aprobada por las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971, y por otro, en la Declaración de derechos de los minusválidos, aprobada por la Resolución 3.447 de dicha Organización, de 9 de diciembre de 1.975 (art. 2 LISMI); en el ámbito nacional, será el art. 49 de la CE al que serviría de referente, como no podía ser de otro modo, para el reconocimiento, en razón a la dignidad que les es propia a los *disminuidos* en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales, su completa realización personal y su total integración social, y a los *disminuidos* profundos en la asistencia y la tutela necesarias (art. 1 LISMI).

[290] El Art. 13.2 de la LISMI establecía que las personas beneficiarias con derecho a esta prestación estarían exentas de abono de aportación por el consumo de especialidades farmacéuticas.

[291] El art. 18 de la LISMI definía la rehabilitación como el "*proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado*". Estos procesos de rehabilitación eran 4, y podían comprender (art. 18.2), la física, médico-funcional (arts. 19 a 21), la psicológica descrita en el art. 22; la educacional contemplada en los arts. 23 a 31 (tanto en general a modo inclusivo, como la educación especial en Centros especiales), y la recuperación profesional, que según el art. 32 comprendían la prestación médica, la orientación profesional, la formación, y la readaptación o reeducación profesional, y que si recordamos todos ellos, ya venían contemplados desde sus orígenes en la LBSS y articulados posteriores (arts. 32 a 36 de la LISMI).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de información y orientación[292], de atención domiciliaria, de residencias y hogares comunitarios (en estos tres últimos servicios encontraríamos los cuidados sociosanitarios de las personas con discapacidad y dependencia), de actividades culturales, deportivas, ocupación del ocio y del tiempo libre, lo que entrañaba una *cobertura integral* ante los estados de necesidad de las personas discapacitadas. El propio art. 51.2 de la LISMI complementaba estas medidas específicas posibilitando la dispensa, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de otros servicios y prestaciones económicas ante situaciones de necesidad y carencias de recursos indispensables para hacer frente a la misma.

También las medidas de integración laboral para las personas con discapacidad entraban dentro del ámbito objetivo de protección de la LISMI, y aparecían contempladas cada vez con mayor peso social, puesto que eran parte de los objetivos primordiales de la política de empleo, por lo que merece dedicarle unas breves líneas, en la medida en que de forma excepcional contribuyen a la autosuficiencia e integración social de este colectivo. A tal fin, las personas trabajadoras con discapacidad debían quedar integradas en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, tener la posibilidad de acceder al sistema productivo mediante fórmulas especiales de trabajo protegido, según el art. 41 de la LISMI, por lo que la norma usaría todos los instrumentos jurídicos laborales puestos a su disposición para incentivar el acceso al trabajo de las personas con discapacidad, que no eran pocos, como puede deducirse del siguiente listado: la inclusión en las cláusulas de los convenios colectivos o pactos individuales con las empresas de medidas que evitaran las discriminaciones en el empleo (condiciones de acceso, reservas del puesto de trabajo, retribuciones, jornadas, etc.), el establecimiento de incentivos y subvenciones a la contratación de personas discapacitadas, la eliminación de las barreras arquitectónicas, la adaptación de los puestos de trabajo, el pago de las cuotas de la Seguridad Social, la creación de un registro (general) de personas con discapacidad demandantes de empleo, y medidas de empleo selectivo. Por otro lado, las Administraciones Públicas (y en concreto, las Oficinas de Empleo del extinto *Instituto Nacional de Empleo*), las empresas públicas y privadas, los Centros Especiales de Empleo y los Centros Ocupacionales, así como los orientadores laborales profesionales y los mismos interesados, tendrían un papel protagonista a la hora de impulsar la promoción sociolaboral de las personas con discapacidad, teniendo siempre en cuenta el nivel de recuperación y de adaptabilidad laboral alcanzada (arts. 37 a 48 de la LISMI). Y por qué no incluir como parte de estas medidas que protegían a las personas con discapacidad las innovadoras disposiciones de movilidad, adaptabilidad (incluidos los transportes públicos colectivos) y supresión de barreras arquitectónicas contempladas en los arts. 54 a 61 de la LISMI, las cuales eran una cuestión trascendental para la integración socio-geográfica de las personas con discapacidad en su entorno más próximo.

Como vemos, la LISMI anunciaba con carácter general una serie de principios de tutela dirigidos hacia las personas con discapacidad y dependencia que, posteriormente, se incorporarían a las leyes sectoriales sociales, de sanidad, educación y empleo. Aún así, se dejaba en segundo plano una cuestión de gran trascendencia práctica para nuestro

[292] Actualmente son funciones propias de los Servicios Sociales Comunitarios de las Comunidades Autónomas, la información, valoración, orientación y asesoramiento a la población sobre las prestaciones y servicios del Sistema Público de Servicios Sociales, y de otros posibles recursos del sistema de protección social.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

estudio como es la política de cuidados, donde tendrían cabida las necesidades sociolaborales de las personas cuidadoras, laguna que habría que ir cubriendo con el tiempo. Conviene advertir a este respecto cómo, desde un primer momento, la norma delegaba (de forma sutil) los cuidados al ámbito familiar[293], bajo un criterio de prestación servicial que, a través de los servicios sociales contemplados en la norma, pretendía *respetar* al máximo la permanencia de la persona con discapacidad en su medio familiar y en su entorno geográfico (art. 50. d) de la LISMI), al margen de la institucionalización, dedicando una especial atención a la problemática de las personas discapacitadas que habitaran en las zonas rurales. Asimismo, aunque el legislador era consciente del carácter complejo y multidisciplinar (pero aún "no valorado") de las tareas de cuidado de las personas con discapacidad, incidiendo en la formación de los profesionales para la obtención del título profesional adecuado para el ejercicio de sus funciones, dicha formación no aparecía concebida como una especialización, aptitud o herramienta de conocimiento necesaria para la cualificación de las propias personas cuidadoras en el ejercicio de sus tareas, que les podría servir como mecanismo de protección laboral (por ejemplo, en materia de prevención de riesgos laborales), sino que su finalidad primordial era garantizar "*las diversas atenciones*" que cada persona con discapacidad pudiera requerir (art. 28 de la LISMI). Cierto es que estas dos cuestiones (formación de las personas cuidadoras y garantía de la atención) siempre van a estar relacionadas.

Pero a lo que más prioridad dio la LISMI (aunque de forma insuficiente para poder superar las barreras de la discapacidad), fue al aspecto económico asistencial, con la creación del subsidio de garantía de ingresos mínimos, el subsidio por ayuda de tercera persona, y el subsidio de movilidad y compensación para gastos de transporte[294]. El subsidio por ayuda de tercera persona, en concreto, estaba orientado para personas con discapacidad, en este caso mayores de edad, sin recursos económicos, cuyo grado de dependencia exigiera "*la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos*", lo que implicaba la introducción de una ayuda exclusiva para las personas con discapacidad (inmersa en algún grado de dependencia), y que en realidad, iba destinada a abonar el trabajo de cuidados realizado por la persona asistente[295]. A juicio de Molina Navarrete

[293] El art. 9 de la LISMI, referido a los principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de prevención de las minusvalías, en su punto 3, concede una especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, recomendaciones genéticas, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz, o la asistencia pediátrica, entre otras cuestiones extraordinarias a tener en cuenta por las familias, como recursos iniciales de prevención sociosanitarios.

[294] Arts. 14, 15, 16 y 17 de la LISMI.

[295] Tanto este como el subsidio de garantía de ingresos mínimos fueron suprimidos con la aprobación de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas (BOE-A-1990-309399), que los integró entre las prestaciones no contributivas (PNC) de la Seguridad Social. En cualquier caso, quienes tuvieran reconocido el derecho a los subsidios de garantía de ingresos mínimos y por ayuda de tercera persona a la fecha de entrada en vigor de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, lo han podido continuar manteniendo en tanto no pasaran a percibir una PNC, en cuyo caso se dejarían de percibir estos subsidios LISMI (tal como se preveía en la Disposición transitoria primera de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre). Posteriormente, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre también sería derogada y las PNC quedarían integradas en el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, texto refundido de la LGSS (BOE-A-1994-14960). Vid. Sección 4, sobre PNC, concreta el art. 145, punto 6, sobre el complemento de la pensión aumentado en un 50% a cuyos beneficiarios fueran calificados como minusválidos o enfermos crónicos de grado igual o superior al 75% y necesitaran el concurso (ayuda) de otra persona. Disposición finalmente derogada por el Real

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(que compartimos), la prestación por ayuda de una tercera persona sería una cuestión de interés para el estudio doctrinal[296], pues con la posterior aprobación de la Ley de dependencia (sin ánimos de adelantarnos a su análisis), se estableció en nuestro sistema de protección social una contraprestación económica, que se viene manteniendo, para sufragar el coste de los cuidados prestados por otras personas (las cuidadoras) en el momento en que surge una dependencia, lo que crea una relación ineludible entre el Sistema de la Seguridad Social y el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) instituido por la Ley de dependencia, con la complejidad que conlleva compatibilizar tales prestaciones. También nos invita a reflexionar de forma preliminar, y desde la perspectiva de las personas cuidadoras, sobre la escasa remuneración que se percibe por el ejercicio de las tareas de cuidados y su infravaloración social. Así pues, actualmente, en nuestro modelo de protección social, incluyendo las prestaciones de la Ley de dependencia, se establece una relación de "concurrencia protectora" entre tres prestaciones análogas[297]; dos de ellas están incluidas en el Sistema de Seguridad Social, aunque diferenciando, por un lado, el nivel contributivo, donde se ubica el complemento por *gran invalidez* previsto en el art. 196.4 LGSS, "*destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda*"[298], y, por otro, el nivel asistencial, donde las necesidades de cuidados de las personas con discapacidad fueron sufragadas en un primer momento por el subsidio de ayuda a tercera persona del art. 12.1.c) de la LISMI, que posteriormente quedaría integrada entre las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social, reguladas actualmente en el art. 364.6 LGSS. A estas dos prestaciones habría que añadir un tercer grupo de prestaciones externas al Sistema de la Seguridad Social, de carácter complementario, que corren en paralelo al Sistema de Seguridad Social cubriendo sus flaquezas, constituido por las prestaciones económicas de la Ley de dependencia, que tienen similares fines protectores, y que son, en concreto: las prestaciones económicas vinculadas al servicio (art.17 de la Ley de dependencia), para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (art.18 de la Ley de dependencia), y la

Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (BOE-A-2015-11724), actual Ley General de Seguridad Social que regula las pensiones no contributivas (Cap. II y III, arts. 363-373).

[296] Molina Navarrete, C.: "Las relaciones entre el "SAAD" y el Sistema de Seguridad Social: entre concurrencia y complementariedad", *Documentación Administrativa*, núm. 276-277, 2007, pp. 372-397. Varios estudios ponen de manifiesto que se establece en el Sistema de protección pública relaciones de "concurrencia protectora" entre prestaciones análogas para el cuidado de personas dependientes aunque con disfunción entre estos instrumentos de protección y el fin de la protección; véase como ejemplos los estudios de Maldonado Molina, J.A.: *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Tirant lo blanch, Valencia, 2003, pp. 23 y ss.; Rodríguez Cabrero, G.: "El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España", *Gestión Y Análisis De Políticas Públicas*. *Nueva época*, núm. 2, 2009, p 50. https://doi.org/10.24965/gapp.v0i2.420; Quintero Lima, M.G., y Barcelón Cobedo S.: "Las situaciones de dependencia personal como nueva contingencia protegida por el Sistema de Protección Social", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales*, núm. 60, Madrid, 2006, pp. 13-33. http://sid.usal.es/idocs/F8/ART9546/Est01.pdf; Rodríguez Iniesta, G.: "La valoración y determinación de la situación de dependencia. Un proceso administrativo con más sombras que luces," *Revista Derecho Social y Empresa*, núm. 10, 2019, p. 28

[297] Molina Navarrete, C.: "Las relaciones entre el "SAAD" y el Sistema de Seguridad Social: entre concurrencia y complementariedad", ob. cit., p. 372-373.

[298] Conviene advertir que, hasta el año 2007, este complemento podía ser sustituido, a petición de la persona interesada o a través de sus representantes legales, por el ingreso en un centro residencial. Sin embargo, el art. 2.3 de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, sobre medidas en materia de Seguridad Social (BOE-A-2007-20910), modificó el art. 139.4 de la entonces vigente LGSS/1994, (BOE-A-1994-14960), suprimiendo la posibilidad de que la persona beneficiaria de este complemento de ayuda por tercera persona pudiera ser sustituido por el ingreso en una residencia.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

prestación económica de asistencia personal (art.19 de la Ley de dependencia). El propio art. 31 de la Ley de dependencia se encarga de significar una cierta aproximación entre las prestaciones de Seguridad Social y la protección ofrecida por el SAAD, en la medida en que reconoce a tales prestaciones una "análoga naturaleza y finalidad"[299]. Este precepto ofrece además una solución a la "concurrencia protectora" de la que hablábamos, en referencia a la cuantía de las prestaciones a percibir por las personas cuidadoras, preocupándose nuevamente por aliviar la carga económica del sistema público de protección social en vez de contemplar la necesidad de establecer una remuneración en condiciones de igualdad para las personas cuidadoras, más ajustada a la complejidad que conllevan las tareas de cuidados. Así, el art. 31 de la Ley de dependencia se limitará a indicar que la "*percepción de una de las prestaciones económicas previstas en esta Ley deducirá de su cuantía cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social. En particular, se deducirán el complemento de gran invalidez regulado en el artículo 139.4 de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, el complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)*".

Por otro lado, la doctrina ha indicado asimismo que "se ha venido entendiendo que existe una importante disfunción entre estos instrumentos de protección y el fin de la protección, al menos eficaz y coherente, frente a situaciones de dependencia por su marcado efecto excluyente" o al menos desigual[300]. Eso ocurre, en primer lugar, con el complemento de gran invalidez del art. 196.4 LGSS, donde, como situación protegida, lo que se valora es la pérdida de la capacidad profesional o laboral del futuro pensionista. Así, dado que el importe de la prestación dependerá de las bases de cotización de cada pensionista y de la contingencia, común o profesional, de la que derive su situación de gran invalidez, la cuantía del complemento para remunerar a la

[299] La Disposición Adicional novena de la Ley de dependencia equipara además el reconocimiento de las situaciones vigentes de Gran Invalidez y la necesidad de ayuda de tercera persona, con el reconocido requisito de encontrarse en situación de dependencia en el grado que le pueda corresponder en la misma Ley.

[300] Molina Navarrete, C., "Las relaciones entre el "SAAD" y el Sistema de Seguridad Social: entre concurrencia y complementariedad", ob. cit., pp. 379-380, "(...) quedan fuera colectivos que, a la luz de la realidad estadística y social, más precisan esta protección, los mayores de 65 años. Una técnica claramente expulsiva y excluyente que pese a tener el aval del TCO (SS197/2003 y 149/2004, entre otras), y pese a haber experimentado reformas de signo restrictivo —Ley 35/2002— sigue siendo muy discutible desde el imperativo de igualdad, y mucho más de la congruencia protectora del propio Sistema". Cuestión que finalmente se ha podido subsanar, primero, con la reforma de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre de medidas en materia de Seguridad Social, en su art. 2.3, que modifica el apartado 5 del art. 139, del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, permitiendo al trabajador, con sesenta y cinco o más años, acceder a la pensión de incapacidad permanente, derivada de contingencias comunes, por no reunir los requisitos para el reconocimiento del derecho a pensión de jubilación. Y de forma posterior, ya contemplada en la Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que amplía la edad de la persona trabajadora a sesenta y siete o más años para acceder a la pensión de incapacidad permanente derivada de contingencias comunes, en caso de no cumplir con los requisitos de la jubilación (art. 196.5 LGSS).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

persona que le atienda también será variable[301]. Por tanto, la cuantía del complemento será mayor si el origen de la incapacidad es profesional y para quienes tengan unas bases de cotización más elevadas, lo que implica una protección desigual de la persona dependiente que repercutirá directamente en la persona cuidadora que haya de afrontar los cuidados, cuando el estado de necesidad "protegido" (en este caso, la necesidad de ayuda de una tercera persona para atender a las necesidades de la vida cotidiana del pensionista), es realmente el mismo para cualquier persona que tenga reconocida una gran invalidez. Es por ello que la finalidad de este complemento debería ser, a nuestro juicio, meramente retributiva, consistiendo en una cuantía fija que uniformice la retribución de la persona cuidadora, equiparando de este modo las compensaciones por cuidados en las tres esferas que la dispensan (contributiva, asistencial y externa al sistema de la seguridad social), dado que tal cantidad ha de ir destinada exclusivamente a la remuneración de otra persona que ayude a la persona dependiente en la realización de sus AVD. Desvirtuar estas retribuciones en función del ámbito de protección (contributivo o asistencial y externo al Sistema de Seguridad Social), induce a generar desigualdades entre el colectivo cuidador sobre las condiciones retributivas derivadas de la prestación, afectando asimismo, en función a las cantidades percibidas, a la calidad de los cuidados. Así, en este caso, la prestación económica para las personas cuidadoras debería ser la misma, con independencia del importe de la pensión contributiva que cada persona trabajadora haya podido alcanzar a lo largo de su carrera de cotización.

En el nivel asistencial, lo que se contempla, en virtud de lo dispuesto en el art. 364.6 de la LGSS es un "*complemento equivalente al 50 por ciento del importe de la pensión*" de invalidez no contributiva para las personas que "*estén afectadas por una discapacidad o enfermedad crónica en un grado igual o superior al 75 por ciento y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos*". Pero, a diferencia del nivel contributivo, donde la situación de necesidad no es requisito exigible para obtener la pensión, sino que esta es un derecho adquirido por la persona pensionista, en el nivel asistencial de la Seguridad Social el acceso al complemento de ayuda para la persona cuidadora queda supeditado de forma inexorable, a los requisitos de carencia de rentas o ingresos suficientes de la persona calificado como incapacitada, o en su caso, de la unidad económica de convivencia, establecidos en el art. 363.1 de la LGSS, lo que también excluye y deja sin protección a un determinado número de sujetos potencialmente beneficiarios. Por otro lado, la cuantía del complemento de la prestación no contributiva de invalidez es tan limitada que difícilmente puede servir como contraprestación económica para sufragar el coste de las tareas de cuidados de una

[301] Conviene recordar que la regulación de este complemento de pensión experimentó una significativa modificación a través de la referida Ley 40/2007 de 4 de diciembre sobre medidas en materia de Seguridad Social. Antes de la reforma, en el art.145.6 LGSS/1994 se establecía un complemento equivalente al 50% de la pensión de gran invalidez. A partir de la reforma del año 2007 la cuantía de dicho complemento pasó a ser variable, siendo el equivalente al resultado de sumar el 45% de la base mínima de cotización vigente (para mayores de 18 años) en el momento del hecho causante, y el 30% de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia (sea común o profesional) de la que derive la situación de incapacidad permanente. En ningún caso el complemento señalado podrá tener un importe inferior al 45% de la pensión percibida, sin el complemento, por la persona beneficiaria. Es decir, que incluso se podría reducir en un 5% en comparación con la regulación anterior, perjudicando a la remuneración de la persona que cuida.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tercera persona, por lo que, con alta probabilidad, únicamente podrá compensar en alguna medida la atención (in)satisfecha prestada por algún familiar o familiares en calidad de cuidadores informales o destinado a la atención del hogar familiar. En definitiva, la mayoría de los estudios doctrinales concluían, en ese momento, que se requeriría un estudio del sistema público de protección social que, entre otras cuestiones, analizara la eficacia de las prestaciones económicas por cuidados de una tercera persona, los costes, la extensión de la compatibilidad entre prestaciones en los diferentes ámbitos de protección, el modo eficaz y uniforme de acceso a las mismas, la coordinación entre las diversas administraciones implicadas y, en general, las limitaciones prestacionales existentes en el desarrollo de la atención sociosanitaria.

Cuatro años después de la entrada en vigor de la LISMI, sería aprobada la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad[302] (LS), norma aún vigente que también tendría una importante repercusión sobre las necesidades de cuidado de las personas discapacitadas y mayores, dado que su objetivo básico era la regulación de todas las acciones que permitieran hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en los arts. 43, 49 y 50 de nuestra CE (arts. 6 y 18 de la LS). Por primera vez se reconocía el "*derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria*" de "*todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional*" (art. 1.2 de la LS), lo que incluía la "*asistencia sanitaria especializada*", integrada por "*la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación*" (art. 18.3 de la LS). Este último precepto de la LS tenía además un gran relevancia a efectos organizativos, puesto que, por primera vez, se diferenciaban las actuaciones sanitarias en dos modalidades o "*Áreas de Salud"*, como la Ley las denomina, distinguiendo así, por un lado, las actividades de atención primaria integral de la salud, organizadas por zonas básicas de salud [art. 18.2, art. 56.2 letra a) de la LS, y art. 62], que incluyen la prevención, la promoción de la salud y las acciones curativas y rehabilitadoras, no solo del individuo sino también de la comunidad; y, por otro lado, las actividades de la asistencia sanitaria especializada, de mayor complejidad, desarrollando las funciones propias de los hospitales [del art. 18.3., art. 56.2 letra b) y arts. 65 y 68 de la LS].

Por tanto, la LS establecería tres elementos claves entre sus principios generales: a) la extensión universal de la asistencia pública sanitaria a toda la población española; b) la mejora de las condiciones de igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria; y c) el establecimiento de un nuevo modelo organizativo más próximo al ciudadano, descentralizado al igual que participativo. Este nuevo Sistema Nacional de Salud quedaba regulado en los arts. 44 a 46 de la LS, donde se articulaba un conjunto de servicios de salud cuya responsabilidad ejecutiva sería transferida a las Comunidades Autónomas en virtud de lo dispuesto en el art. 148.21 de la CE, que habilitaba a las Comunidades Autónomas para asumir competencias en materia de "*Sanidad e higiene*", al tiempo que correspondía al Estado la dirección y coordinación del sistema, puesto que el art. 149.1, 16 de la CE le otorga competencia exclusiva en relación con la sanidad exterior, las "*bases y coordinación general de la sanidad*" y legislación sobre productos farmacéuticos. En esa misma línea, el Título II de la LS venía a desarrollar las competencias de las Administraciones Públicas, dividiéndola por niveles: el primero de ámbito estatal (arts. 38 a 40 de la LS); un segundo nivel que

[302] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1986-10499.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

determina las competencias administrativas en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas (art. 41 de la LS); y un tercer nivel que asigna responsabilidades mínimas en materia sanitaria a las Corporaciones Locales, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía (art. 42 LS). La norma también contemplaba los aspectos de la coordinación general sanitaria (Capítulo IV, arts. 70 a 77 de la LS), por lo que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud asumiría un papel protagonista como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado con miras a establecer planes conjuntos de Salud (art. 71 LS). En todo caso, los centros sanitarios de la Seguridad Social se fueron integrando en el Servicio Nacional de Salud a medida que las Comunidades Autónomas iban asumiendo competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo dispuesto en sus respectivos Estatutos (Disposición adicional sexta de la LS).

Como hemos comentado, otra de las connotaciones más significativas de la LS venía referida a las condiciones de igualdad de las que se hacía eco, que no solo tenían un marcado carácter universalista al hacer referencia a "*toda la población*" (art. 3.2), sino que estaba orientada también a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales que pudieran producir discriminaciones (art. 3.3), evitando las diferencias físicas o los estereotipos sociales asociados que bien podían afectar tanto a las personas con discapacidad como a las personas mayores, así como a la desigualdad entre mujeres y hombres (art. 3.4). Pero además, entre todos aquellos aspectos novedosos que esta norma vendría a reconocer, nos topamos con la reconocida necesidad administrativa de unir a dos áreas de trabajo, la sanitaria y la social, no pudiendo en ningún caso desvincularse una de otra, puesto que la mayoría de las enfermedades tienen un origen social, y la recuperación de las personas necesitadas de cuidados sanitarios, de nuevo supone un traslado de forma irremediable al ámbito social. Este determinante propósito sería el sostén de toda atención sociosanitaria futura. Sirva a modo de ejemplo el hecho de que, por primera vez y de forma explícita, la LS dedica un espacio propio, el Cap. III, a la salud mental, indicándose al respecto que sus intervenciones versan, tal y como se mantienen hoy en día *"sobre la base de la plena integración (...) y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales: (...) 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario (...) 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social (...) buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. 4. (...) atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general*" (art. 20 LS).
Asimismo, el establecimiento de un nivel mínimo de protección sociosanitario en el ámbito de la dependencia no se limitaría sólo al área de la salud, sino que el legislador postconstitucional tuvo que dar un nuevo paso para completar el marco de protección del nivel asistencial mediante el establecimiento de otro tipo de prestaciones, en este caso económicas, a las de tipo asistencial contempladas en la LS. Es por ello que la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas (LPNC)[303], supuso un hito muy significativo en el proceso de universalización de la protección social como desarrollo del principio rector contenido en el art. 41 de nuestra Constitución por el que se encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de un "*régimen público de Seguridad Social para*

[303] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1990-30939. Regulada a nivel reglamentario por el todavía vigente Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, (BOE-A-1991-7270).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

todos los ciudadanos"[304]. La trascendencia de esta norma derivaba del hecho de expandir el derecho a pensión de jubilación e invalidez, y a prestaciones económicas por hijos a cargo del Sistema de la Seguridad Social[305], a todos los ciudadanos, incluso no habiendo cotizado nunca o no habiendo cotizado el tiempo suficiente para tener derecho a las prestaciones del nivel contributivo por la realización de determinadas actividades profesionales[306]. La LPNC representaba, por tanto, una aspiración social de solidaridad, de cubrir unas necesidades mínimas (no cubiertas de forma suficiente por los mecanismos de protección de la Seguridad social, si quiera por los asistenciales ya existentes), de quienes, por el hecho de no realizar una actividad laboral o profesional, no llegaban a alcanzar el amparo del nivel contributivo con un nivel superior de protección, como podían ser, precisamente, los colectivos más vulnerables de personas con discapacidad, mayores (en su mayoría mujeres) o familias, sobre todo aquellas con bajos ingresos económicos con menores o dependientes a cargo. A modo ilustrativo, vemos como en la exposición de motivos número IV de la LPNC, se aprecia preocupación, en un intento general de cubrir, en el ámbito familiar, las necesidades de cuidados de los hijos dependientes en cualquiera de sus grados de dependencia y a cualquier edad, siendo conscientes de que a mayor grado, la tendencia es una dependencia total de sus progenitores, lo que supone para la Ley un mayor importe en las prestaciones para la dedicación al cuidado, sin que se viera condicionado al nivel de ingresos de las familias beneficiarias; además de otros ejemplos como la extensión del derecho a estas prestaciones al Régimen Especial de Autónomos que, hasta ese momento no recibía prestaciones periódicas por hijo a cargo; incluso mejorando el nivel contributivo, equiparando el tiempo de excedencia con la reserva del puesto de trabajo por cuidado de hijo, a periodos de cotización efectiva a la Seguridad Social, de forma que las personas trabajadoras no se vieran perjudicadas en sus futuras protecciones sociales; o atendiendo a la corresponsabilidad familiar, ampliando el permiso de maternidad, estableciendo de ese modo, nuevas medidas que favorecieron la igualdad de trato entre hombres y mujeres en el trabajo. En todo caso, la LPNC hizo que estas prestaciones fuesen atribuidas de forma más segura jurídicamente, configurándose como derechos subjetivos en favor de las personas beneficiarias, quienes, consideradas ya como pensionistas de la Seguridad Social, reciben no solo una renta mínima de protección, sino también asistencia médico-farmacéutica, así como la prestación de servicios sociales, obteniendo a partir de la entrada en vigor de la Ley, una cobertura más completa ante su estado de necesidad[307].

Habría que añadir que la LPNC, en su Disposición final primera, autorizó al Gobierno para elaborar, en el plazo de dos años a partir de su entrada en vigor, un texto refundido en el que se integraran debidamente los textos legales específicos de Seguridad Social enumerados en su apartado primero, entre los que cabría citar la LGSS/1974, el Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo[308], la Ley 26/1985, de 31 de julio, de Medidas Urgentes

[304] Hay que tener en cuenta que la LPNC fue dictada al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.17.ª de la CE, donde se atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, delegando en las comunidades autónomas la ejecución de sus servicios.

[305] Regulada a nivel reglamentario por el Real Decreto 1335/2005, de 11 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones familiares de la Seguridad Social. BOE-A-2005-19151.

[306] Exposición de motivos número I, de la LPNC.

[307] Exposición de motivos número II, de la LPNC.

[308] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1978-28739.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

para la Racionalización de la Estructura y de la Acción Protectora de la Seguridad Social, dictada para afrontar los desequilibrios financieros del Sistema de Seguridad Social que podrían actuar negativamente sobre la economía y el empleo, así como poner en peligro el mantenimiento de las pensiones[309]; también se preveía la integración de las disposiciones en materia de Seguridad Social contenidas en normas con rango de Ley de otras ramas del ordenamiento jurídico, como la propia LISMI; la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local[310], dado que las entidades locales tenían competencias en materia de prestación de servicios sociales o en la promoción de la igualdad de oportunidades, tal como prevé su art. 27.3.c), en los términos establecidos en la legislación del Estado y de los estatutos de las Comunidades Autónomas, pudiendo promover actividades como el *servicio de ayuda a domicilio* para personas dependientes y la prestación de otros servicios públicos que contribuyesen a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad, como por ejemplo su participación en la evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o en riesgo de exclusión social [art. 25. 2. e)]; o la Ley 3/1989, de 3 de marzo, por la que se ampliaba a dieciséis semanas el permiso de maternidad y se establecían medidas para favorecer la igualdad de trato de la mujer en el trabajo[311], que contribuiría a mejorar otro tipo de cuidados a los hijos dentro del ámbito familiar. Por último, en la disposición final primera de la LPNC se hacía referencia también a las medidas con vigencia permanente contenidas en las Leyes anuales de Presupuestos Generales del Estado que afectaban a la revalorización general de las pensiones. Dichas previsiones fueron cumplidas por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS/94)[312], que llegaría a ser la tercera gran codificación de la legislación española de Seguridad Social, que entre sus líneas de actuación política (en lo que interesa a nuestra investigación) dejaría implementados los cimientos del nivel mínimo, asistencial y universalista de la Seguridad Social[313].

A pesar de este destacable desarrollo normativo, el Sistema de protección social aún seguía requiriendo de mejoras, por lo que en el año 2003 se aprobaron otras dos normas que impulsaron la atención y los cuidados sociosanitarios de la población necesitada que beneficiaría, cómo no, a las personas mayores y con discapacidad.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud[314] (LCCS), es una primera muestra de ello (además de ser una norma con peso para nuestras investigaciones), pues su objetivo principal, según su art. 1, era el de establecer un marco legal para coordinar las acciones de las Administraciones públicas sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, de modo que se garantizara la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, extendiendo estas cuestiones, como veremos, al ámbito social[315]. Así, entre los

[309] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1985-16119. Preámbulo de la Ley.

[310] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1985-5392.

[311] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1989-5272.

[312] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1994-14960.

[313] Lozano Lares, F.: "Manual de Seguridad Social", ob. cit., pp. 50 y 51.

[314] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2003-10715.

[315] El art. 5 de la LCCS, concretaba las acciones a las que se refiere el art. 1 de la misma Ley comprendiendo: las prestaciones sanitarias y farmacéuticas; los profesionales; la investigación; los sistemas de información; la calidad del sistema sanitario; los planes integrales; la salud pública; y la

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

principios generales del art. 2 de la LCCS estarían presentes, desde el primer momento, la necesaria cooperación interadministrativa (letra c), y la prestación de una atención integral de salud a todas las personas (letra d). Y es que, una vez transcurridos 17 años desde la entrada en vigor de la LS, a medida que todas las Comunidades Autónomas iban asumiendo de forma paulatina competencias en materia de sanidad al amparo de la CE y de sus respectivos Estatutos, también se fueron produciendo cambios sociales, culturales y tecnológicos incluso en la *manera de vivir y de enfermar*. Es por ello que, por primera vez, se plantean nuevos retos y mecanismos en la organización del Sistema Nacional de Salud que afectaban a las tareas de cuidado, puesto que dicho sistema quedaría integrada tanto por la atención sanitaria como por la sociosanitaria, adaptándose a la modernización que el entorno exigía en aquel momento[316]. Concretamente, el art. 14.1 de la LCCS, relativo a la prestación de atención sociosanitaria, hacía referencia expresa al "*conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*". En los apartados 2 y 3 de dicho artículo se concretaba la forma de llevar a cabo la atención sociosanitaria en el ámbito sanitario, haciendo mención al modo en que la Administración pública de las Comunidades Autónomas tendrían que determinar de forma coordinada el nivel de atención que consideraran más conveniente. Las intervenciones debían ser las de cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Por tanto, en base al art. 7 de la LCCS, la prestación de la atención sociosanitaria quedaría comprendida dentro del Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud[317], al igual que el resto de las prestaciones correspondientes a la salud pública, como la atención primaria (art. 12), la especializada (art. 13), la de urgencias (art. 15), las prestaciones farmacéuticas[318] y las ortoprotésicas[319] (arts. 16 y 17); y creciendo el Catálogo sanitario con las prestaciones de productos dietéticos[320] (art. 18) y de transporte sanitario[321] (art. 19). La atención primaria prevista en el art. 12 de la Ley,

participación social tanto de ciudadanos como de profesionales. Sería el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la Alta Inspección a quienes se les encargaría el seguimiento de estas acciones.

316 Exposición de motivos núm. I de la LCCS.

317 El art. 7.1 de la LCCS, concreta el objeto del Catálogo, al garantizar las condiciones básicas y comunes, para una atención a la persona integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.

318 Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1990-30938. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Disposición derogada.

319 Comprende los productos sanitarios (implantables o no) precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía funcional del paciente. Prestación facilitada por los servicios de salud en especie o mediante ayudas económicas, conforme a normas reglamentadas por parte de las Administraciones sanitarias competentes.

320 Consistente en la prescripción médica de tratamientos dietoterápicos a personas que padecen trastornos metabólicos congénitos; o la necesidad de nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no les es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con los alimentos de uso ordinario, como puede suele ser habitual en la atención a enfermos terminales o en fase avanzada de Alzheimer. Al igual que las prótesis, son facilitados por los servicios de salud, en especie o mediante ayudas económicas, conforme a normas reglamentadas.

321 Necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, siendo un recurso sociosanitario que colabora con el desplazamiento de enfermos, que por causas exclusivamente clínicas,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

considerada como el nivel inicial de atención a la salud, era la vía de acceso hacia las prestaciones sociosanitarias. Este primer nivel garantizaba a las personas usuarias una atención global y continúa a lo largo de toda su vida, al tiempo que actuaba como gestor y coordinador de casos con otros organismos, incluyendo por primera vez entre sus actividades de promoción la disciplina del Trabajo Social, que de forma coordinada alcanzaría la misma categoría de atención que la Salud[322]. Las intervenciones sociales de la atención primaria abarcaría todo tipo de colectivos sociales, destacando, de forma específica, las mujeres víctimas de violencia de género, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos, intentando mantener, en la medida de sus posibilidades, a la persona usuaria en su entorno, dispensando las prestaciones a través de consultas externas y hospitales de día[323]. La atención sociosanitaria también se contemplaba en un segundo nivel, en coordinación con los servicios de atención especializada (art. 13), como en el caso de los cuidados paliativos a las personas enfermas terminales, la atención a la salud mental y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.

En definitiva, esta norma aportó calidad al Sistema Nacional de Salud, sobre todo por acoger con grandes expectativas las atenciones sociales compartidas, sin prescindir de nuevas actuaciones significativas con las que se pretendía consolidar el sistema sanitario, como la creación de planes integrales nacionales de atención, el fomento de la participación social, la necesidad de mejorar la formación y el desarrollo de las competencias técnicas de los profesionales, incluida la investigación (art. 34), o los novedosos elementos incorporados a las infraestructuras sanitarias (art. 59.2) entre los que cabe citar las normas de calidad y seguridad, los registros (profesionales, estadísticos, de buenas prácticas, guías de práctica asistencial, mala praxis) o la incorporación de la tarjeta sanitaria individual que atendería a los criterios establecidos con carácter general por la Unión Europea (art. 57). En cualquier caso, en varios estudios y análisis de políticas públicas, como el de Rodríguez Cabrero, se llegó a concluir que el hecho de que el sistema sanitario fuese ya en esos momentos un sistema consolidado y los servicios sociales una rama aún en construcción, con culturas profesionales y organizaciones diferentes, creaba desventajas entre una disciplina y otra, lo que conllevaba todo un reto para crear los mecanismos de cooperación en la asistencia y atención a las personas en situación de dependencia[324].

Antes de que acabara el año 2003, el legislador adoptaría la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LAUPD)[325], la cual supuso un renovado impulso para las políticas de equiparación en las personas con discapacidad. Al igual que la

no pueden desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Prestación facilitada de acuerdo a normas sanitarias reglamentarias.

[322] Integrándose, según el art. 12.1 de la LCCS, entre otras actividades tales como la educación sanitaria, la prevención de enfermedades, la asistencia sanitaria, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física.

[323] Art. 12.2, letras c), f), g) y h) de la LCCS.

[324] Rodríguez Cabrero, G.: "El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España", ob. cit., p 50. https://doi.org/10.24965/gapp.v0i2.420

[325] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2003-22066. Esta ley tenía por objeto establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la CE. Actualmente, disposición derogada. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

LCCS hizo en materia sanitaria, esta norma aportaría calidad pero en el ámbito de la atención social de las personas discapacitadas, centrándose especialmente en dos estrategias de intervención, ya contempladas en su momento en la LISMI pero no desarrolladas por la misma, como eran la lucha contra la discriminación y la consecucion de la accesibilidad universal. El origen del término *accesibilidad* está muy ligado al movimiento promovido por algunas organizaciones de personas con discapacidad, organismos internacionales y expertos en favor de un modelo de "vida independiente"[326], el cual defiende una participación social más activa de este colectivo, sustentada sobre nuevas bases, puesto que se defiende que las personas con discapacidad debían ser consideradas como ciudadanos titulares de derechos, como sujetos activos con autodeterminación capaces de tomar sus propias decisiones, como "personas normales" que tienen dificultades concretas para satisfacer unas necesidades y no tanto como "personas especiales" con necesidades sociales diferentes; en definitiva, como ciudadanos que demandan apoyos personales y precisan la supresión de los obstáculos sociales que les impiden alcanzar una plena integración. La falta de accesibilidad a los entornos, productos o servicios constituye, en realidad, una forma sutil, pero muy efectiva, de discriminación, pudiendo ser considerada como una forma de *discriminación indirecta*, pues genera desventajas a las personas con discapacidad en relación al resto de ciudadanos, al igual que sucede cuando el trato menos favorable para estas personas deriva de una norma, criterio o práctica social.

Confluirían de este modo las dos nuevas corrientes contempladas en los arts. 8 y 9 de la LAUPD, relativas a la accesibilidad y la no discriminación, con las medidas de acción positiva ya promovidas por la LISMI (aún vigente en el año 2003), para garantizar el aún no efectivo derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de trato y oportunidades[327], en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social[328]. Concretamente, el art. 10.c) de la LAUPD, sobre condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación, hacía referencia a los *apoyos complementarios* que, al igual que en la LISMI, eran considerados como medidas de acción positiva para contrarrestar la exclusión social. Dichos apoyos no venían únicamente vinculados a las ayudas económicas o los servicios o tratamientos especializados de las personas con discapacidad, sino que enfatizaba nuevos aspectos como los tecnológicos y otras formas de asistencia humana o animal, como la figura del *asistente personal* (posteriormente contemplada en la Ley de dependencia y sobra la que más adelante trataremos en profundidad)[329], o los perros guías para personas ciegas que aportan autosuficiencia a las personas con discapacidad visual. Igualmente destacables eran las ayudas y servicios auxiliares para la comunicación, como los sistemas aumentativos y alternativos (SAAC), los sistemas de apoyos a la

[326] García Alonso, J.V. (Coord): *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales*, Fundación Luis Vives, Madrid, 2003, pp. 19-336.

[327] El art.8 de la LAUPD hacía una mención especial a los colectivos que, objetivamente, sufren un mayor grado de discriminación, atendiendo al factor de exclusión social: las mujeres con discapacidad, infancia con discapacidad, personas discapacitadas con grandes dependencias, o aquellas que viven en zonas rurales, sin dejar de lado a las familias cuando algunos de sus miembros se vean afectados por alguna discapacidad.

[328] Exposición de motivos núm. I de la LAUPD. La Ley se aplicaría en los siguientes ámbitos (art. 3): sociedad de la información; espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación; transportes; bienes y servicios a disposición del público; relaciones con las Administraciones públicas (con mención especial a la Administración de justicia); patrimonio cultural; el ámbito del empleo y la ocupación.

[329] Capítulo IV. Tipología de profesionales de la atención sociosanitaria a las personas dependientes.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

comunicación oral y el lenguaje de signos, los sistemas de comunicación táctil o cualquier otro dispositivo tecnológico que permitiera mejorar la comunicación.

La LAUPD también se ocupó de instaurar otra serie de medidas para llevar a cabo la política de equiparación para las personas con discapacidad que eran básicamente de dos tipos: de fomento y de defensa. Las actividades de fomento promovidas por las Administraciones públicas (arts. 12 a 16), contemplaba, entre otras medidas, la sensibilización, la formación y la información, además de la promoción en el desarrollo tecnológico, así como la aportación de fondos para el desarrollo, en coordinación con otras Administraciones de proyectos innovadores, que se articularían posteriormente mediante planes estatales de accesibilidad y de no discriminación, con normas uniformes mínimas, indicadores de calidad y guías de buenas prácticas en materia de discapacidad. Con el apoyo de las Administraciones públicas, la participación social en la toma de decisiones, a través de las organizaciones representativas de las personas con discapacidad y sus familias, sería otro punto importante de las medidas fomento, siendo el Consejo Nacional de la Discapacidad el órgano colegiado interministerial de carácter consultivo (adscrito al entonces Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), en el que se institucionaliza la colaboración entre las organizaciones representativas del colectivo y la Administración General del Estado, con el objeto tanto de coordinar como de definir una política de atención integral e integrada. En cuanto a las medidas de defensa, contempladas en los arts. 17 a 21, se potenció el recurso al arbitraje para dirimir la resolución de conflictos que pudieran surgir por su sencillez, rapidez y comodidad para las partes. El fin era prevenir, y en tal caso, poner fin a la violación de sus derechos, además de restablecer a la persona perjudicada el ejercicio pleno de su derecho.

Las modificaciones normativas, contempladas en las disposiciones adicionales de la LAUPD, fueron otras medidas de defensa jurídica que formaron parte de las políticas de equiparación para las personas con discapacidad, ayudando a paliar la lucha contra la discriminación y la falta de accesibilidad universal. Cabe destacar entre ellas la que, mediante una modificación del Estatuto de los Trabajadores, afectaba a aquellas personas trabajadoras con necesidades de atender al cuidado de un familiar que, sin desempeñar actividad retribuida, no pudiera valerse por sí misma por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad, otorgándoles el derecho a un período de excedencia no superior al año[330]; o la que estableció el grado mínimo de discapacidad necesario (que debía ser igual o superior al 33%) para que las personas con discapacidad pudieran causar el derecho a los beneficios establecidos como medidas de fomento del empleo para el mercado ordinario, para ser contratadas en prácticas o para el acceso a la formación en el ámbito laboral[331]. Para concluir, la Disposición final undécima de la LAUPD preveía el establecimiento de un régimen de infracciones y sanciones que se hizo realidad con la aprobación de la Ley 49/2007, de 26 de

[330] Disposición adicional primera de la LAUPD. Modificación del Estatuto de los Trabajadores, párrafo segundo del art. 46.3 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo. BOE-A-1995-7730 (Disposición derogada en la actualidad), en la redacción dada por la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE-A-1999-21568. En la misma línea también quedaría modificado el art. 29.4 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública. BOE-A-1984-17387.

[331] Disposición adicional cuarta de la LAUPA. Modificación de la DA 6ª de la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. BOE-A-2001-24965.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad[332].

Aun así, el acontecimiento trascendental que sirvió para trazar, de forma unificada, la dirección a seguir en materia de Derechos de las Personas con Discapacidad llegaría con la adopción en Nueva York, en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006 (CIDPD, en adelante) y su Protocolo Facultativo[333]. Sería el último gran paso a nivel internacional en el tratamiento de la discapacidad. Este instrumento es considerado como un hito que consagra jurídicamente la superación de la discapacidad desde una perspectiva socio asistencial, reconociendo los derechos de las personas con discapacidad y estableciendo las obligaciones de los Estados Partes para asegurar tales derechos. De entrada, la CIDPD reconoce la importancia que revisten los principios y las directrices de las Normas Uniformes[334], así como las Políticas que se dirigen a poner en práctica Programas de Acción Mundial sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, los cuales aportarán una mayor y mejor igualdad de oportunidades para este colectivo vulnerable, mejorando así sus condiciones de vida en todos los países[335].

Con el propósito establecido en su art. 1 de "*promover, proteger y asegurar el goce pleno, y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, así como apoyar el respeto de su dignidad inherente*"[336], la Convención insta a los Estados a recopilar la información pertinente, incluidos los datos estadísticos y de investigación (en consonancia con lo dispuesto en el art. 31 de la CIDPD), que les permitan poner en práctica todas esas políticas, en todos los países y en sus diferentes niveles (nacional, regional e internacional), a fin de dar efecto a lo previsto en la Convención. La base del reconocimiento de la dignidad y de los derechos inalienables de todos los seres humanos ha quedado plasmada solemnemente en principios como la libertad, la justicia y la paz en el mundo[337], pues así ha sido reconocido, como ya hemos visto en nuestro estudio, por las Naciones Unidas en su Declaración Universal de Derechos

[332]Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2007-22293. Disposición derogada.

[333] https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf En nuestro país, curiosamente, dos días después de esa fecha se publicaría en BOE la Ley de dependencia, con fecha de 15 de diciembre de 2006.

[334] Los principios generales de CIDPD, contemplados en el art. 3 del Convenio son ocho, que de forma sucinta se reducen a los siguientes: a) Respeto a la dignidad, la autonomía individual, y la independencia de los discapacitados; b) No discriminación hacia el colectivo; c) Su participación e inclusión, plena y efectiva en la sociedad; d) El reconocimiento de la diversidad de las personas con discapacidad; e) La igualdad de oportunidades; f) Accesibilidad integral; g) Igualdad entre mujeres y hombres; h) además del respeto hacia los niños y las niñas con discapacidad.

[335] CIDPD, Preámbulo, letra f).

[336] CIDPD, art. 1. Propósito. Párrafo primero. En virtud de la definición aportada por el art. 1 de la CIDPD en el segundo párrafo, se define a la persona con discapacidad (sin grado de dependencia alguno) como: *"aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".*

[337] Art. 5. Igualdad y no discriminación; art. 10. Derecho a la vida; art. 14. Libertad y seguridad de la persona; art. 15. Protección contra tratos inhumanos o degradantes; art. 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso; art. 17. Protección de la integridad personal; art. 21. Libertad de expresión y de opinión; art. 22. Respeto de la privacidad; Art. 23. Respeto del hogar y de la familia.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, por lo que toda persona, independiente de su condición, tiene los derechos y las libertades enunciadas en estos instrumentos, sin distinción alguna, reafirmándose de ese modo la necesidad universal de garantizar que las personas con discapacidad deben ejercerlos plenamente y sin ningún tipo de discriminación. Aun así, se sigue observando con preocupación que, a pesar del paso del tiempo y pese a la aplicación de estos instrumentos, continúan las situaciones de vulneración de sus derechos en todas las partes del mundo, y que las personas con discapacidad siguen encontrando barreras a la hora de participar en la sociedad, en condiciones de igualdad[338].

Es de reconocer que por su condición de vulnerabilidad, las personas con discapacidad son víctimas de múltiples formas de discriminación[339]: por motivos de raza, sexo, edad, religión, opinión política, patrimonio, o de cualquier otra índole como su origen nacional, étnico, indígena o social asociado a la pobreza. No hay que olvidar que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a mayores riesgos, dentro o fuera del hogar, pues lamentablemente son más propensas a recibir violencia, abusos, abandonos, malos tratos o explotación, por lo que de forma transversal se subraya la necesidad de incorporar la perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad[340]. Conviene indicar que uno de los propósitos de nuestra investigación es, precisamente, el de poner de manifiesto la necesidad de fortalecer el papel fundamental que desempeñan las familias (haciendo mención especial a las mujeres) en las tareas de cuidados, entendiendo por familia el concepto empleado por la CIDPD, que la define como "*la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad que tiene el derecho a recibir protección de ésta además de la del Estado, y de las cuales, las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente, y en condiciones de igualdad"*[341]. La toma de conciencia es sin duda fundamental, por lo que se hace imprescindible establecer herramientas para sensibilizar a la sociedad respecto de las personas con discapacidad, sobre todo a nivel familiar, fomentando el respeto a sus derechos y a la dignidad de este colectivo; además de luchar en todos los ámbitos de la vida contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas, incluidos los que se basan en el género o la edad (sin olvidar al colectivo de personas mayores con discapacidad o dependencias)[342]. Pero lo que a nuestro juicio también resulta trascendental, y se echa en falta en la Convención, es el establecimiento de herramientas y de mecanismos de

[338] CIDPD, Preámbulo, letra k).

[339] CIDPD, art. 2. Definiciones. En párrafos 3 contempla que por "discriminación por motivos de discapacidad" se entiende cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables. Y en párrafo 4, que por "ajustes razonables" son aquellas modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

[340] CIDPD, Preámbulo, letras p), q) y s), además del art. 6 sobre mujeres con discapacidad.

[341] CIDPD, Preámbulo, letra x).

[342] CIDPD, art. 8. Toma de conciencia. Punto 1, a) y b).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

protección social de las personas cuidadoras, sean profesionales, familiares o no, para que dispongan de los recursos necesarios en el ejercicio de la asistencia a las personas con discapacidad, pues solo de ese modo, ambas partes (personas cuidadoras y cuidadas), podrán gozar plenamente de sus derechos. No olvidemos que unos cuidados sin calidad difícilmente pueden ser catalogados como cuidados. Tampoco podemos desviarnos demasiado de la idea de que las personas con discapacidad deben tener el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, como refiere el art. 19. b) de la Convención, si no cuidamos previamente a los profesionales que colaboran día a día en esas tareas de integración; como en el caso de quienes ofrecen sus servicios de asistencia domiciliaria o residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal necesaria para facilitar la existencia y la inclusión en la comunidad, así como para evitar la soledad o el aislamiento de las personas dependientes.

Es de todo punto necesario a tal fin, por tanto, como exige el art. 4 de la CIDPD, que los Estados Partes se comprometan, entre otras, con la obligación general de promover la formación de los profesionales y del personal que trabaje con personas con discapacidad, con el objeto de mejorar las prestaciones asistenciales y los servicios que ofrecen. La protección social del colectivo y sus afines es otra de las cuestiones que trata la CIDPD puesto que en su art. 28 insta a los Estados Partes a reconocer el derecho de las personas con discapacidad y de sus familias (las que ejercen tareas de cuidados) a un nivel de vida decente (evidentemente, superando en un primer término la pobreza), a la cobertura de necesidades básicas como la alimentación, vestido y vivienda, e incluso, más allá de un nivel protección mínima, a la mejora de sus condiciones de vida. Para ello, los Estados deben sufragar los gastos relacionados con la discapacidad, incluidos la capacitación, el asesoramiento, la asistencia financiera o unos servicios de cuidados temporales adecuados, además de asegurar el acceso en condiciones de igualdad a las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación, lo que a nuestro modo de ver se traduce, básicamente, en el hecho de que la protección económica durante todas las etapas de la vida de las personas con discapacidad tiene relación con los cuidados. Otros recursos sociosanitarios como la educación (art. 24), la salud (art. 25), la habilitación y la rehabilitación a través de los servicios sociales (art. 26), o el empleo (art. 27), serían otras medidas efectivas y pertinentes, según la CIDPD, que deben adoptar los Estados Partes para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, su capacidad física, mental, y social, así como alcanzar la inclusión y una participación plena en todos los aspectos de la vida.

Finalizando con el análisis de esta Convención, no podemos dejar de mencionar el reconocimiento que hace a la *diversidad* de las personas con Discapacidad[343], o a la importancia de incorporar a las cuestiones relativas a la discapacidad, las estrategias

[343] CIDPD, Preámbulo, letra i). En la doctrina, con un posicionamiento contrario a la utilización del término "discapacidad" al considerarlo estigmatizador, debido a su relación con la falta de "capacidad", y con la intención de eliminar cualquier carga negativa que pueda recaer en la identificación del colectivo, se contempla la intención de sustituirlo por el vocablo "diversidad funcional". Véase en este sentido, Palacios Rizzo, A. y Romañach Cabrero, J.: *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Ediciones Diversitas-AIES, Madrid, 2006, pp. 34 y ss.; vid. en Rueda Monroy J.A.: "La asistencia personal, ¿una relación laboral "típica"?", ob. cit., p. 206; Maraña, J.J, Llorens, I., y Villatoro, K.: *Precisiones sobre la asistencia personal bajo el modelo de vida independiente.* Foro de Vida Independiente y Divertad, Federación Vida Independiente, 2017.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pertinentes de *desarrollo sostenible*[344], terminología que ya en el año 2006 era de uso cotidiano, atendiendo a las normas mayoritariamente observadas, pues es de justicia reconocer, coincidiendo con la CIDPD, el valor de la contribución (apenas considerada) de las personas con discapacidad al bienestar general de las comunidades, donde su participación tiene como resultado un mayor sentido de pertenencia a la sociedad, un avance en el desarrollo económico, social, y humano, así como la erradicación de la pobreza[345]. La Convención también reconoce la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones (autodeterminación)[346], cuestiones trascendentales, a nuestro juicio, que se basan en el "necesario autocuidado" de este colectivo, complementario a las tareas de cuidados que realizan otras personas, de ahí que resulte necesario diferenciar entre "hacer con ellas" o "hacer por ellas", disminuyendo en todo caso la carga de trabajo.

España ratificó la Convención y su Protocolo Facultativo el 23 de noviembre de 2007, sin reservas ni declaración interpretativa alguna, entrando en vigor el 3 de mayo de 2008[347]. Esta importante herramienta internacional de derecho positivo se ve reforzada mediante la intervención que deriva del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que actúa como garante específico del cumplimiento de lo dispuesto en la CIDPD para los países firmantes del Protocolo Facultativo con el objeto de que las personas con discapacidad disfruten del derecho a vivir de forma independiente, lo que precisa en primer término del referido reconocimiento normativo[348].

Posteriormente se aprobaría la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[349], norma que encuentra su fundamento jurídico en el art. 4.1, letras a) y b) de la Convención, en virtud del cual los Estados Partes se comprometen a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para asegurar el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin ningún tipo de discriminación. Con la ratificación de la Convención y la subsiguiente aprobación de dicha Ley 26/2011, de 1 de agosto, nuestro ordenamiento superaba el modelo médico o rehabilitador de atención especializada, predominante en la fecha de adopción de la Constitución de 1978, donde se consideraba la discapacidad como un problema físico de la persona, derivado de la genética o de alguna enfermedad o accidente, lo que requería un tratamiento individualizado prestado por los profesionales de la salud, aspecto que ya fue modificado, como hemos visto, con la rearticulación del art. 49 de la CE. A esta evolución normativa hay que sumar otras perspectivas (basadas en los derechos, las capacidades y la integración) que dan a la discapacidad una configuración global, con muchas de sus condiciones originadas o agravadas por los

[344] CIDPD, Preámbulo, letra g).

[345] CIDPD, Preámbulo, letra m).

[346] CIDPD, Preámbulo, letra n).

[347] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2008-6996. Fue ratificada también por la UE el 26 de noviembre de 2009 con la Decisión del Consejo 2010/48/CE, DOUE de 27 de enero de 2010, Serie L 23/35. https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

[348] Rueda Monroy J.A.: "La asistencia personal, ¿una relación laboral "típica"?", ob. cit., p. 205 y 207.

[349] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2011-13241. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

aspectos sociales, por lo que una vez más podemos comprobar como los ámbitos social y sanitario resultan inseparables, no pudiendo ser contemplados de forma aislada.

Como corolario de este conjunto de disposiciones, la Disposición final segunda de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, fue modificada apenas un año después, por Ley 12/2012, de 26 de diciembre, de medidas urgentes de liberalización del comercio y de determinados servicios[350], para exigir al Gobierno la elaboración y aprobación de un Texto Refundido con el fin de armonizar las Leyes que afectaban a la discapacidad, entre las que se encontraban la propia LISMI, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, y la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. El resultado de tal refundición en materia de discapacidad fue el vigente Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Ley General de Discapacidad, en adelante)[351] , que derogaba las tres leyes anteriormente mencionadas.

Por otro lado, en paralelo a esta configuración normativa de ámbito estatal de la atención a las personas discapacitadas, las leyes autonómicas de servicios sociales, aprovechando las transferencias de parte de la red de servicios sociales y asistenciales de la Seguridad Social[352], fueron configurando entre 1985 y 1995, con el apoyo financiero del Estado, junto a diversos programas sociosanitarios y planes de atención a personas mayores, un mapa autonómico de servicios sociales cada vez más extenso. El resultado fue un sistema de servicios sociales cuyo significativo desarrollo en esos años se consagró manteniendo un carácter asistencial y una limitada cobertura y equidad interterritorial, puesto que, aunque algunas leyes autonómicas de servicios sociales "se proclamaban como universales, se trataba de un derecho puramente teórico, que no podía compararse de ninguna manera al derecho subjetivo que tienen los sistemas de protección ya consolidados"[353]. El sector público autonómico y local fue construyendo, pues, en cada territorio, un sistema de servicios sociales propio, sin que por encima de ellos el Estado estableciera una regulación y un sistema coherente que articulara los diversos modelos de servicios sociosanitarios de cuidados sometidos a las diferentes características de cada una de las Comunidades Autónomas.

Además de estas normas, la política de atención a las personas con discapacidad también quedó plasmada en diversos Planes Estatales, entre los que cabe citar el Plan

[350] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2012-15595.

[351] BOE-A-2013-12632. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632 Al cual se añade una última disposición adicional, la nº 13, por Ley 11/2023, de 8 de mayo (BOE-A-2023-11022), referida a la no discriminación de personas con discapacidad en espectáculos públicos y actividades recreativas.

[352] Se podrían recordar algunas normas como la originaria Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía (Arts. 6.3, 6.4 y 10.1.3), la Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de atención y protección a las personas en situación de dependencia de Cantabria, la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias, la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. CES, *Dictamen 3/2006 sobre el Anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid, 2006, p. 3.

[353] Rodriguez Rodríguez, P.: "El sistema de Servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia", *Fundación Alternativas*, núm. 87, 2006, p. 50.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales de 1988[354], el Plan Gerontológico de 1990[355], o la II Asamblea Mundial de Envejecimiento de Naciones Unidas celebrada en España en 2002[356]. El Plan Gerontológico de 1990, concretamente, abordaba de manera integral toda una serie de políticas en materia de envejecimiento que dejaría planteada la importancia de la atención y los cuidados sociosanitarios de las personas mayores. Se recogían a tal efecto varias medidas con visión integral, como un complemento de pensión para pensionistas en situación de dependencia funcional o la implantación de mapas socio-sanitarios y unidades específicas para coordinar los servicios sociales y sanitarios.

En resumen, hasta la aprobación de la Ley de dependencia, cuya trascendencia en breve comentaremos, la atención a las personas dependientes estaba estructurada básicamente en torno a dos ámbitos de cobertura de las necesidades de cuidado: a) un ámbito de protección de carácter económico articulado en torno al Sistema de Seguridad Social, que contemplaba dos niveles de protección social, contributivo y asistencial, que ofrecía prestaciones económicas cuya concesión estaba sujeta a rigurosos controles médicos y administrativos, ya fuese por la vía de exigir cotizaciones previas en el caso de las prestaciones contributivas no derivadas de contingencias profesionales, o un grado de discapacidad superior al 65% en el caso de las prestaciones no contributivas; b) un ámbito de protección técnico-asistencial constituido por los servicios sociales y otras prestaciones asistenciales cuya concesión estaba vinculada a la situación de dependencia y/o a la inexistencia de recursos o apoyos informales, correspondiendo a las comunidades autónomas tanto su gestión como su financiación. Por tanto, este sistema de servicios sociales que sería el embrión del actual SAAD, se construyó sobre la base de un paulatino proceso de descentralización del Estado de Bienestar que atribuyó a las comunidades autónomas y a los Ayuntamientos las competencias exclusivas en materia de provisión de los servicios sociales cuya oferta, sobre todo las de tipo comunitario (centros de día, servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia) se vieron potenciados desde 1988 con la promulgación de las citadas leyes de servicios sociales autonómicas y el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales.

Estos antecedentes nos permiten comprender mejor que la adopción de la Ley de dependencia no partió de cero y que la innovación institucional que representó vino a ser, en gran medida, el resultado de una reforma gradual y necesaria que racionalizaba de forma algo más ordenada la oferta de prestaciones para la dependencia ya existente en el ámbito nacional y a nivel de las Comunidades Autónomas[357].

---

[354] Previo a la entrada en vigor de la Ley de dependencia, las Corporaciones locales también ofrecían una serie de Servicios complementarios de atención a las personas en situación de dependencia, necesidades que eran atendidas en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Sociales Básicas de Servicios Sociales, fijando los Planes de Acción para las personas con Discapacidad y para personas Mayores, en la línea de acción y objetivos estratégicos de ámbito Estatal. CES, *Dictamen 3/2006, sobre el Anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, ob. cit., p. 56.

[355] Ministerio de Asuntos Sociales (Instituto Nacional de Servicios Sociales): *Plan Gerontológico*, Madrid, 1992.

[356] Marbán Gallego, V.: "El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas", *VIII Informe FOESSA*, Documento de trabajo 4.9, 2019, p. 3.

[357] Marbán Gallego, V.: "El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas", ob. cit., p. 3-5.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3.3.- El significado institucional de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Parece claro que la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, supuso un hito normativo en la historia de la protección social en nuestro país, máxime teniendo en cuenta la evolución normativa de los Estados de nuestro entorno con trayectorias sociales semejantes, que también se han venido planteando la adaptación de los modelos proteccionistas vigentes para dar una respuesta integral a las nuevas situaciones de necesidad que se van planteando. Desde luego, ante el empuje de la realidad social de la dependencia, a España no le quedaba otra que ir buscando respuestas de afrontamiento a la atención a las situaciones de dependencia, que desde finales del siglo XX empezó a demandar un nuevo sistema global de protección social. Hasta la década de 1970, era palmario que los sistemas de Seguridad Social de los países europeos constituían el eje de las políticas de bienestar social dirigidas a mantener y mejorar el nivel de vida de los ciudadanos, evitando de ese modo la aparición de situaciones de necesidad, marginación o exclusión social. En la mayoría de los países de la Unión Europea (UE) puede decirse que existían coincidencias en los parámetros básicos de la acción protectora a dispensar, entre los que cabe citar la universalidad, la financiación a través del sistema de reparto o la gestión pública del sistema de Seguridad Social; principios que venían potenciados por la política de convergencia de los diferentes niveles de protección impulsada por la UE, pese a las diferentes trayectorias políticas, sociales y económicas que cada país pudiera tener. En este contexto, el debate sobre la evolución y el mantenimiento de los sistemas de Seguridad Social, y sobre las fórmulas para garantizar la estabilidad y el progreso, supuso una constante, que se vio reforzada en las décadas de los años 80 y 90 como consecuencia de las rápidas transformaciones sociales ocurridas; pero en ningún caso el debate representó la búsqueda de soluciones que implicaran una variación sustancial en las características básicas de los sistemas de protección, puesto que las propuestas realizadas iban encaminadas a perfeccionar el modelo ya existente, facilitando su consolidación y viabilidad, además de reforzar sus garantías de cara al futuro.

Bajo este arquetipo protector también se centraría el debate abierto en España, teniendo en cuenta dos ideas fundamentales: la viabilidad y la consolidación del Sistema, puesto que ello permitiría combinar de forma adecuada los principios de seguridad y solidaridad universal, combatiendo los efectos de la pobreza a través de determinadas prestaciones elementales como podían ser, en lo que afecta a nuestro estudio, la asistencia sanitaria, los servicios sociales o las prestaciones familiares, que también fueron analizadas en el conocido como Pacto de Toledo de 1995[358]. En cualquier caso, los acelerados cambios sociales de finales del siglo pasado afectaban a cuestiones muy diversas con posibles impactos en los sistemas de Seguridad Social. Sin ánimo de exhaustividad, podrían citarse como ejemplo, entre otros: a) los cambios en el mercado de trabajo, que cada vez se tornaba más competitivos y con tendencia a una creciente movilidad derivada de la internacionalización de la economía; b) la

[358] Boletín oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, V Legislatura. Núm. 134, 12 de abril de 1995, pp. 4-5. Aprobación por el pleno del Congreso de los diputados del texto aprobado por la Comisión de presupuestos en relación con el informe de la ponencia para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que debían acometer.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

fragmentación de los modelos de familia tradicionales, que fue dando paso a nuevas realidades de convivencia (familias monoparentales, uniones de hecho…) que planteaban nuevas demandas sociales y, a la vez, requerían a los gobiernos una continua adaptación de las medidas de protección familiar que abarcara todas las posibles situaciones de vulnerabilidad, como en el caso de las familias numerosas o con personas dependientes, menores adoptados, con carencia de recursos o con problemas asociados a las situaciones de separación o divorcio[359]; c) el "efecto dominó" que producía la paulatina incorporación de la mujer al trabajo (piedra angular de los cimientos relacionados con la atención y los cuidados de personas o el mantenimiento del hogar), con la consiguiente modificación del *status* que tradicionalmente habían venido ocupando como sustento del hogar familiar, la crianza de los hijos, el cuidados de enfermos, familiares, maridos y personas discapacitadas o mayores, así como la realización de funciones domésticas variadas[360]. Resultaba evidente, en relación con este nuevo rol social que asumían las mujeres trabajadoras, que su incorporación al mercado de trabajo llevaba aparejada la *necesidad de una cobertura sustituta* que, como se reconocía en el propio Pacto de Toledo, generaba situaciones que podían dar lugar "a nuevas formas de marginación"[361].

Por tanto, entre las principales necesidades sociales detectadas por el Pacto de Toledo se encontraba la falta de recursos para la atención de los cuidados a personas familiares vulnerables, como podían ser los hijos y las personas mayores[362], cuya asistencia se convertía en una prioridad de futuro inmediato, de ahí que se recomendara la cobertura de esos déficits de protección social y el reforzamiento del principio de solidaridad universal. Y sería a raíz de la renovación del Pacto de Toledo en el año 2003[363], precisamente, cuando se propuso de forma pionera la configuración de un sistema que abordara de forma integral el fenómeno de la dependencia, con participación de la sociedad y de la Administración pública en sus diferentes niveles, definiendo el papel que cada una de las partes debía desempeñar en el conjunto de la protección social[364]. De este modo, con la propuesta de renovación contemplada en el Pacto de Toledo, el Gobierno de España asumió un importante desafío en materia de protección social,

[359] Ministerio de Trabajo e Inmigración: *Informe sobre el desarrollo del Pacto de Toledo*, Secretaría de Estado de Seguridad Social, vol. 1, Madrid 2008, p. 9.

[360] De la que deriva la profesión informal femenina con analogía de "sus labores (S/L)", cuya estructura social viene a constituirse a partir de la asignación de roles tradicionales ligados a la familia y al matrimonio, además de la educación en las diferentes etapas escolares del momento. Blázquez Agudo E. M. (Coord.): *Economía de la inclusión. El reto de la desigualdad y la vulnerabilidad social.* Fundación Mutualidad Abogacía, Madrid 2023, p. 643.

[361] Boletín oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, V Legislatura, Núm. 134, 12 de abril de 1995, p. 14.

[362] Con una tendencia a largo plazo, y puestas las miras hacia el envejecimiento poblacional, así como a la prolongación de la esperanza de vida.

[363] Con fecha 3 de octubre de 2003, el Congreso de los Diputados aprobaba el Informe sobre seguimiento de las recomendaciones del primer Pacto de Toledo (1995), en el que se efectuaba una valoración de las recomendaciones iniciales además de incorporar otras, a fin de que el sistema de protección social siguiera adaptándose a las nuevas realidad y demandas sociales, al tiempo que, se acentuaron los niveles de perfeccionamiento y sostenibilidad proteccional. La publicación del documento sobre la renovación parlamentaria del primer Pacto de Toledo, se recoge en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, VII Legislatura, Núm. 596, de 2 de octubre de 2003. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L7/CONG/BOCG/D/D_596.PDF

[364] Contenido de las recomendaciones del Pacto de Toledo, en la renovación parlamentaria de 2003. Apartado B, recomendación adicional Núm. 3 (Dependencia), p. 46. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, VII Legislatura, Núm. 596, de 2 de octubre de 2003.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

incorporando a sus responsabilidades sociales y políticas el compromiso de "garantizar que, desde la cuna hasta la tumba no exista situación de vulnerabilidad que no cuente con el respaldo de la red social de protección"[365].

Así, entre las *recomendaciones adicionales* de protección contempladas en el segundo Pacto de Toledo se recogían diferentes aspectos de interés, que tocaban de lleno a nuestra investigación, y que podemos detallar del siguiente modo[366]: a) la dependencia sería el elemento principal de las recomendaciones, puesto que así lo demandaban los profundos cambios producidos en el ámbito familiar y social, resultando necesario configurar un sistema que abordara desde una perspectiva global el fenómeno de la atención a personas en situación de dependencia mediante el establecimiento de una regulación, hasta el momento inexistente y sin precedentes, que definiera la situación de necesidad de cuidados por terceras personas, el marco de cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, garantizando en todo caso los recursos necesarios para su financiación, así como la igualdad de acceso a sus servicios; b) de la misma manera, en materia de empleo se hacía alusión a las nuevas organizaciones globales de trabajo, al desarrollo profesional y a los emergentes sistemas de protección, resultando evidente que el trabajo de los cuidados, como "nicho de empleo", sería uno de los sectores profesionales que admitiría de forma agradecida posibles cambios; c) se tenía en cuenta la incorporación de la mujer al mercado laboral, por lo que la protección social tendría que aplicar el criterio de igualdad, dando una respuesta más adecuada a los retos que planteaban los cambios del modelo familiar; en este sentido, se deja planteada la necesidad, como objetivo prioritario, de seguir avanzando en las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar, considerándose la pertinencia de estudiar mecanismos que incorporaran los períodos de atención y cuidado de los hijos o de las personas dependientes como elementos a considerar en las carreras de cotización, para evitar así que las desventajas de asumir responsabilidades familiares constituyeran un obstáculo para las mujeres, en la medida en que implicaban una penalización cifrada en menores niveles de protección social, dado que las mujeres seguían siendo, como bien sabemos, las que asumían la mayor parte de la carga de los cuidados informales; d) en referencia a la discapacidad, se insiste sobre la necesidad del cumplimiento de lo dispuesto en el art. 49 de la Constitución, mejorando la posibilidad de prestar una atención global a las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial (y que pudieran estar afectadas por un grado menor o mayor de dependencia), para que puedan alcanzar el disfrute pleno de sus derechos, evitando cualquier caso de discriminación, pero sobre todo, fomentando su integración laboral y social que, en definitiva, es lo que podría aportarles autonomía e independencia; e) la inmigración sería, en fin, otra de las grandes esferas de actuación de las recomendaciones del Pacto de Toledo de 2003, cuestión difícilmente desligable de nuestra investigación, puesto que en gran medida los trabajos de cuidados y de mantenimiento del hogar son desempeñados por mujeres inmigrantes, lo que convierte a este fenómeno en un desafío importante para nuestra sociedad que, sin embargo, también podía representar una gran contribución a la

[365] Síntesis del contenido del documento relacionado con el desarrollo de las recomendaciones del Pacto de Toledo, apartado c) Un presente sólido, un futuro que requiere esfuerzos, en Ministerio de Trabajo e Inmigración: *Informe sobre el desarrollo del Pacto de Toledo*, ob. cit., p. 10.

[366] Contenido de las recomendaciones del Pacto de Toledo, en la renovación parlamentaria de 2003. Apartado B, recomendaciones adicionales números 1 a 5, p. 45-46. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, VII Legislatura, Núm. 596, de 2 de octubre de 2003.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

estabilidad de nuestro sistema de protección social; en cualquier caso, como ya se recomendó en el Pacto de Toledo del año 2003, se debe conseguir que la persona inmigrante que resida legalmente en el estado español sea un ciudadano de pleno derecho, protegido por las leyes nacionales, así como por el sistema de Seguridad Social, con el objeto de que pueda contribuir con su trabajo a mejorar su nivel de vida y el de la sociedad en general, evitando cualquier situación que pueda conducir a la marginación, al trabajo clandestino o a situaciones de explotación tan características, lamentablemente, de la economía de los cuidados y de la atención en el hogar.

Partiendo de esas premisas, el informe del Pacto de Toledo de 2003 dejaba planteada la necesidad de "una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso"[367]. Con este valioso impulso como base para alcanzar acuerdos en materia de dependencia, y teniendo como referencia el Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España (2004)[368], el Consejo Económico y Social (CES), a través de su Dictamen 3/2006, sobre el anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia[369], valoró positivamente el anteproyecto de una norma que representaba un avance fundamental en el proceso de modernización del Sistema español de protección social, de ahí que no se pusieran demasiadas objeciones más allá de plantear, como conclusión, la necesidad de que el contenido mínimo de las prestaciones y servicios de este sistema nacional administrativo de atención a la dependencia respondiera de forma eficiente a criterios de suficiencia y adecuación de tales necesidades, garantizando en todo caso el principio de equidad interterritorial e igualdad de acceso[370]. En el Dictamen del CES se dejaba entrever, desde luego, cierta preocupación por las zonas rurales y diseminadas, con unas peculiaridades socioeconómicas que diferían notablemente de los núcleos urbanos, y cuya dispersión

[367] *Informe sobre el desarrollo del Pacto de Toledo*, ob. cit., p. 97.

[368] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid 2005. Este documento recopila información procedente de diversas investigaciones y aportaciones realizadas tanto desde el ámbito de la investigación social como desde el trabajo desarrollado en el ámbito de la dependencia por diversas instituciones, organismos y organizaciones de ámbito nacional e internacional. Los once primeros capítulos del Libro Blanco describen las múltiples dimensiones que envolvían al fenómeno de la dependencia: las bases demográficas, el régimen jurídico, el apoyo informal, los recursos socio sanitarios existentes, los presupuestos y recursos económicos que se venían destinando a la atención a la dependencia, los criterios y técnicas de valoración de la dependencia, la estimación de la generación de empleo y los retornos socioeconómicos derivados de la implantación del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, así como el análisis de modelos de atención a la dependencia vigentes en algunos países de la UE y la OCDE. El último capítulo estaba destinado a las propuestas y retos a los que en un futuro el sistema integral de atención a la dependencia tendría que hacer frente, pretendiendo así sentar las bases para el diálogo social y para la posterior elaboración de una eficiente Ley reguladora de la protección a la dependencia:https://imserso.es/documents/20123/133745/libroblanco.pdf/77b5f39f-5e13-6de9-88ed-fd5e0b2b1386

[369] CES: *Dictamen 3/2006, sobre el anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Sesión Ordinaria del Pleno, de 20 de febrero de 2006, CES, Madrid, 2006 http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ces-dictamen-01.pdf

[370] CES: *Dictamen 3/2006, sobre el anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, ob. cit., p. 34.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

geográfica podría generar graves dificultades de accesibilidad a cualquier recurso sociosanitario.

Resultaba sumamente destacable, a nuestro juicio, la valoración de carácter específico que se realizaba en relación con la definición de los conceptos de "cuidados familiares" y "cuidados profesionales"[371]. Así, con la expresión "cuidados familiares" se hacía referencia tanto a las personas de la familia de quien se encuentra en situación de dependencia como a "otras de su entorno", mientras que el CES entendía que debería hacer referencia a la atención prestada a personas en situación de dependencia "en su domicilio y atendida en el ámbito familiar". Lo que pretendía el CES con esta observación era evitar una interpretación expansiva del derecho a las prestaciones económicas del Sistema de atención a la dependencia, en particular teniendo en cuenta la excepcionalidad con que se configuró la prestación económica para cuidados en el medio familiar y de apoyo a cuidadores no profesionales. Actualmente, como tendremos ocasión de analizar con más detalle, la Ley de dependencia mantuvo en su art. 2.5 una definición según la cual se entendería por "*cuidados no profesionales*", la "*atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada*". Con una redacción más precisa, la Ley de dependencia también mantiene el término de "*entorno familiar*" en su art. 18 para poder recibir la prestación económica por cuidados familiares, siempre que se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad en la vivienda (art. 14.4 de la Ley de dependencia).

En lo que respecta a los "cuidados profesionales", el anteproyecto se circunscribía a "*los prestados por una institución pública o entidad con o sin ánimo de lucro*" mientras que el CES, por su parte, era partidario de incluir además a las "instituciones privadas" y a "los profesionales autónomos" (debidamente formados y acreditados), para no limitar las posibilidades de empleo y crecimiento económico que se esperaba del nuevo sistema de protección social, tanto desde el punto de vista de la oferta como desde la demanda de sus servicios, ya que la exclusión de esta figura profesional en la norma básica, no parecía razonable. Si nos remitimos nuevamente al art. 2.6 de la vigente Ley de dependencia, vemos que el concepto de "*cuidados profesionales*" fue reconsiderado, incorporándose una referencia expresa al "*profesional autónomo*". A pesar de esas matizaciones, el CES coincidía plenamente en considerar que la Ley de dependencia respondía, tal y como estaba configurada, a la necesidad de cubrir una necesidad (valga la redundancia), cada vez más palpable en nuestra sociedad, teniendo en cuenta que, hasta ese momento, la atención a las personas dependientes recaía casi de forma exclusiva en el ámbito familiar, careciendo nuestro sistema de protección social de un modelo universal para la cobertura de esta *necesidad esencial*, pese a los diversos dispositivos públicos ya existentes en el ámbito de la Seguridad Social, que de forma dispersa se venían ofreciendo (ya fuese a través del ámbito contributivo o no), como de una respuesta parcial que ni siquiera estaba concebida específicamente para ello[372]. De ese modo, estos recursos y prestaciones públicas, aún siendo gestionados con buenas intenciones, seguían siendo insuficientes para satisfacer la proyección de demandas de cuidados a las personas en situación de dependencia en nuestro país, por lo que la aprobación de la Ley de dependencia constituía un verdadero hito en materia de atención a las personas en situación de dependencia.

[371] *Ibídem*, p. 19.

[372] *Ibídem*, p. 2 y 3.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tras el visto bueno del CES, y con un amplio consenso entre el Gobierno, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas y las organizaciones mayoritarias de personas con discapacidad y personas mayores[373], el legislador español acabaría aprobando finalmente la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, instaurando así un nuevo Sistema de Autonomía y Atención a las Dependencias (SAAD), cuyo objeto sería promover la autonomía personal y garantizar la atención a todos los ciudadanos con algún grado de dependencia, proporcionándoles mejoras en la calidad de vida y en su desarrollo personal. Como se indicara en el Informe sobre el Desarrollo del Pacto de Toledo del año 2008, dicha Ley venía a configurar "un nuevo derecho que es, además, universal, subjetivo y perfecto, ya que será exigible en vía judicial y ante la administración", de ahí que llegara a ser considerada, pues, como la base jurídica del llamado "cuarto pilar del Estado de Bienestar"[374], tras las pensiones, la sanidad y la educación[375].

Podemos concluir, por tanto, que este nuevo Sistema Nacional de Atención a la Dependencia vino a incorporar una serie de ayudas económicas y servicios sociales que ya empezaban a desbordar el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social, ofreciendo a la par otro tipo de prestaciones sociales de naturaleza netamente asistencial, con caracteres propios y definidos, que operaban como una técnica de protección externa al Sistema de la Seguridad Social[376]. Hay que tener en cuenta, a este respecto, que las emergentes prestaciones y servicios de la Ley de dependencia no aparecen en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social establecido en el art. 42 de la LGSS, donde sólo se hace referencia a la asistencia sanitaria, a los "*beneficios de la asistencia social*" que complementan las prestaciones de Seguridad Social[377], y a las "*prestaciones de servicios sociales que puedan establecerse en materia de formación y rehabilitación de personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores*". Así, haciendo suyas las prestaciones y servicios asistenciales que la LGSS venía otorgando tradicionalmente a las personas dependientes, ya fuese por razón de edad o discapacidad, reconfigurando las antiguas pensiones LISMI y

[373] Hubo un amplio proceso de consultas con las organizaciones más representativas de las personas con discapacidad a través del CERMI, el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad, el Consejo Estatal de ONG y la Federación Española de Municipios y Provincias. Ministerio de Trabajo e Inmigración: *Informe sobre el desarrollo del Pacto de Toledo*, ob. cit., p. 214.

[374] Ministerio de Trabajo e Inmigración. *Informe sobre el desarrollo del Pacto de Toledo*. Secretaría de Estado de la Seguridad Social, Madrid 2008, pp. 328-330. https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/758d094e-2e5e-4538-9402-79908a1023ac/Pacto+de+Toledo+Volumen+1.pdf?MOD=AJPERES.

[375] Cruz Villalón, J.: "La protección social de la dependencia", *Temas laborales*, núm. 89, 2007, pp. 17 y 18.

[376] De este modo vendría a ser definida la asistencia social en la Carta Social Europea. Su art. 13.1 reconoce el derecho a la asistencia social, según el cual "*toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlos por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones del régimen de Seguridad Social, puede obtener una asistencia adecuada*", así como en su punto número 3 (…) "*por medio de servicios adecuados, públicos o privados*".

[377] Lozano Lares, F.: *Manual de Seguridad Social*, ob. cit., p.369; en la línea de otras doctrinas que apoyan el ámbito objetivo ilimitado de la asistencia social, dadas las funciones de complementariedad y suplementariedad de sus prestaciones con respecto a las de Seguridad Social. Gonzalo Gonzáles, B.: "Reparto Competencial y Complementariedad de las Prestaciones Sociales Básicas", *FSS*, núm. 1, 2000, pág. 19, en Kahale Carrillo, D.T.: "El encaje competencial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia", *Revista Ceflegal. CEF*, núm. 101, 2009, p. 143.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

acuñando nuevas prestaciones sociales hasta entonces inexistentes, la Ley de dependencia vino a establecer un renovado catálogo de prestaciones de atención de las personas en situación de dependencia que, con la financiación adecuada, podría llegar a convertirse en un emergente factor de creación de empleo en el sector del trabajo de cuidados.

CAPÍTULO III. EL MARCO JURÍDICO ACTUAL DE LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.

1.- La vertebración orgánica y funcional del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

La propia naturaleza del objeto de la Ley de dependencia, contemplado en el art. 1, como hemos visto hasta el momento, requiere de un compromiso y de una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación entre la Administración General del Estado (AGE) y las Comunidades Autónomas (CCAA) es un elemento fundamental (art. 10 de la Ley de dependencia). Pero además para que este sistema de atención a personas dependientes (SAAD) empezara a desarrollarse fue necesario de forma ineludible la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Consejo Territorial), al cual se le atribuiría la función de reforzar el marco de cooperación interadministrativa previsto en el art. 1 de la Ley de dependencia, además de otras funciones básicas como las resoluciones decisivas sobre la intensidad de los servicios del catálogo (de acuerdo con los arts. 10.3. y 15 de la Ley de dependencia), acordar las condiciones y las cuantías de las prestaciones económicas (art. 20 de la Ley de dependencia) para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto[378], determinar los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios (arts. 14.7 y 33 de la Ley de dependencia), o concluir con el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia (en base al art. 27 de la Ley de dependencia). Y de forma general, como indica el art. 8.3 de la Ley de dependencia, este Órgano Territorial se encargaría de conseguir la máxima coherencia en la determinación y aplicación de las diferentes políticas sociales ejercidas por la AGE y las diferentes CCAA mediante el intercambio de puntos de vista, el examen en común de los problemas planteados y, de forma práctica, las acciones proyectadas para afrontarlos. Aspectos todos ellos que debían permitir el posterior despliegue del SAAD a través de los correspondientes convenios con las CCAA. Se trataba por tanto de poner en funcionamiento un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación entre organismos públicos, y de una intervención llevada a cabo bajo el respeto a sus propias competencias, sin perjuicio de que el SAAD garantizara, en todo caso, la participación de las Entidades que representaran a las personas en situación de dependencia y a sus familias en sus correspondientes órganos consultivos. Otro elemento crucial para su puesta en funcionamiento sería la financiación del SAAD, que vendría determinado por el número de personas en situación de dependencia, y por los servicios y prestaciones previstos en la misma Ley de dependencia, que debían ser estables, suficientes, sostenidos en el tiempo y garantizados mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas. Y en

[378] Según la Disposición Adicional Primera de la Ley de dependencia, la Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio determinará la cuantía y la forma de abono a las Comunidades Autónomas, de las cantidades necesarias para la financiación de los servicios y prestaciones previstos en el art. 9 de esta Ley.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

todo caso, debía y debe ser la AGE quien, de forma equitativa[379], garantice la financiación a las CCAA para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia (art. 9 de la Ley de dependencia), reconociéndose también, en la medida de sus posibilidades, la participación económica de los beneficiarios en los servicios del SAAD (arts. 14.7 y 33 de la Ley de dependencia), así como la complementariedad y compatibilidad entre los diferentes tipos de prestaciones, en los términos establecidos por su normativa de desarrollo[380].

Por tanto, bajo esta articulación y para su consiguiente ejecución, la Ley de dependencia quedaría estructurada en 47 artículos, distribuidos a lo largo de un Título Preliminar, un Título I con cinco capítulos, seguido del Título II que comprende otros cinco capítulos, y un Título III. La norma consta asimismo de dieciséis Disposiciones adicionales, dos Disposiciones transitorias, y nueve Disposiciones finales. Respecto a su contenido, de forma sucinta, en su título preliminar la Ley de dependencia recoge cinco disposiciones que se refieren a su objeto y a sus principios inspiradores, así como también a los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia y a los titulares de esos derechos. Este título preliminar aporta asimismo ocho conceptos aclaratorios a tener en cuenta a efectos del alcance de la Ley de dependencia, que describen los significados de: autonomía, dependencia, actividades básicas de la vida diaria (ABVD), necesidades de apoyo para la autonomía personal, cuidados no profesionales, cuidados profesionales, asistencia personal y Tercer sector.

El título I se ocupa de configurar el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como una Red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados, de atención a la dependencia, optimizando de forma conjunta los recursos públicos y privados disponibles, para mejorar de ese modo las condiciones de vida de los ciudadanos, tal como indica el art. 6 de la Ley de dependencia. Para ello, es fundamental la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus propias competencias, a través de los diversos niveles de protección en que administrativamente se organizan las prestaciones y servicios[381], y la necesaria intervención del Consejo Territorial[382], que

[379] Del profundo análisis que hace Cruz Villalón de la Ley de dependencia se extrae que: "se trata, por tanto, de un modelo constitucional que no se circunscribe a una actitud pasiva de los poderes públicos en orden a facilitar la igualdad formal, que se limite a no otorgar privilegios a individuos o grupos, sino que ha de ser activa en orden al logro de la igualdad material y sustancial en términos de efectividad real de la igualdad de oportunidades", Cruz Villalón, J.: "La protección social de la dependencia", ob. cit., p. 15.

[380] Exposición de motivos de la Ley de dependencia.

[381] El art. 7 de la Ley de dependencia, hace referencia a los niveles de protección del SAAD; de ese modo, la protección de la situación de dependencia por parte del Sistema se prestará de acuerdo a tres niveles: 1º, el nivel de protección mínimo establecido por la AGE en aplicación del art. 9 de la Ley de dependencia; 2º, el nivel de protección que se acuerde entre la AGE y la Administración de cada una de las CCAA a través de los Convenios previstos en el art. 10 de la Ley de dependencia; y 3º, el nivel adicional de protección que pueda establecer cada CCAA.

[382] El Consejo Territorial, está adscrito al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, y está constituido por la persona titular de dicho Ministerio, que ostenta su presidencia, y por las personas titulares de las Consejerías competentes en materia de Servicios Sociales y de dependencia de cada una de las CCAA, recayendo la Vicepresidencia en una de ellas. Adicionalmente, cuando la materia de los asuntos a tratar así lo requiera, podrán incorporarse al Consejo otras personas en representación de la AGE o de las CCAA, como asesoras especialistas, con voz pero sin voto. En la composición del Consejo Territorial, habrá mayoría de representantes de las CCAA (artículo 8.1 de la Ley de dependencia).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

actúa como instrumento de cooperación nacional para la articulación de los Servicios Sociales y la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. En dicho Consejo podrán participar, a su vez, las Corporaciones Locales y necesariamente cuenta con la aprobación de un marco de cooperación interadministrativa a desarrollar mediante Convenios con cada una de las CCAA. Asimismo, en el Título I de la Ley de dependencia se regulan las prestaciones del SAAD (incluidas las económicas), y el catálogo de servicios, los grados de dependencia, los criterios básicos para su valoración, así como el procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones, cuestiones todas ellas que analizaremos seguidamente.

El Título II regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del SAAD, de sus prestaciones y servicios, mediante la elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, prestando especial atención a la formación y cualificación tanto de los profesionales del sector como de los cuidadores familiares. Para todo ello, se establecieron estándares esenciales de calidad en cada uno de los Servicios que conforman el Catálogo regulado Ley de dependencia, previo acuerdo del Consejo Territorial, sin perjuicio de las competencias que la AGE y las CCAA pudieran asumir en tales cuestiones[383]. En este mismo Título II se regulan, además, otras cuestiones de interés que, de forma indirecta, colaboran con el objeto de alcanzar un eficiente resultado en la atención y cuidados de las personas dependientes. Cabe resaltar en ese sentido la necesidad de contar con un sistema de información de la dependencia que garantice la disponibilidad de comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas, incorporando datos esenciales como los relativos a población protegida, los recursos humanos, las infraestructuras de la red, los resultados obtenidos y la calidad en la prestación de los servicios. El fin último será la elaboración y análisis de estadísticas en materia de dependencia, inclusive aquellas informaciones que deriven de compromisos con organizaciones supranacionales e internacionales[384]. También formará parte del sistema de calidad del SAAD la acción contra el fraude, siendo una vez más las Administraciones Públicas las que velen por la correcta aplicación de los fondos públicos destinados al mismo, estableciendo medidas de control destinadas a detectar y perseguir tales situaciones[385]. Se crea asimismo un Comité Consultivo del

[383] Los arts. 34 y 35 de la Ley de dependencia exigen que la calidad del Sistema de atención a la dependencia alcance a todos los niveles, estableciéndose (por acuerdo del Consejo Territorial), estándares esenciales de calidad para cada una de las prestaciones y servicios del catálogo, entre los que cabe citar: a) criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios; b) indicadores de calidad para la evaluación y mejora continua o el análisis comparado intercentros y servicios del Sistema; c) guías de buenas prácticas; y d) cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad. Véase como ejemplo la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-20451, así como el análisis que de los mismos se efectúa en Confederación sindical de CCOO: *El empleo en la atención a la dependencia. Hacia un sector productivo de calidad. El acuerdo de Acreditación de centros y servicios del SAAD y su impacto sobre la mejora de la calidad del empleo*. *Un análisis del sector y sus características actuales desde la negociación colectiva*, Cuaderno Sindical Confederación sindical de CCOO, Madrid, 2008, p. 1-123.

[384] Art. 37 de la Ley de dependencia, Capítulo III.

[385] Art. 39 de la Ley de dependencia, Capítulo IV, y Título III sobre infracciones y sanciones (art. 42 a 47 de la Ley de dependencia).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

SAAD cuyas funciones serán las de informar, asesorar y formular propuestas tanto en materia de dependencia como en aquellas otras cuestiones que resulten de especial interés para el funcionamiento del sistema, donde no sólo participarán los agentes sociales, puesto que también se les da la consideración de órganos de carácter consultivo al Consejo Estatal de Personas Mayores, al Consejo Nacional de la Discapacidad y al Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

Y en previsión de posibles vulneraciones de los derechos de las personas dependientes y para garantizar el adecuado funcionamiento del SAAD, el título III regula las normas sobre infracciones y sanciones, estableciendo la responsabilidad administrativa tanto de las personas físicas como jurídicas que resulten responsables de las mismas, sea de forma aislada, conjunta o de forma arbitraria; incluidos terceros que cooperen en su ejecución mediante una acción u omisión. Entre las infracciones a la Ley de dependencia podemos citar: el hecho de impedir el ejercicio de los derechos reconocidos a las personas dependientes, generándoles daño o situaciones de riesgo para su integridad física o psíquica, atentando contra su dignidad o tratándolos con discriminación; aplicar las prestaciones económicas a finalidades distintas para las que fueron otorgadas; recibir prestaciones (en especie o económicas) incompatibles con las ya otorgadas en función al derecho reconocido, o incumplir los requerimientos específicos que formulen las Administraciones Públicas competentes para el favorable avance del SAAD. Estas infracciones aparecen clasificadas en leves, graves y muy graves, atendiendo a criterios de riesgo para la salud, al impacto social producido por los hechos, al número de personas afectadas, la cuantía del beneficio obtenido, así como la intencionalidad o la reincidencia. Y las sanciones derivadas de estas infracciones consistirán, básicamente, en la pérdida de la prestación o subvención, tanto para las personas como para los centros beneficiarios; la imposición de multas para los cuidadores no profesionales y para los proveedores del servicio, que para estos pueden conllevar el cese temporal de la actividad o incluso el cierre del establecimiento, local o empresa, requiriéndose en todo caso el reintegro de las cantidades percibidas de forma indebida. Corresponderá a cada Administración Pública en el ámbito de sus respectivas competencias la incoación e instrucción de los expedientes sancionadores, así como la imposición de la correspondiente sanción, en función del procedimiento sancionador previsto.

Por último, las disposiciones adicionales introducen los cambios necesarios en la normativa estatal que derivan de la adopción de la Ley de dependencia. Así, se hace referencias a las condiciones de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales (Disposición adicional cuarta); a la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (Disposición adicional sexta); a las modificaciones necesarias para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia (Disposición adicional séptima); a la normativa sobre discapacidad, gran invalidez y necesidad de ayuda de tercera persona (Disposición adicional novena); y a las pensiones no contributivas (Disposición adicional decimosexta). Por su parte, la Disposición transitoria primera regulaba la participación financiera del Estado en la puesta en marcha del Sistema en un periodo transitorio hasta el año 2015, de acuerdo con las previsiones del calendario de aplicación de la Ley contenida en la disposición final primera. Las Disposiciones finales establecían también plazos máximos de constitución o de puesta en funcionamiento del Sistema de atención a la dependencia, como la relativa a la constitución del Consejo Territorial y el Comité Consultivo; el Marco de cooperación

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

interadministrativa para el desarrollo de la Ley; el desarrollo reglamentario sobre la intensidad de protección de los servicios, el baremo para la valoración del grado y los niveles de dependencia; o la obligación de la elaboración del Informe anual del Consejo Territorial y del dictamen de los Órganos Consultivos.

A día de hoy, atendiendo a las funciones atribuidas en la norma[386], el Consejo Territorial sigue trabajando, y cabe aún destacar acuerdos recientes que necesariamente siguen aportando mejoras a la calidad del Sistema español de atención a la dependencia y al servicio ofrecido por sus cuidadores. Sirva como ejemplo el acuerdo adoptado con fecha de 21 de diciembre de 2022, que se planteó como paso previo necesario a la tramitación por parte del Gobierno del Real Decreto 675/2023, de 18 de julio[387] que reformaría el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre[388], por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y que describe diversas medidas como "Plan de Choque" para la mejora del Sistema, afectando algunas de ellas a los cuidadores y tratando cuestiones como la adjudicación de la percepción de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar[389]. Hay que tener en cuenta que en varias Sentencias, como la de la Audiencia Provincial de Madrid, de 7 de abril de 2014 (AP 2014, 5389), ya se habían pronunciado sobre el derecho del cuidador no profesional a percibir la prestación económica[390]. Esta Sentencia, en concreto, califica a la cuidadora de "destinataria última" de la prestación, con derecho a la misma como contraprestación por sus servicios, acreditados a través del oportuno contrato, alta en la Seguridad Social y emisión de facturas acreditativas del pago de sus servicios, según modelos anexos a la Orden 2386/2008, de 17 de diciembre, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia en la Comunidad de Madrid. Es claro, por tanto, "que esta doctrina tiene como efecto la inaplicación de la literalidad de la norma, para evitar que se sigan produciendo interpretaciones. A lo que se impone un cambio normativo sobre la Ley de dependencia, en el sentido de vincular la prestación, a la retribución de la labor del cuidador no profesional"[391]. Se suman además otras cuestiones laborales en las que el Consejo Territorial ha venido trabajando para la mejora de la Ley de dependencia y de sus servicios, como el diseño de un programa para la mejora de la Cualificación de los cuidadores de larga duración, la preocupación derivada de la falta de profesionales con formación en el ámbito del SAAD, o la regulación de la relación laboral y las condiciones específicas de acceso a la Asistencia personal en el SAAD,

[386] Acuerdo en el Consejo Territorial, en virtud de lo dispuesto en los artículos 8.2.b) y c), 20 y en la Disposición final séptima de la Ley de dependencia, y se plantea como Acuerdo, en el párrafo segundo del apartado a) del artículo 151.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (BOE-A-2015-10566).

[387] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2023-16651.

[388] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2013-13811.

[389] Medida número 9, contenida en el Plan de Choque. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD alcanzó, en su sesión ordinaria de 15 de enero de 2021, el acuerdo sobre el denominado Plan de Choque en dependencia. Disponible en: https://imserso.es/documents/20123/97064/acumodif_rd1051_20221221.pdf/45f77ae7-a07e-7a8f-d7f6-0374e3d9375a?t=1673523912861

[390] Van orientadas en la misma línea las Sentencias de la Audiencia Provincial de Alicante, SAP de 15 de enero de 2019 (AP 2019, 302), o de la Audiencia Provincial de Cáceres, SAP de 26 de febrero de 2014 (AP 2014, 116).

[391] Cervilla Garzón, M.J.: "La necesaria dignificación del trabajo de los cuidadores no profesionales de personas dependientes, que no desarrollan otra actividad profesional, en el contexto del Pilar Europeo de Derechos Sociales", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, núm. 2, 2021, p. 308.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

hasta el momento inmersa en una "laguna normativa"[392], sobre la que hace alguna propuesta la Resolución de 24 de mayo de 2023 de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia[393]. Se trata de cuestiones fundamentales que el Consejo Territorial considera "con incidencia creciente en el ámbito nacional y que dificulta la prestación efectiva, actual y futura, de muchos Servicios profesionales"[394].

Concluyendo, el nuevo SAAD establecido por la Ley de dependencia supuso un tránsito cualitativo respecto a la atención y cuidados que hasta el momento estaba ofreciendo el sistema español de protección social a las personas mayores, discapacitados, y enfermos con necesidades de protección. Como se indica en el art. 1 de la Ley de dependencia, su objeto no era otro que el de garantizar la igualdad a toda la ciudadanía en el ejercicio efectivo de sus derechos subjetivos, promocionando la autonomía personal y atendiendo a las personas con dependencia, siendo las Administraciones Públicas las que a partir de ese momento tendrían la obligación de contemplar "*medidas de contenido mínimo común*" en todas las áreas que pudieran afectar a las personas en situación de dependencia. Para su efectiva implementación, la Ley de dependencia basaba tales actuaciones de contenido mínimo en los 18 principios contemplados en su art. 3, algunas de las cuales afectan de lleno a nuestro estudio, como la condición pública de las prestaciones del SAAD; el acceso universal al sistema en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación para toda la ciudadanía; la atención integral centrada en la persona dependiente, promocionando su autonomía y la permanencia en el entorno en el que desarrolla su vida; la participación y la colaboración para el buen funcionamiento de los servicios o prestaciones de todos los agentes implicados en la Red de atención a la dependencia[395]. Y todo ello sin dejar a un lado, una vez más, la importancia del principio de transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia, atendiendo sobre todo a la inclusión de la perspectiva de género, contemplando las distintas realidades que puedan afectar tanto a mujeres como a hombres. Al igual que tampoco podríamos obviar, siendo fundamental para la Ley de dependencia, el principio que sustenta la calidad, la sostenibilidad, y la accesibilidad plena a los servicios, pues su ineficacia lo haría desembocar en el fracaso del SAAD.

---

[392] Rueda Monroy, J.A.: "La asistencia personal, ¿una relación laboral "típica"?", ob. cit., pp. 203-226.

[393] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2023-12779. Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. https://www.boe.es/eli/es/res/2023/05/24/(1)

[394] Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, reunido en sesión ordinaria a fecha 21 de diciembre de 2022, y donde se Acuerda la creación de un grupo de trabajo para abordar la problemática derivada de la inexistencia de profesionales en el ámbito del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
https://imserso.es/documents/20123/97064/acugtrabescasezprofesionales_20221221.pdf/bbf7fdf8-4ed2-3f27-5e08-b5cb75cb8ed3?t=1673523911675

[395] Sea tanto de la misma persona dependiente, como de sus familiares o representantes, empresas privadas, del tercer sector, o a través de la coordinación interadministrativa, y en especial, la sociosanitaria.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.- El estatus jurídico de las personas dependientes.

2.1.- La autonomía personal. Características y tipologías de personas dependientes.

El Consejo de Europa, en su Recomendación núm. (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia, establece que son personas dependientes quienes: "por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD)"[396]. Esta definición, ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres caracteres que derivan en una situación de dependencia. Por un lado, las limitaciones físicas, psíquicas o intelectuales que merman determinadas capacidades de las personas; por otro, la incapacidad para realizar de forma autónoma las AVD; y en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de terceros[397]. Esta precisa calificación del concepto de dependencia permite además deslindarlo de otros términos afines, como el de *deficiencia*, que alude a la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (hay que aclarar que deficiencia tampoco es equivalente a enfermedad); en este caso nos estamos moviendo en un campo estrictamente médico, descriptivo y fundamentalmente estático, representando la exteriorización de un proceso patológico subyacente. Otro término del que habría que deslindar el concepto de dependencia es el de *discapacidad*, concepto que ha sido ampliamente analizado en este trabajo, y que es entendido como la ausencia o restricción de la capacidad para realizar una actividad derivada de la propia deficiencia a la que acabamos de aludir. Es importante tener en cuenta, además, que en este ámbito se entiende por "actividad" toda tarea que puede realizar una persona para satisfacer sus necesidades habituales, sean personales, sociales o laborales. Estaríamos por tanto, moviéndonos en un campo pluriprofesional (ergonómico, rehabilitador, adaptador, socio-laboral, deportivo...) y básicamente dinámico. El tercer término a deslindar del concepto de dependencia es, por último, el de *minusvalía*, que es la situación de desventaja para la persona, que limita o impide su participación en las relaciones con la sociedad (en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales). En este caso nos movemos en un campo puramente social (trabajadores sociales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, asociaciones de afectados...), y refleja la necesaria adaptación del individuo a su entorno si lo que pretende es conseguir autonomía e independencia, además de cierto grado de concienciación social, por parte de terceros, para colaborar en la superación de las barreras sociales existentes. En base a esta taxonomía, podemos concluir que del estudio de los problemas de los órganos,

[396] Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros, relativa a la dependencia. Adoptada por el mismo Comité el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados de Ministros. De la misma forma, no hay que dejar de lado otros textos adoptados en el marco del Consejo de Europa que tratan de aspectos relacionados con las personas dependientes, tales como la Recomendación nº (87) 22 del Comité de Ministros sobre la detección y atención de las personas mayores; la Recomendación nº (90) 22 del Comité de Ministros sobre la protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables de la sociedad; la Recomendación nº (91) 2 del Comité de Ministros relativa a la Seguridad Social de las personas trabajadoras sin estatuto profesional (los cuidadores, las personas en el hogar con responsabilidades familiares y los voluntarios); la Recomendación nº (92) 6 del Comité de Ministros relativa a una política coherente para las personas minusválidas; o la Recomendación nº (84) 24 del Comité de Ministros sobre la contribución de la Seguridad Social a las medidas preventivas.

[397] López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", *Revista de trabajo y seguridad social, CEF*, núm. 25, 2008, p. 4.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

deduciremos la deficiencia; del estudio del desempeño de las actividades o tareas, deduciremos la discapacidad; y del estudio del entorno social y las relaciones a las que ha de enfrentarse el individuo, deduciremos la minusvalía[398].

La dependencia, por su parte, aunque tiene notas comunes con las situaciones anteriores, posee rasgos propios que la singularizan conceptualmente en función, a nuestro criterio, de dos características predominantes. Nos referimos, por un lado, a la merma de las capacidades, a la pérdida de la autonomía, entendida como capacidad para hacer, y de la autodeterminación, entendida como capacidad para decidir, sin que estas limitaciones provengan necesariamente de una discapacidad psíquica o mental; se hace referencia asimismo, por otro lado, a la necesaria asistencia por parte de terceros, extendiendo las limitaciones de la persona más allá de las meramente físicas, sociales o económicas, situándose "sin límites, en cualquiera que la propia persona dependiente determine, en función a su propio estilo de vida y al desarrollo de sus actividades habituales"[399]. Por tanto, la dependencia puede afectar a un número importante de personas que necesitan respuestas a sus demandas socio asistenciales[400], y debemos romper con el mito de que la dependencia está orientada únicamente a personas discapacitadas y/o mayores, pese a ser cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada a múltiples problemas de salud[401]. Es por ello por lo que resulta innegable que se trata de uno de los mayores retos a nivel global, puesto que, debido a su condición de *riesgo social universal*[402], la dependencia puede llegar a afectar a cualquier persona en cualquier etapa de su vida (sin dejar de pensar en los mismos familiares a los que también hay que proteger), lo que exige una adaptación constante de los sistemas de protección existentes[403]. En la doctrina, el dilema de si se genera una nueva necesidad o un riesgo social a raíz de la dependencia, aún permanece latente, aunque la novedad radica ahora en que cada vez más se viene decantando por

[398] OMS (1980): *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*, Instituto Nacional de Servicios Sociales. Colección Rehabilitación, Madrid, 1983. Última edición con nuevo prólogo en 1994, en Querejeta González, M.: "La clasificación de la OMS: dificultades para usar un lenguaje común", *Zerbitzuan*, núm. 37, 1999, p. 42 y 43.

[399] Para ilustrar este rasgo poco perceptible, pero que a la vez da un auténtico carácter a la dependencia en relación a sus cuidados, sugiero ver la película "Intocable", comedia francesa (con cinco premios adjudicados y una nominación a su favor), basada en hechos reales sobre un aristócrata tetrapléjico, cuya vida se transforma al contratar a un cuidador domiciliario muy particular.

[400] Entre ellas, una enfermedad circunstancial, diferente de una crónica, o de larga duración, así como terminal; una dependencia accidental con necesidad rehabilitadora, y los diferentes tipos de discapacidades que afectan incluso a menores, no siendo la edad el único criterio acerca de este estado.

[401] Anexo a la Recomendación núm. (98) 9, punto 1 referido a la definición de la dependencia, p. 2.

[402] Casado, D.: "Cómo abordar la dependencia funcional", y Palacios Ramos, E. y Abellán García, A.: "Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España", en Puyol, R. y Abellán, A. (eds.): *Envejecimiento y Dependencia*. Mundial Assistance, Madrid, 2006. A su vez, en Rodríguez Cabrero, G.: "El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)", ob. cit., p. 42.

[403] López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", ob. cit., p. 4. De hecho (lo trataremos en el apartado siguiente, en cuanto a la titularidad del derecho), así viene contemplada en la Disposición adicional decimotercera de la Ley de dependencia, cuando integra en el SAAD la necesidad de protección de los menores de tres años, indicando que se "*atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia*".

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

considerarla como un riesgo social por derecho propio[404], que es lo más acertado a nuestro juicio[405]. Aun así, esta tendencia no está motivada por el creciente número de personas mayores, siendo el colectivo prioritario, sino más bien por el paulatino aumento de la esperanza de vida, lo que demanda unos cuidados de larga duración. Por tanto, en nuestra opinión, lo que realmente cobra importancia es el reto creciente que conlleva la atención y los cuidados, sean del tipo que sean, puesto que pueden llegar a convertirse en una significativa carga económica para la sociedad, teniendo en cuenta además que van desapareciendo los modelos tradicionales de familia, donde la mujer era quien ejercía tales tareas sin remuneración alguna, lo que puede derivar en un preocupante vacío de cobertura si no se adoptan las medidas necesarias.

Asimismo, existen otros conceptos a tener en cuenta y que son pertinentes de aclarar para seguir centrando nuestra investigación. El art. 2.1 de la Ley de dependencia define la *autonomía* como "*la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*". Por otro lado, el apartado 2 del mismo artículo define la *dependencia*, atendiendo al "*estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal*". Estos conceptos, característicos de las personas dependientes, expresan una doble vertiente técnico-social que el SAAD proyecta de forma asociada: la "promoción de la autonomía personal" y la "atención a las situaciones de dependencia"[406], por lo que debemos analizar ambos términos de forma interrelacionada. Respecto a la autonomía, es entendida por la Ley de dependencia como la capacidad tanto de decidir (autodeterminación), como la capacidad de hacer por uno mismo las actividades esenciales de la vida diaria. Es decir, en un mismo término (autonomía), se incluyen, a nuestro juicio, dos acciones (decidir y hacer), que, en una situación de dependencia, o bien podrían quedar completamente diferenciadas en función de las capacidades que mantenga la persona, o bien podrían quedar vinculadas entre sí y condicionadas una a

[404] Coincidiendo con la doctrina "las transformaciones sociales han desencadenado la emergencia de la dependencia como nuevo riesgo social", Cruz Villalón, J.: "La protección social de la dependencia", ob. cit., p. 15; Berghman J.: "Los nuevos riesgos sociales", *Foro de Seguridad Social. Asociación Profesional del Cuerpo Superior de Técnicos de la Administración de la Seguridad Social (TASS)*, núm. 1, 2000, p. 16.

[405] En contra de nuestra opinión se mantienen otras posturas doctrinales donde la noción de *riesgo social* debe ser sustituida por la de *necesidad social*, ya que en determinadas contingencias, entre las que cabe incluir la dependencia, el factor de incertidumbre no es relevante, pues, de forma mayoritaria, acontecerá en algún momento. González Ortega, S.: "La protección social de las situaciones de dependencia", en AA. VV (González Ortega, S. y Quintero Lima, M.G., Coord.): *Protección social de las personas dependientes*, La Ley, Madrid, 2004, pp. 9-13. En la misma línea, calificándola en este caso, de *necesidad social específica*, podemos incluir a Monereo Pérez, que no solo alude al factor de incertidumbre, sino también al factor biológico consistente en el aumento de la esperanza de vida, y al factor social que cambia las nuevas estructuras familiares, en las que la mujer deja de ocupar el papel exclusivo de cuidadora, por lo que el contraste con éste último sería únicamente terminológico, coincidiendo en los factores que hacen de la dependencia una *necesidad social* para unos, o un *riesgo social* para otros. Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", *Documentación Administrativa*, núm. 276-277, 2007, pp. 569-572.

[406] López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", ob. cit., p. 23.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la otra, como en el caso de la severidad de la dependencia de la persona, afectando tanto a su estado físico como al mental. Además, en la Ley de dependencia podemos observar cómo el término de autonomía viene vinculado a la "promoción" de la misma, presumiendo la existencia de situaciones "transitorias" de dependencia y posibilidades de recuperación o de mejora, dando un enfoque preventivo, recuperador o rehabilitador a la norma. Caso distinto es la expresión "atención a las situaciones de dependencia" (art.2.2 de la Ley de dependencia), que mantiene un carácter "permanente" y ligado a la pérdida de autonomía. El término jurídico de dependencia es, por tanto, un concepto expansivo que abarca un conjunto heterogéneo de personas convalecientes por diferentes situaciones (enfermedades o accidentes, discapacitados, edad avanzada…), que no puedan valerse por sí mismas, necesitando como condición *sine qua non*, hasta el final de su vida, la atención permanente de otra persona o de otros apoyos técnicos que favorezcan su autonomía personal en sus quehaceres diarios[407]. Curiosamente, se advierte cómo la Ley de dependencia fue diseñada desde un principio con una visión tecnológica de futuro, sin ánimo de descargar en las personas cuidadoras toda la atención de las personas dependientes, y buscando en los recursos innovadores sociosanitarios otras vías de apoyo complementarias a los cuidados. Para todo ello, la Ley de dependencia, como analizaremos en breve, prevé dos grupos de servicios y prestaciones que, según lo dispuesto en su art.14, irán destinadas, por una parte, de forma preventiva-transitoria a la promoción de la autonomía personal y, por otra, de forma predominante (con un marcado carácter asistencial-permanente), a atender las necesidades de las personas con algún grado de dependencia y que mantengan dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria[408]. En cualquier caso, y sin hacer distinciones, la Ley de dependencia nos recuerda en su art. 15.2 que los servicios del SAAD se regulan sin perjuicio de lo previsto en el art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud[409], por lo que ambas orientaciones, de forma convergente, deberán ir encaminadas a la consecución autónoma (en la medida de las posibilidades de la persona), de una mejor calidad de vida[410].

Otra expresión definida por la Ley de dependencia, muy relacionada con la autonomía o falta de autonomía personal, es la de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que están orientadas, según lo dispuesto en su art. 2.3, hacia la realización de "*las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas*". A nuestro parecer, el legislador ha

[407] El art. 2.4 de la Ley de dependencia hace referencia a las necesidades de apoyo para la autonomía personal de las personas dependientes, en especial de las personas con discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía en el seno de la comunidad.

[408] López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", ob. cit., p. 24.

[409] El art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, hace referencia a las prestaciones de atención sociosanitaria, comprendiendo como tal, el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos, y facilitar su reinserción social, y en cualquier caso comprenderá: a) los cuidados sanitarios de larga duración; b) la atención sanitaria a la convalecencia; c) la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Vid. apartado 3.2 de la tesis (El desarrollo legal del marco constitucional de protección de las personas en situación de dependencia), p. 93.

[410] El art. 13 de la Ley de dependencia, marca los objetivos de las prestaciones del SAAD.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

optado por incluir en esta definición sólo las actividades elementales, dejando a un lado la inclusión de las actividades con caracteres más complejos, lo que implica cierta inconexión con otros preceptos de la propia Ley de dependencia donde sí se contempla la "valoración" del sujeto en función a la realización de "cualquier actividad de la vida diaria", que además se concreta según su autonomía en los diferentes "grados de dependencia". Por tanto, la definición del art. 2.3 de la Ley de dependencia resulta en cierto modo incompleta, puesto que debería extenderse a todas las Actividades de la Vida Diaria (AVD), abarcando, en función de la menor o mayor autonomía de la persona, tanto las *Básicas* (ABVD), por un lado, que incluyen acciones de autocuidado (baño, aseo, vestirse, alimentación, continencia, etc.) y de movilidad o desplazamiento (transferencia de la cama-silla, moverse por el domicilio, etc.), como las *Instrumentales* (AIVD), por otra parte, con funciones más complejas, como la responsabilización de la preparación y toma de su medicación, la deambulación fuera de la casa, la realización de tareas y economía domésticas, viajar en transportes, usar el teléfono o cualquier dispositivo, relacionarse socialmente o realizar gestiones en la comunidad, entre otras. Mientras que las primeras son necesarias para mantener la autonomía en las funciones elementales de su medio habitual de vida (domicilio), las segundas son necesarias para mantener un cierto grado de independencia en la comunidad o en el medio más cercano a la persona, necesitando mayor habilidad para realizarlas, de ahí que sean las que antes se deterioran[411].

Por tanto, una vez vistas las características generales de la tipología de personas dependientes que pueden solicitar la protección del SAAD en nuestro país, resulta evidente que el colectivo de las personas mayores es el más numeroso (en su mayoría mujeres), debido al envejecimiento poblacional de nuestra sociedad[412]. Las personas cuidadoras deben saber, por tanto, y así debería quedar reflejado en las competencias formativas adquiridas, que las personas mayores como colectivo dependiente más numeroso constituyen el campo de estudio de la Gerontología, que es la ciencia que analiza el proceso de envejecimiento en general, ocupándose de aspectos clínicos, biológicos, psicológicos y sociológicos. Es una disciplina, pues, que estudia el proceso de envejecimiento como un todo y no sólo desde el punto de vista biomédico, como la Geriatría, que se ocupa de estudiar las enfermedades de las personas mayores y sus posibles tratamientos[413]. Por tanto la vejez, hay que tratarla como una etapa más de la

[411] AA.VV.: "Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores", *NLM or the National Institutes of Health*, Congreso "Internacional Conference, Transforming health systems for Chronic Patients, The challenge of implementation", Bilbao 2010, p. 1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025206/

[412] Si atendemos a la última información estadística aportada por el IMSERSO, a 31 de mayo de 2024, podemos observar el perfil de la persona solicitante del SAAD, fragmentado por sexos y edades, alcanzando éste, en la última etapa de la vida (de 80 años en adelante) el 52,35% de la población española, siendo de este porcentaje el 62% mujeres y el 38% hombres. Entre todas las edades, la franja de edad comprendida entre 65 a 79 años es la segunda etapa más numerosa de personas dependientes necesitadas del Servicio, alcanzando el 21,62% de la población total en España. En la siguiente página web, se recogen los últimos datos mensuales relativos a la gestión del SAAD realizada por los distintos Órganos Gestores de las Comunidades Autónomas y Direcciones Territoriales del IMSERSO de Ceuta y Melilla: https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual

[413] Palacios Ceña D., Salvadores Fuentes P. (Coord.): "Conceptos Generales de Geriatría y Gerontología". Manual docente de enfermería geriátrica y gerontológica (I). Limitación funcional en las personas mayores. Intervención multidisciplinar; *Servicio de publicaciones Universidad Rey Juan Carlos*, 2010, pp. 1-7; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG): "50 recomendaciones de planificación y atención gerontológica centrada en la persona", *Grupo de calidad, SEGG*, 2014, pp.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

vida, ocasionada por el paso del tiempo, que produce en los seres vivos unos cambios en la forma y en las funciones de sus órganos, así como un cierto deterioro de las capacidades de adaptación a los factores externos del medio habitual de vida. Son además diversos los criterios que conforman la visión global de la vejez, por eso la atención a personas mayores dependientes tiene un carácter multidisciplinar. Habría que atender, por tanto, a diferentes aspectos, tales como: a) los biológicos (edad de la persona, modificaciones anatómicas, físicas y funcionales, o pérdida de la capacidad funcional y desgaste de órganos); b) los psicológicos (modificaciones en las funciones mentales, como las intelectuales y cognitivas, la atención, concentración y la memoria), y en la afectividad (emocional, motivación, personalidad…), afectando al deterioro en los mecanismos adaptativos a su nueva etapa; c) los sociales, dado que el aumento progresivo de la "esperanza de vida" puede afectar a la persona mayor por la pérdida de roles, el cambio de estatus, el enfrentamiento a la jubilación y la sensación de improductividad o inactividad. No puede ser de otra forma, desde luego, puesto que la atención sociosanitaria debe tender a la búsqueda de la persona mayor sana y activa, estimulando en todo momento sus capacidades funcionales, psíquicas y de adaptación a su entorno social, potenciando así todos los aspectos de su independencia y de su autonomía[414].

Otro de los colectivos mayoritarios del SAAD es el relativo a las personas con discapacidad[415], término suficientemente descrito con anterioridad a lo largo de este trabajo, donde hemos venido haciendo hincapié sobre todo en su integración social plena. Como norma general, la discapacidad, de una forma u otra, hace que las funcionalidades de la persona discapacitada sean distintas a la de las demás personas, y a veces (no siempre, pues discapacidad no es sinónimo de dependencia) requieren de unas necesidades especiales para realizar actividades cotidianas (como encender la luz, subir y bajar persianas/escaleras, escribir en el ordenador, cocinar, etc.). Por lo tanto, ya solo nos resta catalogar las diferentes tipologías de discapacidades para poder perfilar a las personas usuarias del SAAD desde este punto de vista particular.

1-21; y sobre los Grandes Síndromes Geriátricos (Cap. 13), en Martín Carmona, J.M., y Valdivieso Sánchez, C.: *Servicio de Ayuda a Domicilio. Manual de planificación y formación*, 3ª Edición, Editorial Médica Panamericana, S.A., Madrid, 2012, pp. 253-299.

[414] Vid. Poyatos Chacón, M. F.: *Evaluación de la dependencia, mejora de la calidad*. Verticebooks, Málaga, 2012, pp. 170-194, para profundizar acerca de las personas mayores y sus cambios bio-psico-sociales, así como para reconocer la identidad del colectivo.

[415] El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (BOE-A-2013-12632), en su art. 4 establece que son titulares de los derechos: a) las personas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás; y b) en base al apartado anterior, y a todos los efectos, aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior el 33%. Conforme a ello, las personas en que concurren dichas condiciones y que, por tanto, tienen la consideración de persona con discapacidad ascienden a 3.391.955 (44.472 de diferencia respecto a 31 de diciembre de 2021, una variación del 1,33%) de las cuales 1.701.344 son hombres y 1.690.611 son mujeres. Son datos de la Base Estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad del IMSERSO, informe del 31 de diciembre de 2022, y publicado por la Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación, en Madrid, 4 de septiembre de 2023. https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/base-estatal-datos-personas-con-discapacidad

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Para ello, siguiendo la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF, 2001)[416], podemos agrupar las discapacidades en 5 categorías:

1º) Discapacidad física, que engloba las discapacidades motoras (que dificultan el movimiento y/o motricidad, restringiendo la actividad y participación en las actividades cotidianas) y las discapacidades orgánicas (pérdida de la funcionalidad de uno o varios sistemas corporales). A modo ilustrativo, una discapacidad motora puede venir caracterizada por alteraciones que afectan al funcionamiento del sistema neuromuscular y/o esquelético, dificultando o limitando el movimiento; al igual que una discapacidad orgánica puede afectar a procesos fisiológicos u órganos internos: sistema digestivo, metabólico, endocrino, respiratorio, excretor, circulatorio, etc.

2º) Afectación-física de los órganos externos sensoriales, ya sean los órganos visuales, que pueden derivar en una ceguera total (ciegos) o parcial (ambliopes); auditivos, dañando la audición en su totalidad (hablamos de personas sordas) o de forma parcial (generando una hipoacusia); táctiles, gustativos, olfativos o del sistema nervioso.

3º) Pluridiscapacidad: entendida como aquella condición que combina varios tipos de discapacidad, frecuentemente presentando déficit en el desarrollo psicomotriz y/o sensorial, así como otros problemas de salud (sordociegos, y personas con afectación de los órganos expresivos: mudez, tartamudez, trastorno en el lenguaje receptivo expresivo, trastorno fonológico…).

4º) Discapacidad intelectual, que es un tipo de discapacidad psíquica consistente en la alteración de las funciones intelectuales, significativamente por debajo del promedio, dificultando la comprensión y/o respuesta ante distintas situaciones de la vida diaria. Atendiendo al Coeficiente Intelectual (C.I.) de las personas, podemos encontrarnos, de menor a mayor C.I., con personas con discapacidad psíquica profunda, severa, moderada, ligera y límite; a esta categoría se incorporan además otras discapacidades psíquicas intelectuales como los trastornos del aprendizaje (lectura, cálculo, escritura, etc.), los trastornos del desarrollo (autismo), y los trastornos por déficit de atención y comportamiento (hiperactividad, disocial, negativista desafiante).

5º) Discapacidad mental, vinculada a las alteraciones en la conducta adaptativa, con afectación de las facultades mentales y de las estructuras neurológicas (delirium, trastornos amnésicos, esquizofrenias, trastornos en los estados de ánimos, en el sueño, trastornos sexuales, impulsos no clasificados, de personalidad, etc.)[417].
Esta completa clasificación nos hace concluir, una vez más, que la formación de las personas cuidadoras no es baladí, existiendo una importante necesidad de elevar las competencias formativas de estos profesionales, que han de conocer, como hemos podido apreciar, numerosas pautas de actuación en su relación cotidiana con las personas con discapacidad. Así, cuando haya que tratar a personas invidentes o con falta de audición, deberán conocer la técnica guía de personas ciegas o el lenguaje de signos, y otras técnicas de comunicación si cuidan de personas con déficit intelectual o enfermedad mental, debiendo utilizar los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC); si han de cuidar, en su caso, a personas parapléjicas,

[416] Vid. Nota (277) de la tesis, p. 80.

[417] Vid. Poyatos Chacón, M. F.: *Evaluación de la dependencia, mejora de la calidad*, ob. cit., pp. 197-207, para adentrarse en las discapacidades y sus pautas de actuación.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tetrapléjicas, hemipléjicas, con espina bífida, parálisis cerebral, esclerosis múltiple, atrofia muscular progresiva, hemofilia o personas discapacitadas que, por alteración de huesos, articulaciones o músculos, difícilmente se desplazan, necesitando la utilización de muletas, andadores o silla de ruedas, los cuidadores requerirán un adecuado conocimiento del manejo de estos dispositivos. Y a todo ello debe unirse la necesidad de adquirir una formación especializada cuando haya que hacer uso de ayudas técnicas derivadas de las nuevas tecnologías aplicadas al ámbito de la dependencia.

Sin otro particular, podemos acabar este apartado diciendo que la Ley de dependencia no establece un clasificación específica de personas dependientes, determinando todo lo más en algunos preceptos las características o tipología de las personas dependientes, como se puede ver en el art. 5, relativo a los titulares del derecho, donde se menciona a los menores de tres años y a las personas valoradas con algún grado de dependencia, sean españoles o no. También a través del Catálogo de Servicios establecido en el art. 15 de la Ley de dependencia, podemos deducir la tipología de las personas usuarias del SAAD: personas con discapacidad, dependientes menores de 65 años, personas con necesidades de atención especializada y personas mayores con dependencia. Es por ello que el panorama normativo no quedaría completo sin recordar otras disposiciones que también contemplan la atención sociosanitaria desde el ámbito específico sanitario (art. 14 de la LCCS), y sus últimas tendencias en la atención y cuidados de enfermos crónicos, de larga duración[418], convalecientes o con necesidad de rehabilitación por déficits funcionales recuperables[419]. Hay que tener cuenta que en el contexto global europeo, nacional y autonómico existe una singular preocupación por la gestión de la atención y de los cuidados de las poblaciones especialmente vulnerables, en un entorno donde la salud y la dependencia de las personas son ya un hecho dominante en la prestación de servicios personales, tanto públicos como privados[420]. Sirva como ejemplo de lo expuesto el último acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, de 30 de abril de 2024, por el que se aprueba la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria durante los periodos 2024-2027[421], que establece objetivos prioritarios y líneas estratégicas de intervención tales como garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad de la atención, detectar de forma precoz la dependencia o reducir la posible brecha de género existente en la intervención sociosanitaria. Atendiendo a las competencias autonómicas, se redefine así el catálogo de servicios y las intervenciones sociosanitarias, ajustándolo al perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria y previendo la

[418] Respecto a los cuidados de larga duración, deben ir acordes a la Recomendación del Consejo de Europa de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles. Diario Oficial de la Unión Europea C 476/1, 15 de diciembre de 2022.

[419] Precisamente, basado en los datos del Departamento de población del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de octubre de 2023, que analiza información estadística de los años 2020 y 2021, las personas mayores suponen el 46,5% de todas las altas hospitalarias, presentan estancias más largas que el resto de la población, y más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a la población mayor, alcanzando el 57,5%. CSIC: Un perfil de las personas mayores en España 2023. Indicadores estadísticos básicos. Informes, núm. 30, octubre 2023, p. 18.

[420] INAP. Ministerio para la transformación digital y de la función pública. Publicaciones. https://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1243799

[421] BOJA núm. 86, de 6 de mayo de 2024. Acuerdo de 30 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la I Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria 2024-2027. https://www.juntadeandalucia.es/boja/2024/86/BOJA24-086-00004-44174-01_00301124.pdf

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

elaboración de un nuevo marco normativo y de financiación para este renovado modelo de atención sociosanitaria acordado en la Comunidad Autónoma Andaluza.

2.2.- Derechos y deberes de las personas en situación de dependencia. La titularidad de los derechos establecidos en la Ley de dependencia.

En el ámbito del Consejo de Europa, la Recomendación núm. (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia, ya contempló en su momento unos principios generales en favor de todas las personas dependientes que, a nuestro parecer, fueron ideas revolucionarias[422], inspiradas en buena medida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, por lo que no deberíamos olvidarlas a la hora del ejercicio práctico de la atención a la dependencia. Entre dichos principios conviene recordar los siguientes: a) el deber de respetar el derecho a la dignidad humana y a la autonomía de las personas dependientes; b) el derecho de las personas dependientes o susceptibles de serlo, cualquiera que sea su naturaleza y grado de severidad, a la asistencia y a la ayuda requerida para poder llevar una vida conforme a sus capacidades reales y potenciales; c) la necesidad de que sean informadas sobre sus derechos y libertades; d) el derecho de las personas dependientes a participar, en la medida de sus posibilidades, en su propio proceso de evaluación del grado de dependencia, así como en las tomas de decisiones que les puedan afectar[423]; e) su derecho a ser tratadas sin discriminación, en particular en lo que concierne al acceso a la infraestructura y a los servicios creados para las personas dependientes.

Si nos trasladamos al ámbito nacional y atendemos a la Ley de dependencia, tanto su art. 3, sobre los principios de la Ley, como su art. 4, relativo a los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, vienen a consagrar los principios recogidos en la Recomendación núm. (98) 9 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados, estableciendo la obligación de los poderes públicos de adoptar todas aquellas medidas necesarias para promover y garantizar el respeto a los derechos de las personas dependientes, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determine su situación de dependencia (art. 4.3 de la Ley de dependencia). Por lo tanto, las personas dependientes reconocidas conforme al proceso administrativo previsto en la Ley (con independencia del territorio español donde residan), podrán disfrutar de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, respetándose en todo momento los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto a su dignidad e intimidad, garantizando su capacidad de decidir y de obrar, así como su derecho a recibir los servicios y prestaciones en términos de accesibilidad y de información plena, con el máximo respeto a su confidencialidad. Es por ello que las personas usuarias del SAAD en cualquier momento podrán iniciar las acciones administrativas

[422] Anexo a la Recomendación núm. (98) 9, punto 2 referido a los principios generales en favor de las personas dependientes, p. 3.

[423] El principio de la libertad de elección es fundamental a fin de garantizar el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de las personas dependientes. La libertad de elección debe estar comprendida dentro del marco legal del Sistema de protección social (a modo de ejemplo, determinando la posibilidad de elección de la persona cuidadora, o en la decisión de los servicios o prestaciones del Sistema de atención a la dependencia). Cuando no sea posible mantener por más tiempo la libertad de elección por razón de la incapacidad de la persona dependiente, se deberá asegurar una protección jurídica. Anexo a la Recomendación núm. (98) 9, punto 3 referido a las medidas en favor de las personas dependientes, subpunto 3.2. sobre libertad de elección, p. 4.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

y jurisdiccionales oportunas, en defensa de estos derechos[424]. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, podrán actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten su representación legal. Hay que advertir asimismo que el tercer agente implicado en el efectivo ejercicio de estos derechos, y que no podemos olvidar, son las personas cuidadoras que, en su "saber estar y hacer profesional", deben tratar a los beneficiarios del SAAD con respeto y discreción, actuando en base a su ética profesional, respetando la intimidad y la confidencialidad de las personas dependientes, transmitiendoles en todo momento afectividad, seguridad y confianza, pero sin caer en la familiaridad[425].

Por otro lado, en aras de la calidad, la Ley de dependencia también establece ciertas obligaciones formales para los propios usuarios del SAAD y, en su caso, para sus familiares o quienes les representen, e incluso para los profesionales que trabajan en los centros de asistencia, a quienes se les exige suministrar cualquier información o datos que les sean requeridos por parte de las Administraciones competentes para la valoración del grado de dependencia. Los usuarios del SAAD deberán comunicar, asimismo, todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, y tendrán que aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas.

Respecto a la delimitación específica de los sujetos titulares de los derechos de las personas dependientes, el art. 5 de la Ley de dependencia establece que son titulares de los derechos establecidos en la misma los "*españoles*" que, con independencia de la edad, pero con peculiaridades para los menores de 3 años, se encuentren en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos en la propia Ley de dependencia y residan en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud; para

[424] Véase en este sentido, entre otras, la doctrina jurisprudencial recogida en vía Contencioso Administrativa: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia de 20 de febrero de 2015 (RJCA 2015, 329), de reconocimiento a la persona dependiente en el derecho a recibir el Servicio de Ayuda a Domicilio, con una intensidad de 90 horas al mes, como prestación más adecuada a sus necesidades de entre las previstas en la Ley de dependencia; Sentencia firme del Juzgado Contencioso Administrativo, número 6 de Murcia, de 31 de octubre de 2014 (RJCA 2014, 234) que declara el derecho del recurrente, en calidad de heredero único, a percibir la cantidad determinada en la ejecución de la Sentencia sobre las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar causadas y no percibidas por la titular desde las fechas que se dictaron resoluciones declarando cada uno de los grados de dependencia, y hasta la fecha de fallecimiento de la persona dependiente, con el incremento de la cantidad resultante atendiendo al interés legal del dinero, desde la fecha de presentación de la demanda; Sentencia firme del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad valenciana, de 30 de abril de 2014 (RJCA 2014, 162). Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección cuarta, que reconoce el derecho del heredero y esposo de la finada frente a la Generalitat Valenciana en asunto de reclamación de prestación de dependencia, constituyendo el objeto del recurso la resolución presunta de la Consellería de Justicia y Bienestar Social por la que se desestima la solicitud de reclamación por responsabilidad patrimonial, ante la falta de resolución del Programa Individual de Atención, con el fin de que dictara resolución concretando el derecho a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar para la finada, que fue calificada en su momento, en grado II, nivel 1; o la Sentencia del Juzgado Contencioso Administrativo número 1 de Ourense de 30 de octubre de 2013 (RJCA 2013, 2241), de resolución estimatoria contra el recurso Contencioso Administrativo interpuesto contra la inactividad de la Consellería de Traballo e Benestar de la Xunta de Galicia, por no aprobar el Programa Individual de Atención correspondiente a la situación de dependencia en grado II, nivel 1 de la persona dependiente, así como en su consecuente perjuicio económico tanto a la titular del derecho como a su cuidadora familiar.

[425] Vid. Poyatos Chacón, M. F.: *Evaluación de la dependencia, mejora de la calidad*, ob. cit., pp. 127-134, para adentrarse en las características de las personas usuarias del Servicio de atención domiciliaria.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los menores de cinco años el período de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia[426]. Vamos a desarrollar, de forma breve, estos requisitos jurídicos.

En lo que respecta a la ausencia de un requisito de edad, el art. 5.1.b) de la Ley de dependencia indica que, en el caso de los menores de tres años, se estará a lo dispuesto en la Disposición Adicional decimotercera. En las distintas versiones de los sucesivos Proyectos de Ley se exigía que los españoles debían necesariamente "tener 3 o más años de edad"[427], pero sería una vez más el voto particular del Dictamen del CES quien propuso que fueran titulares de los derechos establecidos en la Ley de dependencia todas las personas desde su nacimiento, sin excluir a los menores de 0 a 3 años, puesto que ello vulneraría el art. 14 de la CE, siempre que su situación de dependencia venga determinada exclusivamente por una discapacidad que provoque esa situación de dependencia, al margen de la edad del sujeto[428]. Así, la Disposición adicional decimotercera de la Ley de dependencia, relativa a la protección de los menores de tres años, dispuso que, sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el SAAD también atendería "*las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años acreditados en situación de dependencia*", para lo cual el instrumento de valoración previsto en el art. 27 de la propia Ley de dependencia incorporará a estos efectos una escala de valoración específica. Además, la atención a los menores de tres años ha de quedar integrada en los diversos niveles de protección establecidos en el art. 7 de la Ley de dependencia y en sus formas de financiación. Por su parte, el Consejo Territorial, atendiendo a sus competencias, promoverá la adopción de planes integrales de atención para estos dependientes menores de 3 años, contemplando en todo caso las medidas adoptadas por las Administraciones Públicas, para de ese modo, facilitar la atención temprana y la rehabilitación de las capacidades físicas, mentales e intelectuales de los menores.

En cuanto a la exigencia de que las posibles personas beneficiarias del SAAD se encuentren en situación de dependencia y, más específicamente, en alguno de los grados legalmente establecidos en el art. 26.1. de la Ley, hay que tener en cuenta que la subdivisión de los grados en niveles fue modificada, en aras a la simplificación del procedimiento de valoración de la dependencia[429], por el art. 22.10 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad[430]. De ese modo, tomando como base la definición inicial de dependencia del art. 2.2 de la Ley, esta habrá de clasificarse en alguno de

[426] Cruz Villalón, J.: "La protección social de la dependencia", ob. cit., p. 17.

[427] Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", ob. cit., p. 44.

[428] CES: *Dictamen 3/2006 sobre el anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Pleno del día 20 de febrero de 2006. En especial, voto particular formulado por D. Luis Burgos Díaz (CIG) y D. Mikel Noval Fernández (ELA). Departamento de publicaciones CES, Madrid, 2006, p. 22. En la doctrina, Charro Baena, P.: "Titulares del derecho", en AA. VV.: *Comentario sistemático a la Ley de Dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y Normas Autonómicas*, Aranzadi, Navarra, 2008, pp. 181 y ss.; y en Rodríguez Rodríguez, E.: "Aspectos jurídicos de la dependencia en la comunidad autónoma de Galicia", *Dereito*, vol. 19, núm. 2, 2010, p. 10.

[429] Roqueta Buj, R.: "Principios básicos del sistema de protección social de la dependencia: el principio de igualdad territorial a debate", *Documentación Laboral*, núm. 102, vol. III, 2014, p. 36.

[430] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2012-9364.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los siguientes grados[431]: a) Grado I o dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal; b) Grado II o Dependencia severa: en caso de necesitar ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal; y c) Grado III o de gran dependencia: si la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, además, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Como podemos apreciar la intensidad requerida de apoyo externo, sea personal o material, aparece como el elemento clave para la inclusión de las personas dependientes en uno u otro grado. Así lo entienden también Sempere Navarro y Cavas Martínez al indicar que los grados se miden, por tanto, "no por la intensidad con que actúe la causa de dicha situación (por aclarar, una discapacidad, o enfermedad…) sino por la intensidad mayor o menor en que se presenta la necesidad de ayuda para realizar ABVD, que en todo caso han de ser más de una"[432]. En cambio, la necesidad de apoyo externo para la realización de las ABVD aparece configurada en relación a dos variables: una de carácter temporal y otra de carácter personal o técnico. El parámetro temporal vendría delimitado en referencia a una jornada diaria, mientras que el parámetro personal/técnico, lo sería por referencia a la intervención, sea mayor o menor, de una tercera persona (cuidador, profesional o no) y/o de la necesidad del uso de ayudas técnicas. De este modo, dependiendo de que el apoyo requerido sea ocasional, más o menos continuo o permanente en el día, y según exija o no la presencia permanente, indispensable y continua de un cuidador y/o ayuda técnica, así será también el grado reconocido. Todo ello, en referencia siempre a la realización de varias (dos o más, que no sólo una) ABVD[433].

El requisito al que se refiere el art. 5.1.c) de la Ley de dependencia, sobre la necesidad de residir en el territorio español durante al menos 5 años, de los cuales 2 deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, implica, de entrada, que la nacionalidad no tendrá la consideración de requisito necesario para acceder al SAAD, puesto que el legislador ha optado claramente por el criterio de la territorialidad al exigir, con independencia de la nacionalidad de la persona solicitante, un determinado período de residencia en territorio español que, en el caso de los menores de cinco años, se exigirá "*a quien ejerza su guarda y custodia*". Pero ello no quiere decir, sin embargo, que la nacionalidad sea irrelevante, puesto que el art. 5.2 de la Ley de dependencia indica acto seguido que, "*quienes carezcan de la nacionalidad española se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen*". Hay que tener en cuenta, por otro lado, que los nacionales de los Estados

[431] Recién aprobada la Ley de dependencia la doctrina ya hizo una primera aproximación a la interpretación de estos grados; puede consultarse en Cabeza Pereiro, J.: "Cuestiones sobre el seguro de dependencia", en AA. VV.: *La economía de la Seguridad Social. Sostenibilidad y viabilidad del sistema*, Laborum, Murcia, 2006 y en Lantarón Barquín, D.: "Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: conclusiones de su lectura", *Información Laboral*, núm. 1, 2006. En Barrios Baudor, G.L.: "La valoración de la dependencia", *Documentación Laboral*, núm. 102, vol. III, 2014, p. 97.

[432] Barrios Baudor, G.L.: "La valoración de la dependencia", ob. cit., p. 97, nota 10.

[433] Ibídem, p. 98.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

miembros de la UE, a los que ni siquiera alude la Ley de dependencia, tendrán el mismo trato que los españoles a efectos de dependencia, puesto que los Tratados de la Unión Europea garantizan a todos los ciudadanos de la UE la no discriminación por razón de nacionalidad y el derecho a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros. Y en cuanto a los nacionales españoles residentes en el extranjero, no podemos dejar de advertir que el principio de territorialidad acogido por la Ley de dependencia, al igual que sucede en el ámbito de la seguridad social, les "expulsa del sistema español de protección social"[434], quedando protegidos a efectos de dependencia en el país donde residan si este cuenta con prestaciones de protección a la dependencia.

En función de la nacionalidad de la persona dependiente habrá que distinguir, pues, hasta cuatro estatus jurídicos diferentes cuando menos:

a) El estatus de los nacionales españoles residentes en territorio español, a quienes bastará con acreditar su situación de dependencia y el requisito inexcusable de la residencia continua durante cinco años.

b) La situación de los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que residan en España, que será idéntica a la de los nacionales españoles a efectos de tratamiento de la dependencia en virtud del principio de libre circulación consagrado en el art. 45.1 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europeo, y que se acogerán, cuando proceda, a lo dispuesto en los reglamentos europeos de coordinación de sistemas de seguridad social[435].

c) La situación de los nacionales de terceros países, que se regirán por lo dispuesto en la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que sólo tendrán derecho de acceso al SAAD cuando obtengan la residencia legal en España por los mecanismos legalmente previstos (autorización de residencia y trabajo, arraigo, agrupamiento familiar, etc). Una vez obtenida la residencia legal, tendrán derecho a la libre circulación por el territorio español y a elegir su domicilio (art. 5), el derecho a la Seguridad Social (art. 10), el derecho a la asistencia sanitaria (art. 12) y el derecho a la asistencia y a los servicios sociales (art. 14), lo que incluye a los extranjeros con discapacidad y a los menores de dieciocho años, que podrán recibir el tratamiento, los servicios y los cuidados especiales que exija su estado físico o psíquico. Hay que tener en cuenta, por otro lado, que los nacionales de terceros países que residan legalmente en el territorio de un Estado miembro, también gozarán de libertad de circulación y de residencia, quedando homologados a los ciudadanos comunitarios a efectos de protección social en virtud de lo dispuesto en el Reglamento (UE) nº 1231/2010 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de noviembre de 2010 por el que se amplía la aplicación del Reglamento (CE) no 883/2004 y el Reglamento (CE) no 987/2009 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por los mismos.

---

[434] Lozano Lares, F.: *La protección social de las personas migrantes*, Bomarzo, Albacete, 2017, p. 8.

[435] Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, y Reglamento (CE) nº 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004. Como ya señalara la doctrina, "ambos reglamentos forman en conjunto el paquete legislativo que establece la "*coordinación modernizada*" de los regímenes de seguridad social" en Lozano Lares, F.: *La protección social de las personas migrantes*, ob. cit., p.31.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Mención especial requieren los menores extranjeros, que se acogerán "*a lo dispuesto en las Leyes vigentes del Menor, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, así como en los tratados internacionales*", tal como indica el último inciso del art. 5.2 de la Ley de dependencia, lo que implica una clara remisión a los mecanismos de protección social establecidos en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil[436].

En el caso de los nacionales de terceros países en situación irregular, hemos de advertir que el hecho de no estar en posesión de una autorización de residencia les acarrea una palmaria "situación de desprotección social"[437], por lo que sólo podrían acceder al SAAD quienes hubieran quedado en situación de dependencia como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, puesto que en estos casos rige el mecanismo del alta presunta o de pleno derecho. En cualquier caso, como ha indicado la doctrina, el hecho de que se le reconozca una prestación de seguridad social "*no modificará la situación administrativa del extranjero*", a tenor de lo dispuesto en el párrafo final del art. 36.5 de la Ley 4/2000, de 11 de enero, por lo que el reconocimiento por parte del INSS de una prestación por contingencias profesionales a un inmigrante en situación irregular no implica automáticamente la concesión de una autorización de residencia, sino que la persona interesada habrá de solicitarla formalmente en función de su nueva situación social[438].

d) El estatus de los nacionales españoles no residentes en España, que *a prio*ri no tienen derecho de acceso al SAAD porque no cumplen el requisito de la residencia, para quienes el gobierno podrá establecer las medidas de protección que estime convenientes, tal como indica el art. 5.3 de la Ley de dependencia, al igual que será el gobierno, previo acuerdo del Consejo Territorial, quien determine las condiciones de acceso al SAAD de los emigrantes españoles retornados (art. 5.4 de la Ley de dependencia). Para los españoles residentes en el extranjero, el sistema de Seguridad Social contempla la extensión de ayudas "asistenciales extraordinarias para residentes en el exterior", entre los que se incluye, entre otros, al colectivo de personas en situación de dependencia[439]. Y en lo que respecta a los emigrantes retornados, se les eximirá del requisito de residencia previa, atribuyéndose las competencias para ello a la Comunidad Autónoma de residencia del emigrante retornado; así, una vez valorada la situación de dependencia de la posible persona beneficiaria, se le reconocerá el derecho a integrarse en el SAAD, en su caso, y se le prestará el servicio o se le pagará la prestación económica que se determine en el programa individual de atención (PIA). Las prestaciones se reconocerán siempre a instancia de los emigrantes españoles retornados o su representante legal, extinguiéndose, en todo caso, cuando el beneficiario, por cumplir el período exigido de residencia en territorio español, pueda acceder a las propias prestaciones del SAAD[440].

---

[436] https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069.

[437] Lozano Lares, F.: *La protección social de las personas migrantes*, ob. cit., p.106.

[438] *Ibídem*, pp. 109-110.

[439] Ministerio de Inclusión, Seguridad social y Migraciones. Actuaciones: prestaciones y ayudas. https://www.inclusion.gob.es/web/ciudadania/actuaciones-prestaciones-y-ayudas

[440] Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. IMSERSO. Autonomía personal y Dependencia. Personas beneficiarias del SAAD. https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/preguntas-frecuentes/personas-

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En definitiva, podríamos concluir diciendo, de acuerdo con la doctrina social mayoritaria, que la Ley de dependencia más bien podría haber indicado que "son titulares los españoles y los extranjeros conforme a la legislación específica, que atiende al factor correctivo de la residencia en territorio nacional"[441], lo que viene a poner de manifiesto la pulsión universalista de la atención a la dependencia.

2.3.- La valoración de la situación de dependencia y el reconocimiento del derecho a un programa individual de atención y a las prestaciones sociosanitarias correspondientes.

La Ley de dependencia establece que el procedimiento para la valoración y reconocimiento de las prestaciones del SAAD es competencia de las CCAA [arts. 11.1 b) y e)]. Serán los organismos habilitados por estas, pues, los que reciben las solicitudes presentadas por las personas dependientes, proceden a la valoración de la situación de dependencia y dictan, en su caso, la resolución en la que se aprueba el Programa Individual de Atención (PIA) y las prestaciones correspondientes (art. 29 de la Ley de dependencia). El procedimiento de tramitación para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD vienen regulados en los Capítulos III (La dependencia y su valoración) y IV (Reconocimiento del derecho) de la Ley de dependencia. Cabe apreciar en ese conjunto de normas que es intención del legislador resaltar los aspectos más importantes del procedimiento, separándolos en dos bloques bien diferenciados: por un lado, la valoración de la situación de dependencia, y, por otra parte, el procedimiento administrativo de reconocimiento de la propia situación de dependencia y de los derechos que puedan corresponder a la persona dependiente tras ser evaluada. La valoración de la dependencia con la que se abre el procedimiento es la fase más técnica y específica, por lo que, a buen seguro, será la más importante de todo el procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones del SAAD[442]. A tenor de lo dispuesto en el art. 28.1 de la Ley de dependencia, el procedimiento se iniciará "*a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representac*ión", quienes tendrán que afrontar una tramitación administrativa de 5 fases, cuyas ideas generales se describen en las siguientes líneas[443].

beneficiarias-sistema-autonomia-atencion-dependencia. Durán Bernardino, M.: *Protección jurídico-social de los extranjeros dependientes*, en García Castaño F. J. y Kressova, N. (Coords.), Instituto de Migraciones, Granada, 2011, p. 825; o Maldonado Molina, J.A.: "La protección de los migrante-dependientes", *Documentación Administrativa*, núm. 276-277, 2007, p. 661.

[441] Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", ob. cit., p. 614. Vid. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía, Durán Bernardino, M.: *Protección jurídico-social de los extranjeros dependientes*, ob. cit., pp. 815-826.

[442] Barrios Baudor, G. L.: "Avances y disfunciones en el procedimiento de reconocimiento de la dependencia. La valoración de la dependencia", ob.cit., p. 100.

[443] Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): *Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del Sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*, Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia, 2017, p. 32 y 33.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Primera fase: presentación de la solicitud en el modelo oficial[444], acompañado de los documentos que se requieran, ante el órgano gestor correspondiente de la CCAA de residencia de la posible persona beneficiaria del derecho[445].

- Segunda fase: la valoración de la dependencia, a la que, por ser la fase más importante del procedimiento para alcanzar con éxito un "justo" reconocimiento del derecho sociosanitario, con la consiguiente asignación de prestaciones ("llave" de entrada al SAAD)[446], le dedicaremos un estudio algo más exhaustivo.

El art. 27.2 de la Ley de dependencia, concreta que, para la valoración de las personas dependientes y el establecimiento de los grados de dependencia, se aplicará el baremo que acuerde el Consejo Territorial, que necesitará la posterior aprobación por parte del Gobierno. Este baremo tendrá como referente la ya conocida Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) adoptada por la OMS, no siendo posible en el territorio español determinar el grado de dependencia mediante ningún otro procedimiento distinto al establecido por este baremo. Actualmente, la valoración efectiva de la situación de dependencia se efectúa mediante la escala establecida por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia (BVD), establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia[447]. El BVD establece los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona y de su capacidad para realizar las distintas AVD, así como los intervalos de puntuación para cada uno de los grados de dependencia, tal como exige el art. 26.2 de la Ley de dependencia, sin que falte el protocolo a seguir para la valoración de las aptitudes observadas en las personas dependientes[448]. Con todo ello se clasificará la situación de dependencia de la persona

---

[444] Para aquellas personas que acrediten en la solicitud el reconocimiento del complemento de Gran Invalidez o de la necesidad de concurso de otra persona, se les asignará el grado de dependencia que resulta de la aplicación de dicho baremo. Disposición adicional novena de la Ley de dependencia sobre efectividad del reconocimiento de las situaciones vigentes de gran invalidez y de necesidad de ayuda de tercera persona.

[445] Su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (BOE-A-2015-10565); que deroga la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (BOE-A-1992-26318), contemplada inicialmente en la Ley de dependencia.

[446] Para Mercader Uguina: "Por la dimensión de la población en situación de dependencia, el proceso de valoración y reconocimiento será uno de los grandes retos organizativos para las Administraciones Públicas. El baremo será, por tanto, la auténtica "llave" del sistema nacional de dependencia". Mercader Uguina, J. R.: "Titularidad, valoración y reconocimiento de las situaciones de dependencia", *Temas Laborales,* núm. 89, 2007, pág. 162. Al respecto vid., Durán Bernardino, M.: "La distribución constitucional y legal de competencias en el modelo de protección social a la dependencia", *Aranzadi Social,* núm. 8, 2013, p. 13; en Barrios Baudor, G. L.; "Avances y disfunciones en el procedimiento de reconocimiento de la dependencia. La valoración de la dependencia", ob. cit., p. 101.

[447] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2011-3174. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174 Con anterioridad a su aprobación, la valoración se llevaba a cabo conforme al baremo ya derogado (con fines de mejora), aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, que aprobó de forma inicial el baremo de valoración de la situación de dependencia (BOE-A-2007-8350).

[448] Título III. Medidas de racionalización del sistema de dependencia. Art. 22, apartado 11, párrafo 3, del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE-A-2012-9364). https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

interesada en alguno de los tres grados establecidos en el art. 26.1 de la Ley de dependencia (dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia), cumpliendo así con este requisito básico exigido por el art. 5.1.a) de la Ley de dependencia para poder acceder a los derechos del SAAD.

El anexo I del actual BVD será, en concreto, el instrumento práctico de valoración que determine las tablas de aplicación de actividades y de tareas para el posterior cálculo de las valoraciones en los diferentes grados, distinguiendo a partir de ahí las diferentes puntuaciones. Podemos comprobar así que para el grado I o dependencia moderada, la puntuación final del BVD queda comprendida entre 25 y 49 puntos[449] (por lo que una valoración inferior a 24 puntos impediría el reconocimiento del grado mínimo de dependencia exigido para ser persona beneficiaria del SAAD); para el grado II o dependencia severa, el baremo indica que su puntuación final estará comprendida entre los 50 y 74 puntos[450]; y para el grado III o gran dependencia, los puntos a alcanzar son de entre 75 y 100 puntos[451]. Este baremo es aplicable a cualquier situación de dependencia a partir de los 3 años. Para el colectivo de menores dependientes de 3 años, el BVD tiene un anexo II, "*Escala de valoración específica de dependencia para personas menores de tres años (EVE)*", con unos criterios de aplicabilidad específicos, aunque con una estructura parecida al anterior. Ambos anexos se complementan a su vez con otros dos Anexos III y IV que fijan las *"instrucciones para su aplicación*". Como se puede observar, máxime si analizamos con detenimiento el contenido de los 4 anexos, el procedimiento de calificación de los grados de dependencia no deja de ser un proceso aparentemente laborioso y complejo, por lo que cabe poner en duda su eficiencia administrativa. La dificultad no solamente cabe apreciarla por las exigencias del baremo oficial y de sus criterios, sino porque se reconoce implícitamente su complejidad aplicativa con la publicación por parte del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de numerosas guías oficiales para los evaluadores que tienen como objetivo ofrecer instrucciones útiles para la comprensión de las condiciones de salud en el proceso de evaluación de la situación de dependencia[452], dar orientaciones que faciliten la aplicación de dicho baremo de forma homogénea y eficiente en todas las CCAA, y servir de apoyo a la formación de los profesionales de los órganos de valoración, que en todo caso serán profesionales del área social y/o sanitaria[453].

La dificultad de la valoración se deduce asimismo, y esto es mucho más preocupante aún por la inseguridad jurídica que genera, de lo dispuesto en el art. 30.1 de la Ley de dependencia, que permita la revisión del grado de dependencia no sólo por "*mejoría o*

[449] Anexo I. Introducción.

[450] Ídem.

[451] Ídem.

[452] La última actualización de la web oficial del IMSERSO (3 de abril de 2023), contempla desde sus inicios 10 guías oficiales. Vid. https://imserso.es/el-imserso/documentacion/publicaciones/documentos-interes/guias-orientacion-profesional-valoracion-situacion-dependencia; En la doctrina, Rodríguez Iniesta, G.; "La valoración y determinación de la situación de dependencia. un proceso administrativo con más sombras que luces", ob. cit., p. 10.

[453] Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia. Párrafo siguiente del acuerdo Tercero (BOE-A-2007-11269). Es más, en el segundo párrafo del acuerdo Quinto del citado Acuerdo, de forma expresa, se señaló que: "El informe social constituye un elemento esencial e imprescindible para la elaboración del programa individual de atención".

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

empeoramiento de la situación de dependencia", lo que puede ser considerado como normal, sino también por "*error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo*"[454]. Esta última causa de revisión es insólita e introduce un significativo factor de inseguridad jurídica si tenemos en cuenta que puede confundirse con un cambio de criterio en la valoración[455], afectando a la complejidad del procedimiento administrativo (que de por sí, no es poca) y ralentizando la asignación de los servicios y/o prestaciones a las personas dependientes o a sus familiares, con el consiguiente perjuicio en caso de situación de vulnerabilidad y/o de necesidad urgente. Además de todo esto, dado que la valoración de la situación de dependencia también dependerá de los correspondientes informes sobre la salud de la persona, sobre el entorno en el que viva y teniendo en cuenta, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas (art. 27.5 de la Ley de dependencia), dicha valoración también queda impregnada, como ha advertido la doctrina, de un cierto grado de subjetividad por parte de las personas evaluadoras sociosanitarias, lo que entraña un factor de inseguridad jurídica adicional para la persona beneficiaria del derecho reconocido en Ley de dependencia[456], pese a las exigencias de objetividad de su art. 27.3 en relación con el baremo que ha de establecer el grado de autonomía de la persona, su capacidad para realizar las distintas AVD, la necesidad de apoyo y supervisión.

El art. 27.1 de la Ley de dependencia también nos recuerda la implicación de las CCAA en el procedimiento de valoración y en la determinación de los propios órganos de valoración[457]. No podemos olvidar que todas las competencias en materia de "*asistencia social*", entre las que se incluye la protección de la dependencia, fueron transferidas a las CCAA ex art. 148.1.20º de la CE, por lo que serán los órganos administrativos autonómicos, tras la fase de valoración, los encargados de emitir el dictamen sobre el grado de dependencia de la persona, especificando los cuidados (prestaciones y/o servicios) que la persona pueda requerir. Cuestión que abrió un nuevo debate en la doctrina, pensando en los posibles desequilibrios territoriales[458],

---

[454] Se modifica la rúbrica y el apartado 1 por el art. 22.14 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio. (BOE-A-2012-9364).

[455] Rodríguez Iniesta, G.; "La valoración y determinación de la situación de dependencia. Un proceso administrativo con más sombras que luces", ob. cit., p. 11.

[456] Ibídem, p. 5. En la misma línea, Barrios Baudor, G. L.; "Avances y disfunciones en el procedimiento de reconocimiento de la dependencia. La valoración de la dependencia", ob. cit., p. 96-103. Vid. Nota 37: "Siendo esto así, la valoración de la situación de dependencia no será tan objetiva como se pretende, no evitándose un cierto margen de apreciación por los órganos evaluadores ni las desigualdades entre personas en la misma situación de dependencia en función de las adaptaciones de sus casas, edificios o entorno humano"; y Roqueta Buj, R.: "La dependencia y su valoración", en Roqueta Buj, R. (Coord.): *La protección de la dependencia. Comentarios a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2007, pág. 149.

[457] Hasta el punto de que, según Monereo Pérez, la propia "universalidad del ámbito subjetivo de la protección, en cuanto serían beneficiarias todas las personas en situación de dependencia", ha de ser "acreditada mediante un complejo proceso de valoración de la misma por entidades especializadas y competencia de las CC.AA, al margen de su situación económica y cualquiera que sea el lugar en que vivan". Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", ob. cit., p. 612.

[458] Para Monereo Pérez, " la descentralización de los servicios sociales (desde donde parte la atención a la dependencia), está dando lugar a un incremento de los desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los mismos"; la protección no es de la misma intensidad en todos los casos, "pues se diferenciará por la capacidad económica de las personas y por el alcance tutelar que en cada Comunidad Autónoma se dé al derecho (…)". Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", ob. cit., p. 585 y 612 respectivamente.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que forzó la actuación del Consejo territorial para convenir unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración en las CCAA que, en todo caso, debían tener carácter público, no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas (art.28.6 de la Ley de dependencia)[459]. Así, en una reflexión conjunta sobre el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el propio Consejo territorial en su Acuerdo de 10 de julio de 2012[460], reconoció que se había producido "*una importante desigualdad de la aplicación de la Ley por parte de las Comunidades Autónomas ante situaciones de Dependencia similares, con desarrollos normativos dispares que afectan tanto a la prestación de servicios, al procedimiento y tiempo en acceder a las prestaciones y servicios, como a la determinación de la capacidad económica del usuario y su aportación al coste de las mismas. Para ello debe establecerse un desarrollo normativo mínimo, común y homogéneo que permita una aplicación coherente en todo el Estado de la normativa de la Dependencia, a fin de contribuir a garantizar el principio de igualdad*". Controversia que tendría fundamento en la copiosa doctrina desarrollada al respecto y a raíz del dudoso cumplimiento de los principios establecidos en los apartados b) y e) del art. 3 la propia Ley de dependencia, donde se alude, respectivamente, a *"la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación*", y a la "*valoración de las necesidades de la persona, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real*". Se trataría pues, en resumen, de que la valoración de la situación de dependencia, con independencia del lugar de residencia de la posible persona beneficiaria, resulte homogénea en todo el territorio nacional de cara a la concesión de sus posibles prestaciones y la cobertura de sus necesidades.

- Tercera fase: el dictamen o informe final. Será emitido por el/la profesional valorador/a y contiene el diagnóstico, la propuesta de grado de dependencia (sin grado, I, II, o III), al igual que los cuidados que la persona pueda requerir, referidos tanto a los servicios, como a las prestaciones del SAAD recogidos en el art. 15 y siguientes de la Ley de dependencia. Pero este dictamen final de valoración, como hemos visto, requiere de unos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración en todas las CCCA, por lo que, con el fin de asegurar y desarrollar la calidad de las valoraciones, el Consejo Territorial acordó la ampliación de la composición de los órganos de valoración con la incorporación de los Equipos Técnicos de Evaluación, Asesoramiento y Control[461], también conocidas en algunas CCAA por Comisiones

[459] El órgano encargado de valorar la dependencia será un órgano colegiado de naturaleza pública integrado por profesionales multidisciplinares que deberán funcionar con criterios comunes a todo el territorio español. López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", ob. cit., p. 26. Asimismo, coincidentes con los baremos empleados por la Ley autonómica de protección de la dependencia de la Comunidad de Cantabria y de la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; cfr. Mercader Uguina, J. y Muñoz Ruiz, A.B.: *La protección social de la dependencia*. *Comentario sistemático a la legislación reguladora de las pensiones,* Comares, Granada, 2004, pp. 847-851.

[460] I Razones que avalan las medidas de mejora propuestas. Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (BOE-A-2012-10468).

[461] Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. (BOE-A-2010-4162).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Técnicas de valoración o Comisiones permanentes de valoradores[462]. Estos órganos técnicos habrían de estar integrados por equipos multiprofesionales de carácter público y con enfoque interdisciplinar[463], y tendría, entre sus funciones, el encargo de colaborar, asesorar y, en su caso, elaborar el dictamen-propuesta de la situación de dependencia, determinando los diagnósticos que originan el grado, así como las AVD en las que las personas dependientes precisan cuidados. También entre sus funciones se contempla el deber de promover medidas formativas, asesorando de ese modo a las personas valoradoras en los procesos y técnicas de valoración, así como en la utilización del BVD[464]. La constitución de estos Equipos Técnicos de Evaluación además supone un referente técnico para la coordinación con otros equipos que en las distintas disciplinas de trabajo lleguen a atender a las personas que se valoran[465]. En esta fase hay que indicar además, como novedad, que, previo a la elaboración del dictamen-propuesta de la situación de dependencia, es preceptivo el informe de salud descriptivo de la condición de salud de la persona[466], con el fin de asegurar una mayor calidad de la información de las condiciones de salud a valorar, requiriendo para ello que el informe contenga consideraciones tales como el diagnóstico de las patologías codificados en el CIE 10[467] (señalando ineludiblemente las alteraciones del comportamiento o deterioro cognitivo), las limitaciones en las AVD y/o funciones o estructuras afectadas y los soportes terapéuticos, funcionales y/o ayudas técnicas prescritas. En todo caso, las personas solicitantes pueden complementar la información sobre su estado de salud aportando cualquier documentación complementaria.

Cabe concluir, por tanto, en relación a la relevancia del dictamen-propuesta, que, atendiendo a lo dispuesto en el art. 27.1 de la Ley de dependencia y a los criterios que fueron adoptados con el fin de asegurar y desarrollar la calidad de las valoraciones, el Acuerdo del Consejo Territorial de 25 de enero de 2010 observó que la aplicación del BVD por parte de la persona evaluadora carecía de eficacia jurídica si no era sometido a la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia[468]. Por ello, el dictamen-técnico de esta Comisión Técnica ha acabado resultando esencial en la tramitación del procedimiento administrativo, ya que tiene naturaleza de propuesta firme para la futura resolución de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, en virtud

[462]Barrios Baudor, G. L.; "Avances y disfunciones en el procedimiento de reconocimiento de la dependencia. La valoración de la dependencia", ob. cit., p. 107.

[463] Medicina, psicología, terapia ocupacional, enfermería, fisioterapia y trabajo social. Acuerdo segundo, apartado núm. 6. Resolución de 4 de febrero de 2010.

[464] Acuerdo primero, apartado b) y acuerdo segundo. Vid. ANEXO I. Formación básica para la cualificación de las personas valoradoras de la situación de dependencia, y Conocimientos a requerir a las personas valoradoras que apliquen el Baremo. Resolución de 4 de febrero de 2010.

[465] En la práctica las acciones más habituales son los cursos y planes de formación específicos, reuniones semanales o mensuales con los valoradores, jornadas anuales de intercambio de buenas prácticas o las orientaciones para la puesta en marcha de órganos valoradores *ad hoc*, articulado sistemas de control de calidad con órganos, equipos o comisiones. Barrios Baudor, G. L.; "Avances y disfunciones en el procedimiento de reconocimiento de la dependencia. La valoración de la dependencia", ob. cit., p. 107. Vid. Acuerdo tercero, apartado núm. 3. Resolución de 4 de febrero de 2010.

[466]Acuerdo tercero, apartado núm. 2. Resolución de 4 de febrero de 2010.

[467] Ministerio de sanidad. Clasificación internacional de enfermedades 10.ª revisión. Modificación clínica. Edición española. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos. Vid. https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/browser/diagnosticos

[468] Resolución de 4 de febrero de 2010.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de la cual se estimará o desestimará el derecho subjetivo, teniendo necesariamente que ser parte y estar integrado en el correspondiente expediente administrativo[469].

- Cuarta fase: la resolución administrativa de reconocimiento de la situación de dependencia. Con ella se concluye el procedimiento, determinándose "los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante según el grado de dependencia" (art. 28.3 de la Ley de dependencia). Debe ser expedida por la Administración Autonómica correspondiente, por las Diputaciones Forales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, o por la Dirección Territorial del IMSERSO en las ciudades autónomas de Ceuta o Melilla (que no tienen transferidas las competencias en materia de asistencia social), según corresponda a la residencia de la persona solicitante. Esta resolución administrativa tendrá validez en todo el territorio nacional (art. 28.2 de la Ley de dependencia) y, en el supuesto de cambio de residencia de la persona solicitante, la CCAA de destino determinará, en función de su Red de servicios y prestaciones, aquel que mejor le corresponda, lo que requerirá la revisión del Programa Individual de Atención (PIA) de la persona dependiente (art. 29.2 c) de la Ley de dependencia. Los cambios de residencia no impiden, en cualquier caso, que el grado de dependencia pueda ser revisable, sea a instancia de la persona interesada, de sus representantes o de oficio por las Administraciones públicas competentes, en base a las causas legalmente previstas, que son, como vimos, la mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia[470], y el error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo. De este modo, las prestaciones siempre van a poder ser modificables o extinguibles en función de la evolución personal del beneficiario, si varía cualquiera de los requisitos establecidos para su reconocimiento o se produce el incumplimiento de alguna de las obligaciones reguladas en la Ley de dependencia. Respecto a los plazos de resolución de los expedientes tramitados, por último, la Ley de dependencia delega en los reglamentos autonómicos que regulen el procedimiento de valoración y de reconocimiento de las prestaciones, que incorporarán los siguientes plazos: a) por norma general un plazo máximo de 6 meses, entre la fecha de entrada de la solicitud y la de resolución del reconocimiento de la prestación; b) en caso que la CCAA haya establecido un procedimiento distinto para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de prestaciones, el plazo máximo será de 3 meses; c) y un plazo máximo de 30 días naturales, desde la fecha de entrada de la correspondiente solicitud

[469] Ilustra el caso la queja aceptada núm.14016831, por la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, de la Defensora del Pueblo, Soledad Becerril con la Recomendación de "Incorporar a los expedientes administrativos el dictamen técnico de la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia, emitido en la fase de instrucción de los procedimientos administrativos de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema"; y dado que, como ejemplo de la queja, en tales expedientes no hay constancia del dictamen técnico emitido por la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia, por lo que se solicitó la remisión de información y documentación sobre el proceso de aplicación del baremo y valoración de la situación de dependencia, y en concreto sobre: las Actas de las sesiones de la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia, en las que se emitieron las propuestas de resolución sin grado de la afectada, certificado del Secretario de la citada Comisión en el que conste el sentido del dictamen técnico respecto a la valoración, fecha en que se aplicó el baremo en la tramitación del expediente (…), y remisión de una copia del BVD debidamente cumplimentada por la persona valoradora con indicación de los factores que determinaron una menor puntuación. https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/incorporar-a-los-expedientes-administrativos-el-dictamen-tecnico-de-la-comision-tecnica-de-valoracion-de-la-dependencia/

[470] El grado de dependencia reconocido será revisable a instancia de la persona interesada cuando acredite debidamente la concurrencia de agravamiento de carácter permanente, conforme a lo previsto en el art. 30 de la Ley de dependencia. Acuerdo tercero, apartado núm. 1 c). Resolución de 4 de febrero de 2010.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en el registro del Órgano competente, ante resoluciones de reconocimiento de la situación de dependencia de los menores de 3 años (valoración EVE), a fin de que los progenitores puedan acreditar la situación de discapacidad del hijo o menor, a los efectos de la ampliación del permiso de maternidad o paternidad y, en su caso, de los correspondientes subsidios[471].

- Quinta fase: la resolución del PIA. En esta segunda resolución administrativa se determinan de forma específica los servicios o prestaciones que se reconocen a la persona dependiente. El protagonismo será, en este caso, de los Servicios Sociales autonómicos, que a través de sus profesionales, trabajadoras sociales y psicólogas en su mayoría, establecerán un PIA en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona, de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución de su grado. En la concreción del PIA es fundamental la colaboración de los agentes implicados en el SAAD para alcanzar con éxito la asignación de los recursos y poder ofrecer un servicio de calidad a las personas dependientes. Será por tanto necesaria la participación, previa consulta, de la persona beneficiaria y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen. Igualmente, esta resolución podrá ser revisada no solo por el cambio de residencia o a instancia de la persona interesada, sino además de oficio, en la forma que determine y con la periodicidad que prevea la normativa de la correspondientes CCAA (art. 29.1 b) de la Ley de dependencia).

Como podemos ver, enlazando con lo que decíamos al inicio de este epígrafe, el procedimiento de valoración de la dependencia y el reconocimiento del derecho a las prestaciones sociosanitarias del SAAD es muy laborioso y complejo, por lo que la mayoría de las CCAA siguen trabajando para agilizar los trámites que han de seguir las personas que solicitan la valoración y el reconocimiento de la dependencia. Ejemplo de ello es el caso de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que recientemente ha modificado el procedimiento de gestión de la dependencia para que su tramitación sea más ágil, con el fin de dar una mejor respuesta a la ciudadanía y reducir las listas de espera. A tal fin, se reduce a una única visita al domicilio de la persona que solicita la dependencia, ya que hasta el momento eran necesarias dos visitas (una para la valoración, que originaba la primera resolución, y otra para la elaboración del PIA, segunda resolución). De ese modo, el procedimiento es más sencillo y rápido, quedando unificada en una sola resolución administrativa el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones[472]. Por tanto, en la situación actual, aún se sigue atendiendo a las recomendaciones de mejora y perfeccionamiento del SAAD, en colaboración con las CCAA, adoptando medidas que permiten configurar un sistema más justo, solidario y sostenible, que se preocupe por mantener intactos los derechos subjetivos de las personas dependientes, utilizando

[471] Acuerdo tercero, apartado núm. 4, criterio a) y b). Resolución de 4 de febrero de 2010.

[472] Decreto-ley 9/2021, de 18 de mayo, por el que se adoptan, con carácter urgente, medidas para agilizar la tramitación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (BOJA núm. 96, de 21 de mayo de 2021), y *Decreto-ley 3/2024, de 6 de febrero*, por el que se adoptan medidas de simplificación y racionalización administrativa para la mejora de las relaciones de los ciudadanos con la Administración de la Junta de Andalucía y el impulso de la actividad económica en Andalucía (BOJA núm. 34, de 16 de febrero de 2024). *Vide*, información general sobre el Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. https://www.juntadeandalucia.es/servicios/sede/tramites/procedimientos/detalle/2454.html

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

para ello herramientas de valoración más fiables, atendiendo a procedimientos homogéneos, más ágiles y flexibles, y que incorporen nuevas medidas que garanticen su calidad, como entre otras, el ofrecimiento de un catálogo de prestaciones y servicios más amplio[473].

3.- Servicios y atenciones que dan respuesta a las necesidades de las personas dependientes.

El Capítulo II de la Ley de dependencia está dedicado a los servicios y prestaciones que el Sistema Nacional de atención a la dependencia ofrece a las personas con necesidades de cuidados sociosanitarios. Como veremos en adelante, no podremos dejar de examinar este Capítulo sin tener en cuenta también a las personas cuidadoras (sean profesionales o no), y a los familiares de las personas dependientes; ni tampoco olvidar los objetivos con que se dispensan estas ayudas, siempre en un marco de exigible igualdad efectiva de oportunidades, tal y como precisa la norma, tratando de mejorar la calidad de vida y autonomía de las personas dependientes, a las cuales podrán llegar estas ayudas, tanto bajo la naturaleza de *servicios* como de *prestaciones económicas* (art. 14.1 de la Ley de dependencia). También la Disposición adicional tercera de la Ley de dependencia prevé la concesión de ayudas para la financiación de necesidades específicas, tales como ayudas técnicas o adaptaciones en el hogar, que son concebidos como recursos destinados a mejorar la movilidad y el desplazamiento de la persona, dentro y fuera del hogar. Estas ayudas tendrán la consideración legal de subvenciones, quedando pendiente su concesión de la "eventual voluntad política" de los agentes del Sistema ya que, como indica el texto legal, la "*Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal*". A nuestro criterio, coincidiendo con la doctrina, esta previsión legal, tal como está planteada a día de hoy, no es demasiado acertada y debería ser objeto de enmienda si tenemos en cuenta que la concesión de dichas subvenciones son discrecionales, lo que puede atentar nuevamente contra la "universalidad" propugnada

[473] IMSERSO. Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia. *Informe de la comisión*, ob. cit., p. 178. Además, entre las nuevas recomendaciones preocupa, la coexistencia de varios sistemas de valoración, el de discapacidad-incapacidad-dependencia. Éste supone una interferencia grave para la ciudadanía, provoca sobrecarga administrativa, y desorientación para acceder a servicios y prestaciones a las que se puede tener derecho. Igualmente, esta coexistencia supone una dificultad organizativa para las Administraciones Autonómicas, para la que se han encontrado soluciones muy variadas, desde la total desconexión entre unos y otros reconocimientos, hasta una homologación de intensidad variable. Pero en cualquier caso, la homologación o "pasarela" entre ambos reconocimientos siempre tiene como origen el de la dependencia. Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, 2022, p. 295. Igualmente, se recomienda al Gobierno de la Nación y, en su caso, a las Cortes Generales, entre otras cuestiones: a) adaptar el procedimiento de dependencia a las reformas en la legislación estatal en materia de procedimiento administrativo común, siendo necesario que se adecúe a las peculiaridades del derecho subjetivo de dependencia; b) promover, dentro del Consejo Territorial los cambios necesarios a fin de dotar de mayor seguridad jurídica a la efectividad del derecho subjetivo de dependencia; c) acelerar la tramitación del reconocimiento de la situación de dependencia… Informe de fiscalización de seguimiento de las recomendaciones realizadas por el Tribunal de Cuentas en el *«Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las CCAA para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia»*. BOE núm. 160, de 6 de julio de 2023, p. 95864.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

como uno de los principios rectores de la Ley de dependencia[474]. La alternativa más razonable sería, a nuestro juicio, que estas ayudas, destinadas a cubrir necesidades específicas que faciliten la autonomía personal, quedaran incorporadas al Catálogo de Servicios, destinando las citadas disponibilidades financieras para sufragar un nuevo servicio específico de accesibilidad y ayudas técnicas gestionado por el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (Ceapat)[475], siendo otra opción más de entre el resto de los recursos sociosanitarios permanentes que, por las características de las contingencias que protegen, podrían ser dispensadas en la modalidad de ayudas en especie, dado que ese es el rasgo singular de los recursos técnicos que se ofrecen a las personas dependientes con tales necesidades de forma puntual, tanto desde el ámbito social como desde el sanitario comunitario. Hay que advertir, además, como vimos en el apartado anterior sobre la valoración de la dependencia, que es obligada la detección de estas carencias por parte de los evaluadores en las posibles personas beneficiarias del SAAD (art. 27.5 de la Ley de dependencia). No olvidemos que para facilitar la autonomía personal, junto a la necesidad de contar con las personas cuidadoras (cuyo papel es prioritario), también se deben tener en cuenta las adaptaciones funcionales en los hogares, así como las ayudas técnicas, las órtesis y las prótesis que estas personas puedan requerir, entendiendo que todo ello supone un gasto económico importante para las personas dependientes o sus familiares que en ocasiones no pueden afrontar. Lo más eficaz sería, sin duda, que a través del SAAD se pudiera ofrecer apoyos técnicos y de innovación para mejorar la autonomía de las personas dependientes, ofreciendo información y difusión del catálogo de ayudas técnicas para posibilitar su uso entre los mismos beneficiarios del servicio[476], ofreciendo además la formación necesaria sobre su manejo a las personas usuarias, pero también a los familiares o los profesionales cuidadores, además de realizar otras actividades de asesoramiento y asistencia técnica a particulares o instituciones, así como a otros colectivos sociales del sector de los cuidados, pues no todos los dispositivos tecnológicos son universales, ni de fácil adquisición en el mercado, ni susceptibles de ser utilizados fácilmente, requiriendo en algunos casos adaptaciones de cierta relevancia. En definitiva, esta enmienda que proponemos de la Disposición adicional tercera de la Ley de dependencia, que a nuestro modo de ver la dotaría de una mayor potencialidad, podría contribuir a la renovación de parte de la estructura de los servicios del SAAD, permitiendo de forma universal la cercanía de los usuarios a los servicios de apoyo a la autonomía personal, y ofreciendo además los medios oportunos para la correcta utilización de la tecnología, cada vez más necesaria, para evitar así las posibles desventajas para determinadas

[474] López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", ob. cit., p. 36.

[475] La Orden de 7 de abril de 1989, creó el Centro Estatal de Autonomía Personal y de Ayudas Técnicas (Ceapat) del Instituto Nacional de Servicios Sociales como centro dependiente del IMSERSO (BOE-A-1989-8161). En 2006, el Ceapat entró a formar parte de la Red de Centros de Referencia Estatal (CRE), establecida mediante la Ley de dependencia. Los CRE responden al objetivo de ofrecer servicios sociales de calidad para atender a las personas en situación de dependencia y sus familias. Además estos centros de referencia son claves para la promoción, intercambio de conocimiento, formación de profesionales y prestación de servicios de una alta cualificación. Los CRE, por su propia descripción, tienen su ámbito de aplicación en todo el Estado, por lo que su ubicación no es un obstáculo en su acceso, sino un elemento de cohesión entre las distintas CCAA que lo conforman.

[476] El Catálogo de Productos de Apoyo, es un Servicio público gestionado por el Ceapat, que tiene como objetivo facilitar información sobre productos de apoyo disponibles en España. https://ceapat.imserso.es/catalogo-productos-apoyo

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personas en aspectos tan destacados para tener una vida con autonomía como la movilidad o el acceso a la educación, al empleo, la cultura y el ocio, entre otras[477].

En cuanto al acceso a los diversos "*servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia*" que integran el "*Catálogo de servicios*" establecido en el art. 15 de la Ley de dependencia, el legislador ha previsto que dichos servicios tendrán "*carácter prioritari*o" frente a las prestaciones económicas de carácter periódico, que quedarán vinculadas en todo caso, cuando sean concedidas a las personas dependientes, a la adquisición de un servicio, tal y como establece el art. 17.2 de la Ley de dependencia. Estos servicios podrán adjudicarse a las personas beneficiarias en función de la existencia de centros y servicios públicos (inclusive los privados concertados, debidamente acreditados) pertenecientes a la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las diferentes CCAA. El Catálogo de servicios de la Ley de dependencia ofrece una variada tipología de servicios sociosanitarios, susceptibles de poder adaptarse a las diferentes casuísticas de las personas dependientes, lo que resulta sumamente relevante en su traslación al contexto profesional de las personas cuidadoras, ofreciéndonos una idea previa del entorno, las condiciones de trabajo o las circunstancias en que estos profesionales van a desarrollar sus funciones y/o tareas. De forma breve, estos servicios podrían quedar descritos del siguiente modo[478]:

a) Los servicios de prevención y promoción de las situaciones de dependencia, desarrollados en el art. 21 de la Ley de dependencia, que tienen como finalidad prevenir la aparición o evitar el agravamiento de las enfermedades y las discapacidades, atenuando en la medida de lo posible las secuelas que de estas se deriven, pero que en la actualidad aparecen cuestionados por su escaso desarrollo, dado que supone un 5% en la estructura de prestaciones de la Ley de dependencia[479]. En la puesta en práctica de estos servicios es primordial la exigencia de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, desarrollando actuaciones conjuntas de promoción de unas condiciones de vida saludables, o programas específicos preventivos dirigidos a personas mayores, discapacitadas o con determinadas dependencias que se vean afectadas por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial debe acordar los criterios, las recomendaciones y las condiciones mínimas que deben cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia establecidas por las CCAA, prestando especial atención a los riesgos y actuaciones que pueden afectar sobre todo a las personas mayores.

[477] En nuestra misma propuesta de reforma, se plantea la necesidad de reforzar, diversificar y flexibilizar el acceso a las ayudas técnicas y los productos de apoyo: " (…) ahora todos los productos de apoyo están en el Sistema Nacional de Salud, las sillas de ruedas, los audífonos, los andadores, las prótesis de todo tipo. ¿Por qué no puede haber productos de apoyo provistos desde lo social o que tengan su propio diseño a partir de las actuaciones de la accesibilidad en el entorno de la persona? (…) ". Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 218 y 219.

[478] Sección 3ª, del Capítulo II de la Ley de dependencia, sobre Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, arts. 21 a 25.

[479] Con datos a fecha de 30 de junio de 2022 del Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 82 y 218.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

b) El Servicio de Teleasistencia, regulado en el art. 22 de la Ley de dependencia. Este servicio es de uso eminentemente tecnológico[480], y está enfocado hacia la comunicación psico-asistencial que deben mantener los/las profesionales con la persona dependiente en el propio domicilio. Hablamos de una transmisión de comunicación e información avanzada que facilita, en remoto, la asistencia personal al usuario/a, con el apoyo de los profesionales necesarios, que darán respuestas inmediatas, según cada caso, ante situaciones de emergencia, de inseguridad, de soledad o de aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al Servicio de Ayuda a Domicilio, y se prestará a las personas dependientes que no reciban los servicios de atención residencial y así venga establecido en su PIA[481].

c) El Servicio de Ayuda a Domicilio o SAD[482], del que se ocupa el art. 23 de la Ley de dependencia, constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo por los/as técnicos/as de la atención sociosanitaria, en concreto por las auxiliares del SAD, pues en su mayoría son mujeres[483]. Estas tareas son realizadas en el domicilio (o entorno próximo) de las personas en situación de dependencia a fin de atender las necesidades más elementales de la vida diaria, tales como la atención personal (aseo, vestido, movilizaciones o ingesta de alimentos) y las necesidades domésticas (limpieza, lavado, cocina), teniendo en cuenta que, según advierte la Ley de dependencia, estos últimos servicios "*sólo podrán prestarse conjuntamente con los anteriores*"[484]. Es decir, la atención en el hogar debe ir vinculada "necesariamente" a la atención personal, aunque de forma *"excepcional"* y "*justificada*", estos servicios podrán prestarse de forma separada cuando así se disponga en el PIA de la persona dependiente, teniendo en todo caso la Administración competente que motivar esta excepción en la resolución de

[480] Acuerdo de 19 de octubre de 2017 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación del contenido del Servicio de teleasistencia básica y avanzada previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Publicado por Resolución de 15 de enero de 2018, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, 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 determinación del contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada (BOE-A-2018-2143).

[481] En las aportaciones presentadas en el informe, sobresalen como nuevos servicios todos aquellos que favorecen el derecho de permanencia en el domicilio, entre ellos el servicio de teleasistencia avanzado, así como el uso de las nuevas tecnologías (18,8 % de uso, respecto al resto de la estructura de prestaciones de la ley de dependencia). Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 77 y 82.

[482] La situación del sector nos muestra, a mediados de 2022, que algo más de dos tercios del total de las prestaciones de la Ley de dependencia, son prestaciones en servicios (68,6%), de las cuales destaca por encima de todos ellos el SAD con el 22,2% de adjudicación de los servicios. Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 81.

[483] En los datos estadísticos del segundo trimestre de 2024, ofrecidos por el IMSERSO, en el informe de Empleo del sector servicios sociales, que ofrece una distribución por sexo de las actividades de servicios sin alojamiento (donde viene a encuadrarse el SAD), se constata un predominio en la actividad del 78,8% de mujeres, frente a un 21,2% de hombres, aumentando además la proporción de mujeres un 1,37% en comparación con el segundo trimestre de 2023.

[484] Se modifica el art. 23 de la Ley de dependencia por el art. 22.8 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado), aclarando que ambos servicios, el personal y el domiciliario únicamente se podrán prestar de forma conjunta.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

concesión de la prestación[485]. Esta relevante, y a nuestro juicio, necesaria modificación normativa, viene originada en los antecedentes del SAD, donde desde los inicios de esta actividad laboral, con un enfoque impreciso, destacaba el ejercicio de las tareas de atención doméstica respecto a las de atención personal, llevando este hecho a confusión a cerca del objetivo final del SAD (respecto a la intervención psicoasistencial a las personas dependientes), tanto para los propios beneficiarios del servicio, como para sus familiares, e incluso para las propias auxiliares de atención sociosanitarias, que encontraban ambiguas el ejercicio de las tareas de la profesión; siendo el quehacer doméstico más propio de otros profesionales que ejercen de forma exclusiva las funciones de limpieza y mantenimiento en el hogar. No obstante, esta cuestión contemplada en estos momentos de forma sucinta será abordada con mayor profundidad en el siguiente Capítulo de la tesis, cuando analicemos las tareas y funciones de cada uno de los profesionales que trabajan en los cuidados, en la que se podrá apreciar con mayor claridad las actividades que realizan cada uno de los profesionales sociosanitarios, en comparación a los/las empleados/as del hogar. Lo que sí es importante hasta el momento, es que la propia Ley de dependencia ante la controversia[486] rectificó al respecto, aclarando que ambos bloques de tareas, la atención personal y la atención doméstica, propias del SAD, debían presentarse de forma conjunta, y en caso de separarlas, de forma justificada.

d) El Servicio de centro de día y de noche (art. 24 de la Ley de dependencia)[487]. Es un recurso social y sanitario de tránsito que complementa a los cuidados ofrecidos en el hogar (cuidador/a familiar y teleasistencia). Puede considerarse, además, como una posible alternativa al ingreso de una persona dependiente en un centro residencial, puesto que su objetivo es ofrecer una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con la intención de mejorar o mantener el mayor nivel posible de autonomía personal. El segundo objetivo básico

[485] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013 (Disposición final decimosexta).

[486] Para comenzar, hay que decir claramente que estos trabajadores y trabajadoras no son "asistentes/as", "chicos/as de la limpieza" o "empleados/as de hogar", aunque a veces haya que hacer tareas que éstos también realizan. Rodríguez Rodríguez, P. y Valdivieso Sánchez, C.: *Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares*. 2ª Edición, Editorial Médica Panamericana (orig. 2003), 2009, p. 99. En la misma línea, (…) el trabajo del auxiliar domiciliario incluye funciones como los trabajos "generales y de atención en el hogar" o tareas domésticas (…), y por último, se pondrá en conocimiento de la coordinadora del SAD "cualquier problema no solucionable por el Auxiliar que se refiera al mantenimiento de la salubridad del hogar y del usuario/a", Mondragón Lasagabaster, J. y Trigueros Guardiola I.: *Manual de ayuda a domicilio. Formación teórico-práctica.* Siglo Veintiuno de España Editores S.A., 2002, p. 69. Fijémonos que la fecha original de estos primeros manuales de formación específicos para auxiliares de ayuda a domicilio, datan de 2002 y 2003. La Ley de dependencia fue aprobada en 2006, y hasta 2012 no fue modificada la norma. Al respecto, vid. Sentencia 1024/2020, de 24 de noviembre, de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo (Roj 2020, 4097) la cual confirma la plena validez del art. 17 del VII Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal sobre el mantenimiento de limpieza o ayuda a la limpieza de la vivienda de forma aislada, salvo casos específicos de necesidad que sean determinados por el técnico responsable, artículo que regula las funciones y tareas que estos/as profesionales deben desempeñar para atender de forma integral a las personas mayores y dependientes. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2018-12821.

[487] Supone un 7,2 % en la estructura de prestaciones de la Ley de dependencia (para el segundo trimestre de 2022). Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 82.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que pretende alcanzar este servicio es apoyar a las familias o personas cuidadoras, descargándolas de sus tareas de cuidados. Cubre, en particular, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, de prevención y rehabilitación, de orientación para la promoción de la autonomía y de atención asistencial personal, favoreciendo de ese modo la permanencia de estas personas dependientes en su ambiente familiar y social más próximo. La tipología de estos centros se adecuará a las peculiaridades de la dependencia y/o discapacidad, así como a la edad de las personas beneficiarias, pudiendo constituirse como Centros de día para menores de 65 años, Centros de día para mayores, Centros de noche o Centros de día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen (deterioros cognitivos, alzhéimer y otras demencias) o en función de las distintas situaciones de discapacidad[488].

e) El Servicio de atención residencial o SAR (art. 25 de la Ley de dependencia)[489], que también ofrece servicios continuados de carácter personal y sanitario en sustitución del hogar familiar, queda contemplado desde un enfoque biopsicosocial y como último servicio de carácter "institucional" incluido en el Catálogo de prestaciones. Más concretamente, entre las actuaciones que puede ofrecer este servicio a las personas usuarias están: alojamiento, manutención, higiene personal y todas aquellas actividades que no puedan realizar por sí mismas, así como, en su caso, atención sanitaria y psicosocial. A tal efecto, cada persona usuaria cuenta con un PIA de desarrollo personal con estimulación sensitivo-motriz, de psicomotricidad y comunicación, de realización de las AVD o de terapia ocupacional en función de sus necesidades. La tipología de estos centros dependerá de la naturaleza de la dependencia (personas mayores o discapacitadas), y del grado de dependencia e intensidad de los cuidados que precisan las personas, teniendo carácter permanente cuando el SAR se convierta en la residencia habitual de la persona, y carácter temporal, en cambio, cuando se atiendan a estancias transitorias de convalecencia o enfermedad de la persona usuaria, pudiendo preverse su uso incluso para periodos de descansos, durante las vacaciones, por fines de semana, o en momentos de sustituciones de las personas cuidadoras, sean profesionales, o no. El SAR será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados autorizados.
Por lo que respecta a las prestaciones económicas[490], la Ley de dependencia da prioridad a la prestación económica vinculada al servicio cuando no sea posible para

[488] A modo de ejemplo, sirven las diferentes modalidades existentes de este Servicio en la CCAA de Andalucía, que ofrece variados prototipos de servicios: Servicio de Centro de Día (SCD) con terapia ocupacional; SCD para personas con discapacidad intelectual; SCD para personas con discapacidad física y/o visual, o parálisis cerebral; SCD para personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta; o para personas con trastornos del espectro autista, y otras enfermedades mentales. De forma general, este Servicio está destinado a aquellas personas que, por su gravedad y necesidad de atención continuada, no pueden ser atendidas por su entorno familiar durante el día, o aquellas que debido a su discapacidad no pueden integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado (Servicio de Centro de Día con Terapia Ocupacional). Vid. Catálogo de prestaciones:https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusionsocialjuventudfamiliaseigualdad/areas/dependencia/prestaciones.html

[489] Supone un 15,4 % en la estructura de prestaciones de la Ley de dependencia (segundo trimestre de 2022). Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 82.

[490] Sección 2ª, del Capítulo II de la Ley de dependencia, sobre Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, arts. 17 a 20. Respecto a la estructura de las prestaciones económicas de la Ley de dependencia, en el segundo trimestre de 2022,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la persona dependiente una atención a través de los servicios públicos o concertados descritos con anterioridad; prestación económica que podría derivarse a la adquisición del mismo servicio adjudicado a la persona dependiente en el ámbito privado. Dicha prestación tendrá, en todo caso, carácter periódico y naturaleza personal. Por ello, las Administraciones Públicas competentes tienen la obligación de supervisar el destino y la utilización de estas prestaciones para que se ajusten a la finalidad con la que fueron concedidas. Además, se contemplan en la Ley de dependencia otros dos tipos de prestaciones económicas:

1ª) Por un lado, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales prevista en el art. 18 de la Ley de dependencia, donde se establece que la persona beneficiaria del SAD pueda percibir, de forma "*excepcional*", una prestación económica para ser atendida por familiares cuidadores no profesionales, siempre que se acredite que se cumplen las condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda, y así lo establezca su PIA, a tenor del art. 14.4 de la Ley de dependencia. Esta prestación económica, al quedar legalmente condicionada por su excepcionalidad, impide que las personas con necesidades de cuidados puedan elegir libremente a sus familiares para la realización de esas atenciones, vulnerando así, a nuestro juicio, el principio de autogobierno y la libre elección de las personas beneficiarias del servicio en el medio familiar, cuando esa es precisamente la realidad a la que hoy en día se enfrenta la gran mayoría de las personas con problemas de dependencia[491]. Ello implica, nuevamente a nuestro entender, la inadecuación de la Ley de dependencia a la realidad actual, por lo que, *de lege ferenda*, se debería eliminar el inciso "*excepcionalmente*", para hacer efectivo así lo dispuesto en el art. 3. i) de la propia Ley de dependencia, que consagra como uno de sus principios fundamentales la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el medio habitual en que desarrollan su vida. Y entendemos que, para permanecer en su entorno, la persona dependiente también debería tener como opción la atención por familiares cuidadores no profesionales junto a otras prestaciones como el SAD, aunque en estos casos (y en caso de compatibilidad de ambos servicios), la persona cuidadora, de forma exclusiva ya no podría ser un familiar, llegando a ser a lo mucho un modelo de cuidados compartidos entre el auxiliar de ayuda a domicilio y la familia, lo que puede ir en contra de la voluntad de la persona dependiente. Ese carácter excepcional de la prestación económica para ser atendida por familiares cuidadores no profesionales, resulta discordante, además, con el art. 3.k) de la Ley de dependencia, que persigue la integración de los propios familiares en la participación de la atención a la dependencia; e incluso con el art. 4.2.f) de la Ley de dependencia, donde se consagra el derecho de la persona dependiente a decidir, cuando

supuso un total del 31,4%, destinando, el 0,5% a las prestaciones económicas del asistente personal, y un 30,9% prestación económica de cuidados en el entorno familiar. El número de prestaciones en servicios (un 68,6%), incluye tanto los servicios prestados directamente como los asignados mediante una prestación económica vinculada al servicio. Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 82.

[491] López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", ob. cit., p. 39. En la misma línea otros estudios doctrinales confirman que la "excepción" de las prestaciones económicas otorgadas a cuidadores familiares son el grueso central de todas las prestaciones económicas del SAAD, por lo que se ha convertido en la regla. Una consecuencia no prevista que por su importancia en el desarrollo del SAAD tiene que ser objeto de una evaluación en profundidad. Rodríguez Cabrero, G.: "El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)", ob. cit., p. 49.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno. Se trata, en suma, de un planteamiento coincidente con la doctrina y con el último Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, elaborado por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España (2024), donde se corrobora que la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, a pesar de concebirse como una "excepción" al promulgarse la Ley de dependencia, su uso se expandió rápidamente[492].

En cualquier caso, y con cautela respecto a la eliminación del término *"excepcionalmente"*, coincidimos con la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales en que las personas beneficiarias del SAAD puedan elegir sin condicionantes la fórmula que mejor se adapte a sus necesidades, aunque advirtiendo sobre el impacto de género que podría suscitar la generalización de la opción la atención por familiares cuidadores no profesionales, al recaer mayoritariamente los cuidados familiares en mujeres, perpetuando así los roles de género. Por lo que además se puede optar por otras medidas complementarias que incluyan flexibilidad y compatibilidad de las prestaciones, así como mejoras en los servicios de atención domiciliaria[493]; a lo que habría que añadir, a nuestro juicio, la necesaria concienciación, a través de la información y la formación de las personas cuidadoras familiares, sobre la búsqueda del equilibrio en los roles de género, para el presente y el futuro ejercicio de las tareas de cuidados.

Por último, pero no menos importante, hay que tener en cuenta, respecto a la cuantía de este tipo de prestación, que su importe, al igual que para el resto prestaciones y servicios del SAAD[494], viene condicionado por el grado de dependencia y la capacidad

---

[492] A fecha final de la elaboración del *XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia* (diciembre de 2023), se observa como la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales del art. 18 de la Ley de dependencia, experimenta su mayor crecimiento desde 2010, con un crecimiento de esta prestación, un 19,34% mayor del que ya sufrió en 2022. Ramírez-Navarro J.M., Revilla Castro A., Fuentes Jiménez M., Sanz Yagüez D., Martínez i Llopis M., García Alonso E., y Cavero Cano G.: *XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Ed. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España, Málaga-España, 2024, p. 31. DOI: pendiente.

[493] *Ídem*.

[494] Según el art. 20 de la Ley de dependencia, las cuantías de las prestaciones económicas se acordarán por el Consejo Territorial, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto; a tal efecto se adoptaría el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, posteriormente actualizado por Real Decreto 675/2023, de 18 de julio (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado: BOE-A-2013-13811 Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.) Son interesantes al respecto los datos estadísticos actualizados en el *XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia* (2023), que a modo comparativo, analizan los siguientes aspectos: las prestaciones económicas por cuidados familiares tienen el importe medio mensual más bajo de todas las prestaciones y servicios, de 240,17 €; el SAD tiene un importe medio mensual de 339,78 €; y el servicio de centro de día/noche se presenta con un importe medio mensual de 305,28 €. Por su parte el servicio de atención residencial es el que tiene un mayor importe mensual medio, de 520,46 €/mes, y se aprecia cómo la diferencia entre esta cantidad y el precio que realmente abona la persona usuaria de un servicio residencial fácilmente triplica ese importe, por lo que constituye un "segundo copago" o "copago invisible" al alcance de muy pocas personas dependientes. VVAA.: *XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, ob. cit., p. 31 y 32.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

económica de la persona beneficiaria del Servicio[495] (art. 14.6 y 33 de la Ley de dependencia), y sólo será operativa cuando los familiares cuidadores se ajusten a lo establecido en las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social[496]. Por ello, el el Consejo Territorial, entre otras cuestiones y atendiendo a sus competencias, tiene la obligación de promover acciones no solo de protección social, como hemos podido observar, sino también de apoyo a los cuidadores no profesionales incorporando programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso (art. 18. 4 de la Ley de dependencia).

2ª) El segundo tipo de prestación económica contemplada por la Ley de dependencia es la de su art.19, relativa a la asistencia personal. El legislador define la asistencia personal en su art. 2.7 como "*el servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal*" (art. 2.7 de la Ley de dependencia), lo que, vinculado con lo dispuesto en el art. 19, posibilita el acceso a una prestación económica directa a la persona en situación de dependencia para la contratación de un asistente personal durante un número de horas que facilite a la persona beneficiaria, en cualquiera de sus grados, una vida más autónoma, el acceso a la educación y/o al trabajo, y el ejercicio de las ABVD. Gracias al acuerdo alcanzado en 2023 por el Consejo Territorial por fin se llegó a establecer las condiciones específicas de acceso a esta prestación[497], estableciéndose en su apartado primero el marco común de condiciones específicas de acceso a la asistencia personal y las características que deben quedar implantadas en el marco de la Ley de dependencia. Este acuerdo implica una reconceptualización del modelo de cuidados, que apuesta por una mayor desinstitucionalización, considerando la asistencia personal como uno de los "servicios" de mayor impacto en la autonomía personal y en los proyectos de vida independiente. El "carácter de servicio" otorgado a la asistencia personal fue refrendado, además, a los efectos de asignación del nivel mínimo de

[495] Según el art. 14.7 de la Ley de dependencia, la capacidad económica de las personas beneficiarias del SAAD se determina de forma reglamentaria, a propuesta del Consejo Territorial, en atención a la renta y el patrimonio del solicitante. En la consideración del patrimonio se tendrá en cuenta la edad de la persona beneficiaria y del tipo de servicio que se preste. Vid. Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado), en cuyo apartado Segundo, número 11º, sobre la aprobación de propuestas de mejora, se regula la "*Normativa para determinar la capacidad económica y aportación del beneficiario*".

[496] La Disposición adicional cuarta de la Ley de dependencia venía a referirse a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, instando al Gobierno a reglamentar la incorporación en la Seguridad Social, en el Régimen que les correspondiera, a los cuidadores no profesionales, así como los requisitos y procedimiento de afiliación, alta y cotización. Por lo que a día de hoy encontramos como regulaciones aplicables: el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia ; la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial del sistema de la Seguridad Social , y el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado), cuya Disposición adicional decimocuarta hace referencia al Régimen jurídico de los convenios especiales de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia.

[497] Acuerdo de fecha 12 de mayo de 2023, del Consejo Territorial, publicado por Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

protección, por el artículo 4.2. c) del Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia[498], donde se deja claro que a partir del día 1 de enero de 2014 (fecha de su entrada en vigor), "*todas*" las prestaciones del SAAD tendrían "*la consideración de prestaciones de servicios, con excepción de la prestación para cuidados en el entorno familiar, que tiene la consideración de prestación económica, salvo que, con cargo al nivel adicional autonómico, su cuantía fuera mejorada al formalizar la persona en situación de dependencia un contrato laboral con un tercero, al objeto de colaborar con el cuidador no profesional en las tareas del hogar de la persona en situación de dependencia, en cuyo caso tendrá la consideración de servicio*"[499].

Recapitulando sobre esta cuestión, coincidimos con la doctrina en que la cobertura de la contingencia de la dependencia aparece sistematizada en dos grupos: por un lado, las que tienen la consideración de prestación de servicios, y por otro, las prestaciones económicas (que, como hemos visto, también pueden tener la consideración de prestaciones de servicios), estableciéndose entre ellos una relación de jerarquía o de prioridad objetiva resuelta decididamente por la propia Ley de dependencia a favor de las prestaciones en servicios, hasta el punto de que las prestaciones económicas "con consideración de prestación de servicios" o bien tienen un carácter subsidiario[500], al quedar supeditadas ex art. 15 a la imposibilidad de atención a la persona dependiente mediante servicios públicos o concertados de la Cartera de Servicios (como en el caso de la prestación económica vinculada al servicio del art. 17 de la Ley de dependencia), o bien tienen un carácter "excepcional" en función de las necesidades específicas de la persona beneficiaria, tal como hayan sido valoradas por el personal Técnico sociosanitario y determinadas en su PIA (como en el caso de las prestaciones económicas para cuidados familiares y de asistencia personalizada, prevista en los arts.18 y 19 de la Ley de dependencia, respectivamente). En cualquier caso, la decisión final acerca del tipo de prestación a obtener, y su consideración como "servicio", parece seguir correspondiendo a la Administración autonómica competente más que a la libre elección de la persona beneficiaria[501].

Vamos a concluir este análisis de las prestaciones y servicio del SAAD con una última reflexión sobre la preocupación del legislador por la incompatibilidad entre las diversas prestaciones del SAAD, lo que aparece reflejado en el art. 25 bis de la Ley de

[498] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2013-13810 Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

[499] Cuando la prestación económica para cuidados en el entorno familiar esté complementada con una prestación de servicios para apoyo y atención domiciliaria a la persona dependiente y esta alcance la intensidad mínima para cada grado de dependencia, se considerará que la suma de ambas prestaciones equivale a una de servicios y si no alcanza la intensidad mínima se considerará como prestación económica [art. 4.2.d) del Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre].

[500] Art. 14 de la Ley de dependencia, en sus apartados 1 a 5.

[501] En otras palabras, el modelo de la Ley de dependencia obliga a la persona beneficiaria a adaptarse a los servicios sociales que le ofrezca el Sistema. Cruz Villalón, J.: "La protección social de la dependencia", ob. cit., p. 20; Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", ob. cit., p. 619.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dependencia[502], donde se contemplan tres posibilidades: a) la primera refleja que las prestaciones económicas del SAAD son incompatibles entre sí y con los Servicios del catálogo del art. 15 de la Ley de dependencia, excepto con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia; b) en cuanto a los Servicios, también serán incompatibles entre sí, aunque, una vez más, el servicio de teleasistencia puede ser compatible con el servicio de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal, de ayuda a domicilio y de centro de día y de noche; c) por último, se apela a la flexibilidad de las Administraciones públicas competentes para establecer ciertas compatibilidades entre las prestaciones de apoyo, atención y cuidados que puedan facilitar la permanencia en el domicilio a la persona en situación de dependencia; pero se trata de una compatibilidad condicionada a que la suma de estas prestaciones no sea ser superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas al grado de dependencia de la persona; donde a los efectos de la asignación del nivel mínimo establecido en el art. 9 de la Ley de dependencia, estas prestaciones tendrán la consideración de una única prestación. Por lo que ante este panorama el SAAD debe seguir realizando reformas encaminadas a mejorar la calidad de los servicios, su compatibilidad, así como el acceso ágil y flexible a las mismas prestaciones y servicios. Ya lo venía advirtiendo la doctrina desde la aprobación de la Ley de dependencia, de la laguna existente en orden a la interacción entre prestaciones, sobre todo respecto a la complementariedad entre las prestaciones de apoyo informal y de asistencia personalizada con el resto de prestaciones[503]. A día de hoy, aún se sigue pensando en mejorar la eficacia de las prestaciones económicas y servicios, con la necesidad de flexibilizar y de diversificar el catálogo de servicios a fin de reforzar los apoyos que se prestan en el domicilio a las personas con dependencia, así como a quienes les cuidan. Impulsando para ello fórmulas que permitan un acceso flexible a los cuidados profesionales que se reciben en el domicilio, y redefiniendo sobre bases diferentes a las actuales las prestaciones económicas, sea ésta la prestación económica vinculada al servicio, potenciando la prestación económica de asistencia personal, o creando nuevas prestaciones específicamente orientadas a la contratación de servicios profesionales a domicilio. Lo que requiere, además, establecer sistemas que permitan acompañar y asesorar a las personas en situación de dependencia en los procesos de contratación y gestión de esas prestaciones. En definitiva, si lo que se pretende es avanzar en la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia [art. 3 j)], irremediablemente habrá que modificar el régimen de incompatibilidades entre las prestaciones económicas y los servicios flexibilizando su combinación y personalización[504].

4.- Visión panorámica de los Servicios de atención a la dependencia en diferentes países de Europa.

[502] Añadido por el art. 22.9 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2012-9364.

[503] Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", ob. cit., p. 54. López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", ob. cit., p. 39.

[504] Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, ob. cit., p. 321-323.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Una vez analizado el contenido del Catálogo de servicios y prestaciones de atención a la dependencia en España, resulta de interés realizar un breve estudio comparativo con otras fórmulas organizativas de la atención sociosanitaria y sobre los servicios o prestaciones ofertados en materia de dependencia en diversos países de Europa. Aunque todos los países de la UE que hemos analizado tienen, en general, una cartera similar de servicios y prestaciones para las personas dependientes, basados fundamentalmente en la atención domiciliaria, la atención residencial, la atención de estancias diurna, los productos de apoyo o ayudas técnicas y las prestaciones económicas, sí que se pueden observar ciertas diferencias en los modelos organizativos de la atención a personas dependientes, tal como seguidamente vamos a poner de manifiesto.

- En Alemania, la atención a la dependencia queda cubierta a través del *seguro obligatorio de dependencia*, que es "una rama independiente" de la Seguridad Social alemana prevista para cubrir los cuidados socioasistenciales en caso de situaciones de dependencia[505]. El sistema alemán de atención a las dependencias es gestionado por las mutuas o cajas gestoras del seguro de dependencia de salud (*Pflegekassen*). Este seguro de asistencia sanitaria puede ser tanto público como privado, pero mientras que las personas afiliadas al seguro público lo estarán automáticamente al seguro de dependencia, aquellas que tengan un seguro sanitario privado, en cambio, deberán contratar a su vez un seguro privado de dependencia. La determinación del grado de dependencia es efectuada por el Servicio médico del seguro de asistencia sanitaria (*Medizinischer Dienst der Krankenversicherung*), que emitirá un informe donde se valora el grado de dependencia de la persona en base a ciertas cuestiones vitales: movilidad, capacidades cognitivas y de comunicación, problemas psíquicos y de comportamiento o capacidad para autogestionarse en el día a día, entre otras cuestiones que afectan a la situación sociosanitaria de la persona. Su financiación se sustenta sobre una cotización obligatoria de las empresas y de los trabajadores que asciende con carácter general al 3,4 % del salario, que abonarán a partes iguales la persona trabajadora y la empresa (1,7 % cada parte)[506]. En el caso de los pensionistas sin hijos/as (en la medida en que se piensa que requerirán en el futuro mayor apoyo sociosanitario formal), la cotización de la persona trabajadora, que deberá pagar en exclusiva quedando exenta la empresa, asciende a un 4 % del salario. El acceso a estas prestaciones socioasistenciales requiere de un periodo mínimo de carencia previa de dos años, dentro de los diez años anteriores a la solicitud; periodo de seguro previo que puede ser bien como persona trabajadora o bien como beneficiario/a familiar de un/a asegurado/a (*Familienversicherung*).

Al igual que en España, entre los Servicios alemanes de atención a la dependencia se incluye la asistencia a domicilio y la residencial, por lo que el uso de un servicio u otro va a depender de la necesidad de la persona y de su nivel de dependencia, contemplado

[505] Ministerio de Trabajo y Economía Social. El seguro de dependencia alemán - FAQs - Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en Alemania.

[506] Bases y tipos de cotización a la seguridad social para el año 2024. Aplicable a personas aseguradas con un hijo, menores de 23 años sin hijos, beneficiarias del *Bürger Geld* y nacidas antes del 1 de enero de 1940. Las que tienen al menos dos hijos menores de 25 años disfrutan de una deducción de las cotizaciones en un 0,25% por cada hijo del segundo al quinto. Esto se aplica también a pensionistas con hijos menores de 25 años. Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en Alemania. Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Trabajo y Economía Social. https://www.mites.gob.es/mundo/consejerias/alemania/ficheros/bases_y_tipos_de_cotizacion_a_la_seguridad_social.pdf

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

este, a diferencia de España, en 5 niveles (*Pflegestufen*). La flexibilidad de los servicios es otra de las características que diferencian al modelo alemán del SAAD español, puesto que la atención domiciliaria puede combinarse parcialmente con el subsidio asistencial (*Pflegegeld*)[507], previsto a partir del nivel 2 de dependencia, y el catálogo de prestaciones en especie (*Pflegesachleistung*) contempla otras medidas de atención a la dependencia tales como recursos para adaptar la vivienda (*wohnumfeldverbessernde Maßnahmen*), o ayudas técnicas (materiales e instrumentos) para el cuidado de la persona dependiente (*Pflegehilfsmittel*). Un hecho significativo al hablar de la cartera de servicios en Alemania es el creciente desarrollo de las viviendas alternativas, que entran en la categoría de viviendas comunitarias o apartamentos tutelados y que, por lo general, se basan en fórmulas muy innovadoras, a medio camino entre la atención residencial y la domiciliaria. En este sentido, durante los últimos años han experimentado un gran desarrollo las llamadas viviendas compartidas, asistidas o de grupo, que pueden englobarse de forma conjunta en el modelo de viviendas asistidas[508]. En España, en cambio, se estima que serían necesarias no menos de 30.000 plazas residenciales sólo teniendo en cuenta las personas con dependencia severa (Grado II) o grandes dependientes (Grado III), que están pendientes de una plaza residencial[509], por lo que nuestro país ya está mostrando una verdadera preocupación por la búsqueda de otras alternativas residenciales eficaces que, siguiendo el modelo alemán, partan de servicios múltiples, flexibles, adaptados a las persona en su propio entorno y complementados con viviendas o apartamentos compartidos para quienes no dispongan de una vivienda adecuada y que tengan necesidades de atención socioasistencial[510].

- En Italia, al igual que en España, los servicios y prestaciones de la atención a la dependencia se financian a través de impuestos y mediante la contribución de la persona asistida a través de un sistema de copago en base a su capacidad económica[511]. Asimismo, las distintas administraciones regionales han creado sus propios fondos para contribuir a su financiación (*welfare locale sociale e sociosanitario*), dotándolos

[507] Zalakain, J.: "La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa", *Revista Zerbitzuan*, núm. 77, 2022, p. 8. Para el año 2022, las cuantías de las prestaciones oscilaban entre los 125 euros para el acceso a un centro residencial o de día para las personas con el nivel mínimo de dependencia y los 2.005 para el acceso a residencias para personas de grado 5. Por la parte que le corresponde, la prestación económica para la atención en el domicilio por cuidadores no profesionales oscilaba entre 316 y 901 euros, mientras que la prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales estaba comprendida entre 689 y 1.995 euros mensuales. Cabe apreciar, por tanto, diferencias económicas significativas respecto a nuestro país tanto en el acceso a los cuidados (sean profesionales o no) como en el acceso a las instituciones sociosanitarias, siendo el importe de las prestaciones muy superiores a las que se conceden en España en cualquiera de los niveles de dependencia y modalidades de servicios.

[508] Montero, M.: "Alternativas de viviendas para personas mayores en Alemania", en Rodríguez Rodríguez, P. (Ed.): "Viviendas para personas mayores en Europa: nuevas tendencias para el siglo XXI", *Serie Papeles de la Fundación*, núm. 3, Fundación Pilares, 2018, pp. 91-136. Zalakain, J.: "La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa", ob. cit. p. 8.

[509] IMSERSO. Censo de residencias. Nota de prensa (a fecha de 27 de abril de 2024), de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2024/04/NOTA-PRENSA-Censo-de-Residencias-1.pdf

[510] Asociación de Directoras Y Gerentes de Servicios Sociales: *Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*, ADGSS, Madrid, 2021, pp. 19-21.

[511] Heras Hernández, M. M.: "Claves de la protección social de la dependencia en Italia: discapacidad y edad avanzada de la persona no autosuficiente", *Revista Derecho Social y Empresa*, núm. 8, 2017, p. 12.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de recursos propios que superan, incluso, el total anual del fondo nacional. Con la creación de estos fondos regionales se pretende alcanzar dos grandes objetivos en la atención a la dependencia: a) reconocer, por un lado, prestaciones económicas a favor de las personas cuidadoras, promoviendo su presencia en el entorno familiar[512]; b) y permitir, por otro lado, la consolidación de los servicios ya existentes, como los servicios residenciales o semi-residenciales (unidades de día) o el servicio de ayuda a domicilio en sus diversas categorías [asistencia a domicilio integrada (ADI/AIH), asistencia domiciliaria educativa para discapacitados (SD), asistencia domiciliaria para discapacitados (SADH) y asistencia domiciliaria para otras personas dependientes como empleados y jubilados, o sus cónyuges y familiares a cargo de primer grado dependientes][513]. La tendencia es conseguir que el acceso a los servicios asistenciales sea cada vez más equitativo para los ciudadanos, al tiempo que se garantiza la igualdad de oportunidades, con independencia de la zona en la que residan[514]. Otro servicio italiano que resulta interesante referir es el Servicio de *ayuda personal*, destinado a las personas con graves limitaciones, que se dispensa con el objeto de mejorar su autonomía personal. A estas personas se les otorgan ayudas técnicas o informáticas, prótesis u otro tipo de apoyos para promover su independencia, así como la integración social; se incluye entre el conjunto de estos servicios el de "interpretación" para aquellas personas que padecen una discapacidad auditiva muy grave. A pesar de la similitud en su denominación (más orientado al apoyo técnico de la persona), no se aprecia parecido entre este servicio y la *asistencia personal* prevista en el art. 19 de la Ley de dependencia española, puesto que, como vimos, su principal función reside en la integración social "completa" de la persona, facilitando además su acceso a la educación o al trabajo[515], y sin que esté únicamente limitado al ofrecimiento de ciertas ayudas técnicas que faciliten la independencia física de la persona. Concretando el caso de Italia, hay que advertir que su sistema de atención a la dependencia se sustenta sobre dos pilares, el social y el sanitario, puesto que se integra, por un lado, en el sistema de Seguridad social (con un ámbito regional y otro municipal) que centra su importancia sobre todo en las prestaciones económicas[516], a las que se accede por la valoración de la dependencia, sin limitación de edad y renta; y también se lleva a cabo, por otro lado, a través de la atención sanitaria a nivel regional y mediante servicios sociales locales (accediendo a estos últimos mediante diversidad de reglas de acceso y de copago). Resulta evidente, pues, la existencia de una compleja y desigual atención a la dependencia, que varía dependiendo de la organización y de la aportación de las

[512] En el caso italiano, la principal prestación es la prestación de acompañamiento (*indeminitá de accompagnamiento*), que se dispensa sin el requisito de un nivel de dependencia en concreto o de renta. Esta prestación tiene una amplia cobertura (el 10,9% de la población de 65 y más años), en comparación a la prestación de las personas cuidadoras informales (que cubre un 5,8% de la población), la atención residencial (con un 3,2%), y el servicio de asistencia domiciliaria para mayores de 65 años (el 4,7 %). Son datos del Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD), del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022), p. 31.

[513] Integrarsi in Valle Camonica. https://integrarsiinvallecamonica.it/es/categoria-servizi/servicios-de-ayuda-a-domicilio-discapacidad/

[514] María del Mar Heras Hernández, M.M.: "Claves de la protección social de la dependencia en Italia: discapacidad y edad avanzada de la persona no autosuficiente", ob. cit., p. 12.

[515] Ibídem, p.13.

[516] Distribución del gasto público en atención a la dependencia (1,7% del PIB, un 1% más que España), quedando el reparto, para el año de referencia de 2019, de la siguiente forma: ámbito residencial (28,2%), ámbito comunitario-domiciliario (19,5%) y prestaciones económicas (52,3%). Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD), ob. cit. pp. 31-32.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

regiones. Al igual que en España, el modelo italiano de atención a la dependencia muestra también una tendencia a la desinstitucionalización de la provisión de servicios sociosanitarios, la extensión de los servicios domiciliarios y la mejora de la calidad, con una oferta mercantil creciente[517].

- En el caso de Francia, la prestación de la atención a la dependencia (APA) no se incorpora al Sistema de Seguridad Social francés, pudiendo ser calificada como una prestación social "híbrida". Así, mientras que, por una parte, tiene los rasgos típicos de una prestación de Seguridad Social, dado que se trata de una prestación nacional y universal, no condicionada por el nivel de recursos de la persona, por otra parte, a su vez, tiene rasgos netamente asistenciales, puesto que es una prestación no contributiva, administrada y financiada parcialmente por las diferentes regiones francesas (*Départements*)[518]. Por tanto, el APA es financiado por el Consejo departamental, su importe dependerá del nivel de renta de la persona y resulta incompatible con otras prestaciones (asistencia social, ayuda del fondo de pensiones, beneficio por la ayuda de una tercera persona o compensaciones por discapacidad). Para beneficiarse de esta prestación de atención a la dependencia se deben cumplir varios requisitos: tener 60 años de edad o más, residir en Francia de forma estable y regular, y acreditar un grado de dependencia entre los niveles de 1 al 4, valorado por un equipo de profesionales del Consejo Departamental. El APA está exenta de impuestos, y el Consejo departamental tampoco podrá solicitar el reembolso de las sumas pagadas a la persona beneficiaria si su situación financiera mejora durante su vida, ni recuperarlas de su patrimonio en caso de fallecimiento. En cuanto a las modalidades de prestación, se puede otorgar a quienes vivan en casa, calificada de "APA en casa", y a quienes vivan en un centro residencial para personas mayores dependientes (EHPAD) o en una unidad de cuidados a largo plazo (USLD), que se conoce como "APA en una institución". En el primer caso, el APA en casa, es una ayuda económica para determinados gastos en caso de pérdida de autonomía, entre ellas el SAD, las ayudas técnicas, los artículos de higiene, la entrega de comidas, la teleasistencia, la adaptación del hogar, los centros de día, con y sin alojamiento temporal, y el transporte, por lo que el APA en casa ayuda a pagar la totalidad o parte de los gastos incluidos en este plan de asistencia[519]. En cuanto a la segunda opción, el APA en una institución (residencias de personas mayores y unidades de cuidados de larga duración), los cuidados están cubiertos por el Seguro de enfermedad de la persona, los servicios de alojamiento son pagados por el residente o por la asistencia social, y la asistencia y el apoyo relacionados con la dependencia se pagan en parte con el subsidio de autonomía personalizada, por lo que esta APA en un Institución únicamente ayuda a la persona dependiente a pagar los gastos de la residencia o de la unidad de cuidados a largo plazo, que será acorde con su nivel de dependencia. Además, la cuantía del APA no será la misma en casa que en una institución, por lo que si una persona recibe el APA en su casa y planea vivir en una residencia para mayores, la cantidad de APA asignada posteriormente en la institución será diferente. Ambas asignaciones también serán

[517] Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD), 2022, ob. cit. p. 31.

[518] Martin, P. y Molero Marañón, M.L.: "El sistema de protección social de las personas dependientes en Francia", *Revista Derecho Social y Empresa*, núm. 8, 2017, p. 8.

[519] La asignación del APA no está sujeta a comprobación de ingresos, pero más allá de los 877,90 € de recursos mensuales por parte de la persona beneficiaria, los gastos relacionados con el plan de asistencia quedan a su cargo. https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/l-apa-a-domicile (actualizado el 31/07/2024).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

incompatibles entre sí. El gobierno francés además del APA contempla otras ayudas sociales y prestaciones que afectan de forma directa a la dependencia, dado que van dirigidas a personas con diferentes tipos de discapacidades y a sus personas cuidadoras[520].

- Los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia y las Islas Feroe, Groenlandia y Åland), son un modelo a seguir sobre digitalización en la atención sociosanitaria para el resto de los países europeos. Una característica común de todos los países nórdicos es la financiación con fondos públicos tanto de la asistencia sanitaria como de la social[521], aunque también se pueden encontrar alternativas de financiación privadas. Con respecto al cuidado de las personas mayores, es también común en todos estos países el hecho de tener una gobernanza descentralizada donde se combina la regionalización sanitaria con la municipalización de los servicios sociales. En cuanto a la provisión de servicios[522], los respectivos gobiernos (en sus diferentes niveles), son responsables de diversos servicios digitales que redundan en el bienestar de las personas con necesidades de cuidados y que incluyen, entre otros, desde una Administración Pública electrónica a la telemonitorización de servicios y seguimiento de pacientes, así como servicios de educación remota, telemedicina, gestión y tratamiento de casos en remoto o servicios de gestión de clientes, por lo que tendríamos que hablar de una coordinación sociosanitaria (domiciliaria y residencial) avanzada, y un marco normativo de atención a la dependencia con estándares de calidad alto, preocupados por los sistemas de auditoría de supervisión, y con una gran variedad de sistemas de registros e indicadores de evaluación en pro de la calidad de los servicios[523]. Además de los servicios habituales de atención domiciliaria y residencial[524], en estos países se contemplan otros servicios de atención a las personas dependientes similares a los de España en el caso de la modalidad de prestaciones económicas. Sirva, a modo de ejemplo, el caso de Suecia, donde algunos municipios ofrecen, de forma discrecional, una prestación para

[520] Web oficial de información para las personas con discapacidad y sus cuidadores. Solicitud de pensión de invalidez: asignación, cuantía, acumulación | Mi viaje con la discapacidad (monparcourshandicap.gouv.fr)

[521] La financiación de los servicios sociosanitarios se genera a través de la recaudación de impuestos generales, siendo el gasto público destinado a los cuidados en estos países uno de los más altos de Europa (3,4% del PIB en Dinamarca, o 3,3% en Suecia; en comparación, el gasto público de España es del 0,7% del PIB). Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD), 2022, ob. cit. p 29.

[522] Públicos-privados, con predominio del sector público, pero con un sector mercantil en ascenso, como el caso de Italia o España. Ídem.

[523] Lundgren, A. *et altri*. "Digital Health Care and Social Care, Regional development impact in the Nordic countries". Nordregio Report 2020. Puede verse *on line* en: http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1478007/FULLTEXT02.pdf; en la misma línea, el Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD) 2022, ob. cit. p 29.

[524] En el caso de Suecia, en lo que se refiere a las fórmulas de alojamiento residencial, engloba dentro del concepto de alojamiento especial (*särskilt boende*), el conjunto de las plazas residenciales para personas mayores enmarcadas en el ámbito de los servicios sociales, si bien cabe señalar que, en la práctica, (debido a sus características arquitecturales y organizativas), estas plazas residenciales pueden estar más cerca de las viviendas asistidas o apartamentos tutelados de nuestro entorno que de los mismos centros residenciales clásicos. Zalakain, J.: "La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa", ob. cit., p. 13.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

las personas cuidadoras (*hemvardsbidrag*) que complementan, sin llegar a sustituir[525] a los servicios de atención directa (SAD). También pueden ofrecer una prestación (*anhoriganstallning*) que puede utilizarse para pagar al familiar que atienda a la persona dependiente en condiciones similares a los/as profesionales del servicio de asistencia domiciliaria (SAD), o para contratar un/a asistente personal con el objeto de cuidar a personas con discapacidad menores de 65 años[526]. También se contemplan otros dos servicios de interés en Dinamarca: por una parte, los municipios están obligados a ofrecer a todas las familias con menores de edad en situación de riesgo, y a mayores de 75 años, al menos una visita domiciliaria al año, de carácter preventivo, al objeto de revisar su situación funcional, social, psicológica y relacional; al igual que, por otro lado, están obligados a ofrecer un programa específico de actividades de rehabilitación a las personas usuarias del servicio de atención domiciliaria. Llama la atención la amplia flexibilidad respecto a los apoyos prestacionales (cuestión que se echa de menos en España), puesto que las personas en situación de dependencia que residen en sus hogares pueden recibir dos tipos de ayudas: a) una prestación para contratar a un/a asistente personal (que además puede ser una persona del entorno familiar y no necesariamente un profesional como el caso de España); b) una prestación económica para las personas cuidadoras que interrumpen su actividad laboral, estando dirigidas exclusivamente a quienes dejen temporalmente el mercado laboral para dedicarse a los cuidados[527].

- En Portugal, la prestación de *cuidados continuados integrados* a personas en situación de dependencia, dispensados a través de los Servicios de la Red Nacional Integrada de Atención Continua (RNCCI)[528], proceden tanto del Servicio Nacional de Salud como del sistema de la Seguridad Social. Como indica la doctrina portuguesa, la relación de atención y cuidados "comparten el mismo contexto de la recuperación global, y de la conservación y amparo de la personas, entendidos como un proceso activo y continuo, por un periodo que se prolonga más allá del necesario para el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad o de una intervención preventiva"[529]. De este modo, existen diferentes tipos de atención continuada integrada a personas dependientes, organizadas por Unidades: Unidad de Convalecencia (CU); Unidad de Mediano Plazo y Rehabilitación (UMDR); Unidad de Larga Duración y Mantenimiento (ULDM); Equipo Integrado de Atención Continua-Domicilio (ECCI). Con una mirada de atención especial a los cuidadores familiares principales (incluido

[525] Dependen de los municipios, y rondan los 500 euros mensuales. Zalakain, J.: "La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa", ob. cit., p. 13.

[526] Ídem. En la misma línea de análisis, sobre los diferentes tipos de prestaciones económicas destinadas a la atención a la dependencia de Suecia, el Informe de evaluación del SAAD, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022), refiere la siguiente distribución: prestaciones económicas para mayores de 65 años (tiene una cobertura poblacional de servicios del 11%), y respecto a las prestaciones económicas de las personas cuidadoras informales (cubre al 22% población mayor de 16 años). Si analizamos también la distribución del gasto público de las prestaciones (3,3 % del PIB), resalta el hecho de que del total del gasto, solo se destina un 2,7% a prestaciones económicas, a diferencia de la atención domiciliaria (44,7%), y de la residencial (52,6%). Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD), 2022, ob. cit. p. 29.

[527] Zalakain, J.: "La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa", ob. cit., pp. 13-14.

[528] Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci.

[529] Silveiro de Barros, M.: "La protección social de las personas dependientes en Portugal", *Revista de Derecho Social y Empresa*, núm. 8, 2017, p. 5.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

con el reconocimiento de su condición y acompañado de un subsidio propio de manutención)[530], derivada de las dificultades de apoyo familiar o de las necesidad de descanso, los cuidados de larga duración o de mantenimiento (ULDM), pueden proporcionar hospitalización a la persona dependiente hasta 90 días al año, pudiendo ser fácilmente gestionado por el/la cuidador/a principal al contactar con cualquier profesional de la Atención Primaria de Salud. Además de estas Unidades de atención general (Red General del RNCCI), existe otra especializada en Salud Mental (CCISM), que a su vez, incluye diferentes tipologías de Servicios, según la población a la que se dirija, ofreciendo a los "adultos", por un lado, hasta cuatro clases de servicios residenciales: los de formación en autonomía (RTA), las residencias independientes de salud mental (RA); los de Apoyo Moderado (RAMO); y el de máximo apoyo (RAMa); también para las personas adultas existen los recursos de Unidades Socioocupacionales (USO) y los Equipos de apoyo a domicilio (EAD). Por otro lado, la Atención Continua Integrada en Salud Mental (CCISM) atiende a "niños/as y adolescentes", ofreciéndoles Servicios adaptados al colectivo que mejoren su autonomía (RTA-A), de máximo apoyo residencial (RAMa-IA); socioocupacionales (USO-IA); y de apoyo domiciliario (EAD-IA). En la RNCCI, la persona usuaria de estos Servicios comparte los gastos relacionados con la prestación de atención de apoyo social en las modalidades de la Red General (Unidades de Mediana Duración y de Rehabilitación, y en las Unidades de Larga Duración y de Mantenimiento), así como en las de Atención Continua Integrada en Salud Mental. La contribución de la persona usuaria va a depender del ingreso del hogar, que debe ser calculado por el Equipo de Coordinación Local. En cuanto a la financiación del modelo portugués de atención a la dependencia, se establece una diferenciación entre: a) la parte cubierta por la Seguridad Social, que se transfiere directamente a la Entidad donde se encuentra ingresado el/la paciente; b) una fórmula de copago en virtud de la cual la persona usuaria debe firmar el "Término de Aceptación de Admisión (TA)", por el que se responsabiliza de garantizar el pago y de cumplir con las condiciones estipuladas, siendo los demás gastos que no formen parte de los Servicios y de Atención pactados, de exclusiva responsabilidad de la persona necesitada de cuidados, cuando así los solicite; y c) el ingreso a una Unidad de Convalecencia (CU) y de apoyo domiciliario (desde el ECCI), que es gratuito para la persona usuaria de estos servicios, siendo los costos asumidos por el Servicio Nacional de Salud u otros Subsistemas de Salud[531].

Una vez analizados estos servicios y prestaciones en diferentes países de la UE, podemos concluir que muchos de ellos tienen carteras de servicios muy similares, y que donde cabe observar diferencias significativas es en relación con las fórmulas organizativas (más o menos complejos) y en la distribución del gasto público dedicado a la atención a la dependencia (inversiones con mayores o menores partidas), lo que puede, cómo no, condicionar un mejor o peor avance de la calidad de estos servicios. Lo que sí parece claro es que la Estrategia Europea de Cuidados (2022)[532], orientada a garantizar unos Servicios de cuidados de calidad, asequibles y accesibles en toda la UE, y a mejorar la situación tanto de los receptores de los cuidados como de las

[530] Segurança Social: https://www.seg-social.pt/cuidador-informal.

[531] https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci.

[532] Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, sobre la Estrategia Europea de Cuidados. COM (2022) 440, de 7 de septiembre de 2022, Bruselas. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personas cuidadoras profesionales o informales[533], está consiguiendo que todos los países europeos centren sus esfuerzos en mejorar la atención de las personas dependientes, ya sea aumentando, por ejemplo, la oferta y la combinación de los servicios profesionales o informales de los cuidados de larga duración (Alemania y Países Nórdicos); consiguiendo que los Servicios sean accesibles para las personas con discapacidad (Italia), estableciendo criterios y normas de alta calidad para los proveedores de los cuidados de larga duración (Países Nórdicos) o apoyando a los cuidadores informales mediante formación, asesoramiento, apoyo psicológico y financiero (Portugal). No hay que olvidar, entre las propuestas europeas de atención a los cuidados sociosanitarios de larga duración, la relativa a las inversiones en el sector que favorezcan las condiciones de trabajo para atraer a más personas (en particular, a las más jóvenes, y a diferencia del servicio actual, sobre todo a hombres), promoviendo el diálogo social, garantizando los más altos niveles de salud y seguridad en el trabajo[534], o potenciando, como veremos en el capítulo siguiente sobre el modelo español, la educación, la formación profesional continua y las acreditaciones profesionales relacionadas con el sector de los cuidados. Aún así, España debería prestar atención en la mejora de algunas cuestiones de los actuales servicios de atención a la dependencia, especialmente en relación con el aumento del gasto público para poder ofrecer más servicios e innovadores como los nuevos modelos de atención residencial, la mejora de las prestaciones económicas de las personas cuidadores; la flexibilización de la atención, combinando servicios y prestaciones, la mejora de la equidad territorial y una modernización de la atención sociosanitaria apoyada en su digitalización. También debería haber una mayor preocupación por los sistemas de auditorías, de supervisión y control, en favor de la mejora de la calidad de los servicios, e incluso cabría plantearse la posibilidad de implantar nuevos sistemas de cobertura de la contingencia de la dependencia, ya sean públicos o privados, a través de cotizaciones o mediante el establecimiento del aseguramiento obligatorio de la contingencia de dependencia, posibilitando que, quienes tengan recursos suficientes, suscriban un seguro privado a tal fin, lo que podría ayudar a descongestionar las funestas listas de esperas, las cuales dejan a muchas personas dependientes sin atención, por desgracia, en el "limbo" de la dependencia.

CAPÍTULO IV. LA FORMACIÓN ASOCIADA AL SECTOR DE LA ATENCIÓN EN EL HOGAR Y DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS

1. - El surgimiento de nuevos perfiles profesionales en materia de cuidados.

La evolución del sistema productivo requiere la incorporación de nuevas competencias para las personas trabajadoras, de forma que puedan contribuir a mejorar la competitividad y el crecimiento de las empresas. La velocidad a la que se está produciendo este cambio precisa de una capacidad de adaptación y flexibilidad en los programas de formación, con el fin de prever y dar una respuesta ágil al mismo, ofreciendo personas suficientemente formadas para abordar nuevos perfiles profesionales. Es evidente que estas nuevas competencias afectan en desigual grado a

[533] Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030: *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, 2022, ob. cit. p. 13.
[534] *Ibídem*, p. 14.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los diferentes sectores profesionales. Sin embargo, existen algunas necesidades transversales a todas las profesiones que transitan en un contexto globalizado, como pueden ser la formación tecnológica, los procesos industriales digitalizados, la afectación por la economía circular y medioambiental, o incluso la aparición de nuevas redes de comunicación cada vez más rápidas y ágiles. Estos ejemplos a buen seguro quedarán obsoletos a corto plazo, por lo que es responsabilidad de los poderes públicos asegurar de forma continua una oferta actualizada de los requerimientos formativos específicos en cada sector profesional, así como de las nuevas profesiones emergentes[535]. Un sector productivo emergente es sin duda nuestro sector, el de la economía de los cuidados, y de manera especial los servicios de atención sociosanitaria a personas vulnerables, frágiles y dependientes; mayormente por la tendencia natural o innata que tenemos las personas de hacernos cargo de nuestros semejantes cuando así lo necesitan[536]. Pero esa necesidad de ocuparnos de los demás, cada vez más demandada, no puede limitarse a una ayuda estrictamente familiar y cercana; a estas alturas, ineludiblemente deben implicarse, cada vez más, y en mayor grado las instituciones públicas. El hecho de cuidar se debe mostrar desde estos momentos, como "un trabajo esencial" apelando al reconocimiento social, laboral y económico de las personas que cuidan, por lo que la formación en el ámbito de los cuidados y en la atención del hogar debe ser elemental, pues es un recurso crucial que colabora en la mejora de ese reconocimiento y que otorga, a su vez, la visibilidad social que necesitan[537]. Debemos aceptar que los patrones sociales han cambiado, que la familia tradicional está en retroceso, y que no hay relevo intergeneracional para el ejercicio de los cuidados (por la exigencia de determinada formación, la necesidad de acreditación, los nuevos perfiles profesionales, etc.)[538], por lo que estas tareas, cada vez más, están basadas en un coste-beneficio condicionado por la economía de mercado; e incluso advirtiendo de la incorporación creciente en el sector, la relación personal que atiende a un "cuidado colonial"[539] asignada a mujeres extranjeras que vienen de fuera de nuestras fronteras a realizar un trabajo que nosotros no queremos hacer[540]. Por lo que

[535] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2020-789. Preámbulo de la Orden PCI/18/2020, de 10 de enero, por la que se establece el Reglamento del Observatorio Profesional del Instituto Nacional de las Cualificaciones y se determinan las condiciones para el registro y reconocimiento de las entidades colaboradoras del Instituto Nacional de las Cualificaciones.

[536] Camps Cervera, V.: "Los derechos y deberes de los cuidadores". Encuentro celebrado por Jubilare, la comisión del Colegio de Registradores de España, dedicada a combatir el edadismo desde la crítica constructiva, Madrid, 2024.

[537] Grau Pineda, C.: "La formación profesional en el empleo doméstico: análisis del estado de la cuestión", *Lan Harremanak*, núm. 44, 2020, pp. 358-378.

[538] Acuerdo de fecha 2 de diciembre de 2022, del Consejo Territorial del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la creación de un grupo de trabajo que aborde la situación derivada de la falta de profesionales con formación en el ámbito del SAAD.

[539] Yanguas J.: "Los derechos y deberes de los cuidadores". Encuentro celebrado por Jubilare, la comisión del Colegio de Registradores de España, dedicada a combatir el edadismo desde la crítica constructiva, Madrid, 2024.

[540] El Estudio del Observatorio de las Ocupaciones del SEPE (2024), sobre "El empleo en España en el sector de los Cuidados de Larga Duración (CLD)" nos muestra datos en comparación al total del mercado de trabajo, sobre la contratación en los CLD de personas extranjeras por sexo y procedencia. En este caso, la tasa de contratos a personas extranjeras en 2023 es de un 23,18% del total del mercado, aumentando un 3,88% respecto del año 2019 que se cifró en un 19,30%. Respecto a la procedencia de las contrataciones, disgregado por sexo y en datos absolutos en el año 2023, para el Espacio Económico Europeo (en su mayoría procedentes de Rumanía, Ucrania, Italia y Portugal), engloba a un total de 2.610 hombres a diferencia de 21.267 mujeres, y para el resto de los países (tenía su origen en Colombia, Honduras, Perú, Venezuela, Nicaragua o Marruecos), una cifra de 22.278 hombres, y con un dato muy

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en base a estas cuestiones, la formación en atención y cuidados sociosanitarios debe ser decisiva, siendo enfocada bajo una nueva perspectiva que esté basada en la adquisición de nuevas habilidades personales y de competencias profesionales complementarias a las ya adquiridas (o de recualificación), adaptada a una nueva forma de entender los cuidados profesionalizados, donde el conocimiento debe ser un *valor estratégico* añadido al ejercicio profesional de la atención sociosanitaria[541], que favorece la productividad y la competitividad de las empresas[542].

Por tanto, es necesario dar la importancia que se requiere a la formación en este sector, teniendo en cuenta que si analizamos las cincuenta ocupaciones actuales con mayor contratación que nos muestra el Informe del Mercado de Trabajo Estatal (2024)[543], observamos que entre las veinticinco primeras ocupaciones encontramos todas las variantes posibles de las actividades vinculadas con el mantenimiento y la limpieza, así como a la atención personal a la dependencia[544], es decir aquellas relacionadas con los cuidados directos o indirectos que puedan recibir las personas dependientes. De este modo, según el listado de las ocupaciones actuales con mayor contratación en nuestro país: en el número de orden 4) nos encontramos al Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares, donde se encuadra el personal auxiliar de los servicios residenciales, como los/las limpiadores/as de residencias, centros de día, centros de estancia diurna o centros de atención a personas con discapacidad; en el número de orden 8) están los/las Ayudantes de cocina o pinches de cocina, también encuadrados dentro de la clasificación profesional del personal auxiliar de los servicios residenciales; el número de orden 10) coincide con los Cocineros/as asalariados/as, incluidos dentro de los mandos intermedios de los servicios residenciales; el número de orden 13), que corresponde a los/las Auxiliares de enfermería hospitalaria, con equivalencia al personal auxiliar de los servicios residenciales y de los servicios socioasistenciales, como los/las gerocultores/as o los/las auxiliares sociosanitarios; el número de orden 17) concretamente atiende a los Empleados/as domésticos/as; siguiendo con el número de orden 20) de la tabla, donde encontramos a los Trabajadores de los cuidados personales a domicilio o personal auxiliar de los servicios sociasistenciales, como los/las auxiliares de ayuda a domicilio o el asistente personal; también en el número de orden 24) se hace referencia a los Trabajadores/as de los cuidados a las personas en servicios de salud no clasificados bajo otros epígrafes, donde se pueden encuadrar a los Técnicos/as Superiores de Animación Sociocultural (TASOC), y a los oficiales y teleoperadores del Servicio de

superior de 173.422 mujeres. SEPE, Ministerio de Trabajo y Economía Social, *El empleo en España en el sector de los Cuidados de Larga Duración. 2024*, Observatorio de las Ocupaciones del SEPE, Madrid, p. 21, y en su estudio prospectivo, p. 34.

[541] Poyatos Chacón, M.F.: "Transición Justa en la Economía de los Cuidados", en Blázquez Agudo, E. M. y Sierra Hernáiz, E. (dir.): *La transición justa desde la perspectiva de género*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2022, pp. 128.

[542] Cristóbal Roncero, M.R.: *El permiso de formación para el empleo (análisis del artículo 23 del estatuto de los trabajadores)*, 23 Colección de Derecho del Trabajo y Seguridad Social, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2024, p. 135.

[543] SEPE, Ministerio de Trabajo y Economía Social, *Informe del Mercado de Trabajo Estatal 2024* (*Datos 2023*), Observatorio de la ocupaciones del SEPE, Madrid. Tabla 36. Las 50 ocupaciones con mayor contratación, p. 87

[544] INE: Tabla CNAE-2009, Grupo Q (grupo 87 y 88), referido a las "Actividades sanitarias y de servicios sociales" (de entre el análisis de los datos de este grupo, descartamos el subgrupo 88.99 referido a otras actividades de servicios sociales sin alojamiento no relacionadas con la atención a la dependencia); y Grupo T (grupo 97) en cuanto a las "Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico".

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

teleasistencia (TAD) de los servicios socioasistenciales; y así llegamos a la mitad de la tabla de ocupaciones actuales con mayor contratación según el Informe del Mercado de Trabajo Estatal (2024), donde en el número de orden 25) se sitúan los/las Cuidadores/as de niños y niñas en guarderías o centros educativos, que incluye el cuidado a niños/as con discapacidad.

Además, para dar consistencia a estos datos recurrimos igualmente al Informe Estatal del Mercado de Trabajo de las Mujeres (2024), que da a conocer la situación y la perspectiva del mercado laboral actual desde un punto de vista femenino. Se trata de un estudio que desde una perspectiva de género reconoce la importancia de los profundos cambios estructurales que está atravesando la sociedad española: atendiendo a las crecientes desigualdades en el acceso a los recursos, los constantes flujos migratorios, así como la problemática asociada al cambio climático y las dificultades energéticas[545]. Transformaciones todas ellas asociadas a la globalización y a la cada vez mayor interrelación de las economías y sistemas productivos, que resulta inseparable, a su vez, del cambio tecnológico, lo que indudablemente está modificando los patrones económicos, sociales y culturales de un modo que parece irreversible[546]. Y es en este contexto descriptivo donde podemos configurar el colectivo prioritario para el empleo de la atención sociosanitaria a personas dependientes, que, como cabe apreciar, está compuesto decididamente de forma mayoritaria por mujeres:

- En 2023, el comportamiento del mercado de trabajo femenino en tasas de paro, ocupación y actividad experimentó mejores variaciones en comparación al de los varones; empleándose las nuevas trabajadoras, en su mayoría, en empresas privadas del sector servicios como asalariadas en un 54,22%. Las trabajadoras asalariadas tenían una relación laboral temporal superior a la de los varones, en un 18,90% frente al 14,22%. Manteniéndose además la mayor diferencia de género en el empleo respecto a la jornada parcial, pues 7 de cada 10 contratos suscritos con este tipo de jornada fueron formalizados por mujeres, por lo que el subempleo sigue repercutiendo más en las mujeres que en los varones[547]. Siguiendo con los datos que ofrece el Informe del Mercado de Trabajo Estatal (2024), el principal motivo de tener jornada parcial es el "cuidado de niños o de adultos enfermos, incapacitados o mayores", por lo que además del elevado número de mujeres inactivas por cuidar a otras personas, hay que añadir un número elevado que están ocupadas a tiempo parcial también por este motivo[548]. Es decir, nos encontramos, nuevamente, con una mayoría de mujeres que

[545] Por lo que acorde a este nuevo cambio socioeconómico, la formación profesional "verde" es un Eje que se incluye en la Estrategia Nacional española de Transición Ecológica que dota un papel fundamental a la Formación Profesional con el deber de cumplir el objetivo de adaptar los puestos de trabajos a las nuevas exigencias actuales. Blázquez Agudo, E. M. y Sierra Hernáiz, E. (dir.): *La transición justa desde la perspectiva de género*, ob. cit., pp. 59-61.

[546] SEPE, Ministerio de Trabajo y Economía Social. *Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres Estatal 2024* (*Datos 2023*), Observatorio de la ocupaciones del SEPE, Madrid. Por parte de la doctrina, Lozano Lares, F.: "Los efectos sinérgicos de la prestación de servicios en plataformas *on line*, el trabajo de cuidados y el trabajo no declarado como retos de trabajo decente en la nueva sociedad digital", e-Revista Internacional de la Protección Social (e-RIPS), vol. VI, núm. 2, 2021, pp. 227-271.

[547] SEPE, Ministerio de Trabajo y Economía Social. *Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres Estatal 2024* (Datos 2023), ob. cit., p. 17-18.

[548] SEPE, Observatorio de las ocupaciones. *Informe del Mercado de Trabajo Estatal 2024* (Datos 2023), ob. cit., p. 20.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

compaginan actividades de cuidados a personas dependientes, pivotando entre el ámbito de la atención familiar privado y el profesional de atención público.

- Entre las 15 actividades económicas con mayor número de afiliadas, y concretando porcentajes de afiliadas sobre el total de afiliación en esa actividad económica, llama la atención los siguientes datos: a) en las actividades de los hogares como empleadoras de personal doméstico se alcanza un 89,48% de mujeres por actividad económica; b) en las actividades de servicios sociales sin alojamiento (para las auxiliares de ayuda a domicilio y/o las asistentes domiciliarias, teleasistencia, centros de día/noche y prevención)[549] el porcentaje alcanza un 83,93% en la actividad, y que de forma sorprendente alcanzó un 10,97% de variación en las afiliaciones respecto del año 2022 al 2023; y c) respecto a la asistencia laboral en establecimientos residenciales también el porcentaje es elevado, con un 79,23% de mujeres por actividad económica y un incremento en el mismo periodo anterior, de un 1,84%. Las actividades particulares sanitarias son otras de las actividades económicas con mayor número de afiliadas, un 73,92%, y con un incremento anual del 2,93%[550]. Por lo que, como podemos observar, el ámbito de trabajo sociosanitario es cuasi exclusivo de mujeres.

- La evolución de la contratación conduce a un mayor envejecimiento del mercado laboral para las mujeres, pues las mayores de 45 años son las más beneficiadas, recayendo el mayor número de contratos en puestos de trabajo de baja cualificación (sin acreditación, estudios primarios y/o secundarios)[551]. Y precisamente en las contrataciones con niveles de cualificación más bajos, es donde se dan las tasas más altas de mujeres extranjeras. La mayor proporción de contratos a personas extranjeras se produce en aquellos con estudios primarios/no acreditados, con un 41,48% de cobertura, y a medida que aumenta el nivel formativo de la persona contratada se incrementa la presencia femenina (en comparación con los varones), reduciéndose la tasa de extranjeros/as, sobre todo en los ciclos superiores de formación profesional y/o de estudios universitarios[552].

- En definitiva, las actividades económicas más relevantes en la contratación femenina están vinculadas al sector servicios. Destacan la elevada tasa de mujeres en las actividades relacionadas con la asistencia en establecimientos residenciales con un 84,18%, los servicios sociales sin alojamiento, que alcanzó el 84%, y en las sanitarias, que superó el 72,20%. Son las actividades de los hogares como empleadoras de personal doméstico la más feminizada con un 87,92% de mujeres por actividad económica, y concretamente las que tienen mayor estabilidad en el empleo en la que casi el 89% de los contratos son indefinidos[553].

- Ultimando los datos estadísticos, para la incorporación al mercado de trabajo, las tres ocupaciones que tienen una mayor tasa de mujeres demandantes de empleo fueron: la

[549] CES: *Informe 03/2020 sobre el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, CES, Madrid, 2020, p. 202 y 212.
[550] SEPE, Observatorio de las ocupaciones. *Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres Estatal 2024* (Datos 2023), Análisis de la Tabla 4. Actividades económicas con mayor número de afiliadas, ob. cit., p. 23.
[551] *Ibídem*, p. 25-26.
[552] SEPE, Observatorio de las ocupaciones. *Informe del Mercado de Trabajo Estatal 2024* (*Datos 2023*), ob. cit., p. 37.
[553] *Ibídem*, p. 28-29, y 41.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de empleo domésticos con un 97,61%, la de cuidadores de niños en instituciones socioeducativas con un 97,47%, y la de trabajadoras de los cuidados personales a domicilio con un 95,08%[554]. Por ello, el perfil más frecuente de la persona demandante de empleo sigue siendo el de una mujer, con un nivel de estudios que no supera la Educación Secundaria Obligatoria, una edad igual o superior a los 55 años, y que solicita empleo en el sector servicios[555]. Y es que sigue habiendo bastantes actividades en las que el número de demandantes de un sexo predomina considerablemente sobre el otro; lo que ocurre en las actividades del hogar, empleador/a personal doméstico, o en las actividades sanitarias y de servicios sociales, donde el porcentaje de mujeres paradas se sitúa en el 91,40% y el 84,18% respectivamente[556].

Concluyendo, se puede confirmar que la actividad de la atención y cuidados sociosanitarios, ofrecida en el mercado actual, sea de forma directa o indirecta, sigue siendo un yacimiento de empleo en alza para las mujeres, sobre todo para aquellas mayores de 45 años, que incluso siguen manteniendo altas tasas de demanda de empleo. Lo que a nuestro juicio hay que pensar es cómo de forma atrayente, estas mujeres, incluidas las más jóvenes, pueden alcanzar nuevas competencias profesionales que encuadren en el sector de la atención a la dependencia, y sin dudarlo a estas alturas, competencias que integren los cánones del trabajo decente, apelando a la igualdad de género, así como al reconocimiento social, laboral y/o económico. No cabe otra alternativa que enfocarlo así, pues es un sector profesional en auge que avanza rápidamente, y en el que están apareciendo nuevos roles especializados que deben ser cubiertos, tales como: los profesionales de referencia, que trabajan en el empoderamiento de la persona, su acompañamiento diario o en la consecución de su plan de vida personalizado; los gestores de casos o facilitadores que coordinan los Proyectos y planifican los apoyos para las personas dependientes; los conectores comunitarios cuyo objetivo es vincular a la persona con su comunidad; o los asistentes personales, los/las nuevos/as cuidadores/as profesionales que hasta el momento poco ha promocionado la Ley de dependencia (art. 19 de la Ley), y que realizando un cuidado directo, favorecen la autodeterminación de la persona, la toma de decisiones y la participación constante en las actividades, por lo que cada vez es más necesario este perfil profesional. Los estudios prospectivos en cuidados de larga duración contemplan otros roles especiales en los cuidados que podrán ser asumidos por los coordinadores o responsables de Unidades de Convivencia, los gestores organizacionales, los promotores de cambio, los expertos por experiencia (asimilables a supervisores[557]), los expertos conductuales, los mediadores que buscan desarrollar entornos de aprendizaje y de vida positivos, los líderes en la práctica (asimilables a facilitadores), además de los profesionales especializados que formen equipos para la promoción de la autonomía personal. Según los expertos todas estas figuras requieren nuevas necesidades formativas y competenciales[558].

---

[554] *Ibídem*, p. 43-44.

[555] *Ibídem*, p. 49.

[556] *Ibídem*, p. 54.

[557] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2022-1058. Real Decreto 46/2022, de 18 de enero, por el que se establecen determinadas Cualificaciones Profesionales y se incluyen en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, entre ellas la de "Supervisión de la atención sociosanitaria para la promoción de la autonomía personal (SSC779_3).

[558] SEPE, Ministerio de Trabajo y Economía Social, *El empleo en España en el sector de los Cuidados de Larga Duración. 2024,* ob. cit., p. 33-38.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.- El contexto jurídico-formativo de las Competencias Profesionales sociosanitarias en España.

Una de las premisas con mayor peso en esta investigación es la apuesta por la formación, que desde los inicios de intento por profesionalizar los cuidados, y aún más desde la aprobación de la Ley de dependencia (2006), fue concebida como necesaria para contribuir a contrarrestar la precariedad laboral que sufría el sector[559], ayudando con ello a dignificar un empleo que está lejos aún de contar con los cánones aceptables para considerarlo como un trabajo decente. Aunque la instrucción del sector es fundamental para promover estos cambios, lo que, a nuestro juicio, coincidente con la doctrina, sigue sin estar correctamente atendida[560], a pesar de la demanda creciente de estos servicios, pues como hemos podido concluir de los datos estadísticos del mercado de trabajo, el incremento de la demanda y de la oferta es evidente, teniendo en cuenta que cada vez son más las familias que eligen trabajar en otras ocupaciones, y que por ello requieren contar con personal doméstico cualificado que atienda tanto a los cuidados personales como a los domésticos intrafamiliares[561]. Por el lado de la oferta de estos servicios, también llega a ser una reivindicación palpable del sector, con peticiones de mejoras, sobre todo en la organización de las actividades formativas por parte de las Administraciones o de las empresas que la dispensan, con el agravante de que, además, las trabajadoras aún no tienen consolidada una cultura laboral enfocada hacia la formación inicial y continua[562]. Es por ello que, hasta el momento, la importancia de la cualificación profesional en el ámbito sociosanitario se ha venido materializando, sobre todo, a través de la experiencia homologada mediante los Certificados de Profesionalidad[563], que viene siendo la vía más rápida de acreditación profesional, ya que muchas de las personas trabajadoras en este sector tienen una dilatada experiencia en cuidados (pues han trabajado a lo largo de su vida en centros de educación especial, comedores infantiles, guarderías, cuidando a sus familiares o como empleadas de hogar…), pero no disponen de una certificación oficial que avale la formación necesaria para poder incorporarse o mantenerse en el mercado de trabajo, y de ese modo poder optar a un empleo.

---

[559] Bermejo García, L.: "La situación de los sistemas de formación y de cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes. Propuestas de avance en la elaboración de perfiles ocupacionales y en la formación por competencias", *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, nº 50, 2006; Martínez Qués, A.A.: "La Dependencia, los Cuidadores y la Necesidad de Formación", *Artículo Editorial enfermería Docente*, núm. 87, 2007, pp. 2-4; Cachón Rodríguez, L.: "La formación y los nuevos yacimientos de empleo en España", *Reis*, núm. 77-78, 1997, pp. 117-135.

[560] Grau Pineda, C.: "La formación profesional en el empleo doméstico: análisis del estado de la cuestión", ob. cit., p. 360; y otros autores como Sanz Sáez, C.: " Profesionalización efectiva del servicio doméstico. Un trabajo pendiente", *Lex Social*, vol. 9, núm. 2, 2019, pp. 307-325.

[561] Grau Pineda, C.: "La formación profesional en el empleo doméstico: análisis del estado de la cuestión", ob. cit., p. 359.

[562] Cuando las trabajadoras de la atención sociosanitaria toman la palabra, sí son conscientes de sus déficits y echan en falta más formación sobre temas como primeros auxilios o sobre el trato con personas que padecen enfermedades mentales o deterioros cognitivos, entre otros asuntos; pero la modalidad formativa que se adapte a las necesidades de este colectivo es un tema pendiente de ser debatido para que sin duda, sea aprovechable. Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, Sª del Sector de Salud, Sociosanitario y Dependencia FeSP UGT, 2018, p. 134.

[563] Amplía la información acerca de los Certificados de Profesionalidad de forma detallada la página web del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, todofp: https://todofp.es/que-estudiar/certificados-profesionalidad.html

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La tendencia a día de hoy sigue encaminada a facilitar la integración de las personas cuidadoras en el ámbito laboral, ya siempre de forma acreditada, lo que permite dar respuesta en mejores condiciones a los futuros puestos de trabajo en los diferentes espacios laborales, sean domiciliarios o institucionales[564]. En ese sentido, al igual que los demás profesionales, las personas que trabajan en los cuidados sociosanitarios también tienen un derecho intrínseco en el marco de sus contratos de trabajo a una formación actualizada y de calidad[565], así como a la acreditación de su correspondiente cualificación profesional a falta de dicha formación oficial. No podemos pasar por alto el respaldo constitucional que tienen estos derechos atendiendo a preceptos tales como el art. 27 CE (derecho a la educación y libre enseñanza), el art. 35.1 CE (derecho a la promoción a través del trabajo), el art. 37 CE (que garantiza la fuerza vinculante de los convenios y la negociación colectiva, donde la formación puede alcanzar una posición privilegiada), o el art. 40.2 CE (sobre la obligación que tienen los poderes públicos de garantizar la formación y la readaptación profesional), cuya plasmación legal se encuentra, entre otros, en el art. 23 ET, relativo a la promoción y formación profesional en el trabajo. Estas disposiciones no solo alcanzan a la formación de las profesionales del trabajo de cuidados, sino a otros derechos derivados de dicha formación, tan sustanciales para la mejora del desarrollo del ejercicio profesional, puesto que repercute no sólo en su desempeño, la carrera profesional o las condiciones laborales, sino que además, de forma paralela, es claro que benefician a la calidad de los servicios sociasistenciales. La Ley de dependencia, por la parte que le corresponde, también promociona la mejora del sector profesional a través de la formación. Entre otras consideraciones y ámbitos de actuación, centra su Título II en la cualificación de profesionales y cuidadores. El art. 36 de la Ley de dependencia, en concreto, que atiende a la formación básica y permanente de los cuidadores como principio rector de los poderes públicos, impulsa con programas y acciones formativas, o con la determinación de las cualificaciones profesionales, el ejercicio de sus tareas y funciones. Este podría ser el punto de arranque de nuestras reflexiones en este capítulo, centrando los cuidados en el conjunto de profesionales que están implicados en los diferentes procesos de atención sociosanitaria, para posteriormente reparar sobre su cualificación, sus procesos de formación, así como los posibles déficits de necesidades formativas[566].

Es necesario para ello contextualizar el marco formativo actual de nuestro país, pues cada una de las atenciones, sean las instrumentales del hogar o las requeridas en atención directa por las personas dependientes y/o con discapacidad, van a estar delimitadas por un determinado Estándar de Competencias Profesionales (ECP)[567],

[564] Acuerdo de fecha 28 de junio de 2022, del Consejo Territorial, publicado por 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 (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado). El título II viene referido a la calidad en el empleo, la cualificación, el fomento de la formación, e incorpora un apartado para el aseguramiento de la coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario.

[565] Cristóbal Roncero, M.R.: *El permiso de formación para el empleo (análisis del artículo 23 del estatuto de los trabajadores)*, 23 ob. cit., p. 135.

[566] Tejada Fernández, J.: "Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación", *Revista de educación inclusiva*, vol. 2, Núm. 2, 2009.

[567] Los Estándares de Competencia Profesionales "*constituyen la unidad básica para el diseño de la formación y para la acreditación de competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral u otras vías no formales e informales*", tal como establece el art. 6.2 del Real Decreto 69/2025, de 4 de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

que aparece definido como "*el conjunto detallado de elementos de competencia que describen el desempeño de las actividades y las tareas asociadas al ejercicio de una determinada actividad profesional con el estándar de calidad requerido*"[568].

Hay que tener en cuenta, a tal efecto, que, con la reforma efectuada por la Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional[569], que ha derogado el entramado legal precedente[570], el legislador español ha venido a atribuir en exclusiva las competencias en esta materia al Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes[571], acabando así con la dispersión existente hasta entonces y unificando el sistema de Formación Profesional en un sistema integrado con el que se pretende dar una respuesta eficaz a las necesidades y al modelo formativo que la nueva economía del S. XXI requiere. Hay que tener en cuenta que, hasta entonces, convivían dos sistemas diferenciados: la Formación Profesional del Sistema *educativo*, por un lado, con sus correspondientes Ciclos formativos y Títulos de Formación Profesional, y, por otro lado, la Formación Profesional para el *empleo*, que acreditaba a las personas trabajadoras mediante los Certificados de Profesionalidad. Esta división en dos subsistemas de formación profesional destinados a diferentes colectivos, sin relación entre ellos, era una continua fuente de limitaciones a efectos de cualificación y recualificación profesional en España, puesto que las competencias a tal efecto estaban repartidas entre el Ministerio de Educación y el de Trabajo. Es de esperar por ello que, con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, se pueda dar respuesta con la flexibilidad necesaria a la generación de itinerarios formativos y profesionales más versátiles y acordes con los déficits y las necesidades económicas y productivas del momento. En el actual contexto globalizado[572], esos déficits se observan especialmente en la ausencia de capacidades y competencias personales, sociales y profesionales de muchas personas potencialmente activas (lo que se traduce en un elevado desempleo estructural, altas tasas de abandono escolar temprano, las brechas de género o los sesgos que afectan a determinados colectivos, como las personas con discapacidad, los jóvenes o las mujeres), y en la dificultad de reconocimiento y certificación de los conocimientos y habilidades profesionales que muchas personas trabajadoras han adquirido a través de la experiencia laboral (lo que limita su promoción profesional y, en muchas ocasiones, su propia continuidad en el empleo).

---

febrero, por el que se desarrollan los elementos integrantes y los instrumentos de gestión del Sistema Nacional de Formación Profesional, y se modifica el Real Decreto 375/1999, de 5 de marzo, por el que se crea el Instituto Nacional de las Cualificaciones. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2025-2039.

[568] Art. 6.1 del citado Real Decreto 69/2025, de 4 de febrero, por el que se desarrollan los elementos integrantes y los instrumentos de gestión del Sistema Nacional de Formación Profesional.

[569] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-5139.

[570] Constituido por la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional (BOE-A-2002-12018. [Disposición derogada]), y la Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el empleo en el ámbito laboral (BOE-A-2015-9734).

[571] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2024-5482. Real Decreto 274/2024, de 19 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes, [Art. 1, letra b)].

[572] Apartado II del Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Por tanto, en el nuevo Sistema de Formación Profesional que viene impulsado por Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, toda la formación debe ser acreditable, acumulable y capitalizable. Además la oferta formativa se estructura en una dimensión vertical, escalonada, que establece un "*continuo*" ascendente en función de la amplitud de cada oferta formativa[573]. La organización de esta oferta formativa va desde las "*microformaciones*" hasta los Títulos de Formación Profesional, según incluyan un único resultado de aprendizaje, uno o varios Módulos Profesionales o un paquete completo de Módulos Profesionales, manteniendo en todo momento su carácter acumulativo. Este modelo facilita la generación de itinerarios de formación. Así, cualquier oferta se organizará en unidades que tengan en cuenta la progresión, y que puedan proporcionar continuidad formativa. Y de este modo, todas las ofertas permitirán avanzar en itinerarios de formación conducentes a las Acreditaciones, Certificaciones y Titulaciones con reconocimiento no solo estatal, sino también europeo. Igualmente, para hacer la formación más atractiva (sobre todo para las personas más jóvenes), el nuevo sistema de Formación Profesional tendrá un carácter *dual*, en tanto que se realizará entre el centro de formación y la empresa, con las adaptaciones exigidas en cada sector productivo y por cada familia de titulaciones. Toda la formación profesional debe contar con suficiente desarrollo pedagógico en centros laborales, con la intensidad suficiente en función de las características del periodo de formación en el centro de trabajo. Y no quedándose ahí, con un sentido aún más laboral, el modelo diseñado integra, junto a las ofertas de Formación Profesional acumulable, la Orientación profesional y la Acreditación de competencias adquiridas por experiencia laboral u otras vías no formales o informales[574], como piedras angulares del nuevo sistema[575].

Otro elemento importante dentro del marco normativo español de Formación Profesional es el Instituto Nacional de las Cualificaciones (INCUAL)[576], que es el organismo encargado de elaborar y mantener actualizado el Catálogo Nacional de Estándares de Competencias Profesionales (CNECP), instrumento del Sistema Nacional de Formación Profesional que ordena los Estándares de Competencias Profesionales (ECP) identificados en el Sistema productivo, en función de las competencias apropiadas y el estándar de calidad mínimo requerido para el ejercicio profesional, y que siempre van a ser susceptibles de reconocimiento y acreditación. El

[573] Art. 12 del citado Real Decreto 69/2025, de 4 de febrero.

[574] La vía no formal o informal de adquisición de competencias, se alcanza superando los Procedimientos de Evaluación y de Acreditación de Competencias Profesionales (PEAC), donde las Cualificaciones Profesionales pueden ser demostrables mediante el aprendizaje acumulado "*a lo largo de la vida*" de las personas candidatas a optar a un Certificado de Profesionalidad. Para ello las personas interesadas en acreditarse en una Cualificación Profesional deben concluir un conjunto de actuaciones dirigidas a reconocer, evaluar y acreditar las competencias profesionales adquiridas mediante la experiencia laboral y otras vías no formales o informales de formación. Agencia Estatal Hacen referencia a los PEAC, Grau Pineda, C.: "La formación profesional en el empleo doméstico: análisis del estado de la cuestión", ob. cit., p. 36; Requena Montes, O.: *Formación profesional continua y prestación de trabajo: El artículo 23 del Estatuto de los Trabajadores como mecanismo de conciliación*, Tesis doctoral, disponible en acceso abierto en TESEO, 2019; Monereo Pérez, J.L y Moreno Vida, M.N.: "Las políticas de formación profesional: su centralidad para el derecho al trabajo decente y la inclusión social", *Temas Laborales*, núm.160, 2021, p. 27.

[575] Apartado IV del Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional.

[576] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1999-6231. Real Decreto 375/1999, de 5 de marzo, por el que se crea el Instituto Nacional de las Cualificaciones.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

contenido del Catálogo Nacional de Estándares de Competencias Profesionales se organizará por niveles y familias profesionales con sus respectivos indicadores de calidad en el desempeño[577]. De esta manera, los Estándares de Competencias Profesionales del CNECP aparecen ordenados por Niveles de competencia profesional (1, 2 y 3)[578], de acuerdo con lo dispuesto en el Catálogo Nacional de Estándares de Competencia Profesional, siguiendo los criterios establecidos de conocimientos, capacidades, responsabilidad y autonomía para la realización de las tareas, en cada una de las ofertas de formación profesional. De todo ello, lo que a nosotros nos interesa saber es que las Cualificaciones Profesionales sobre cuidados sociosanitarios a personas dependientes y de atención no relacional de mantenimiento del hogar, quedan comprendidas en el intervalo de Nivel competencial 1 y 2. Además de que la Familia Profesional donde quedarían englobadas las Cualificaciones Profesionales de la atención y cuidados a personas dependientes y/o con discapacidad, así como el cuidado doméstico, es la número 25 (de las 28 Familias Profesionales actualmente vigentes en el CNECP), que aparece denominada como Familia Profesional de los "*Servicios socioculturales y a la comunidad*"[579].

De forma general, cualquier Cualificación Profesional que se incorpore al CNECP deberá mantener la misma estructura[580], por lo que todas las Cualificaciones Profesionales de atención y cuidados a las personas dependientes y el trabajo doméstico deben contener los elementos establecidos en el art. 6.2 del Real Decreto 69/2025, de 4 de febrero, por el que se desarrollan los elementos integrantes y los instrumentos de gestión del Sistema Nacional de Formación Profesional. Son los siguientes: a) datos identificativos entre los que figurarán la denominación oficial, la familia profesional a la que se adscribe, el nivel y un código alfanumérico que lo identifique inequívocamente; b) la Competencia profesional que describe el conjunto de conocimientos y destrezas necesarios para el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo; c) los denominados Elementos de la Competencia (EC), que describirán las realizaciones profesionales que caracterizan el comportamiento esperado de una persona trabajadora incluida en los estándares de competencias profesionales, así como los Indicadores de Calidad (IC), que establecen el nivel de ejecución exigido en el ámbito profesional para el desempeño de una actividad o tarea, en tanto que satisfacen los objetivos de los sectores productivos o de prestación de servicios; d) el contexto profesional, donde se incluirán, con carácter orientativo, el ámbito profesional, los sectores productivos, las ocupaciones y puestos de trabajo más relevantes, así como las especificaciones generalistas sobre los medios de producción, e información utilizada y generada.

Todas estas cuestiones afectan directamente al colectivo de personas que trabajan en el sector de los cuidados, dado el elevado número de vacantes producidas en ofertas

[577] Art. 3. del Real Decreto 69/2025, de 4 de febrero.

[578] ANEXO I y II, del citado Real Decreto 69/2025, de 4 de febrero, donde se establece la relación entre niveles de ECP (Estándares de Competencias Profesionales) que alcanza los Niveles 1-3; MECU y MECES (Aprendizaje Permanente y Educación Superior, respectivamente), del Nivel 3-5.

[579] De acuerdo con lo dispuesto en el Anexo III del Real Decreto 69/2025, de 4 de febrero, por el que se desarrollan los elementos integrantes y los instrumentos de gestión del Sistema Nacional de Formación Profesional.

[580] Ministerio de educación, formación profesional y deportes. Secretaría General de Formación Profesional, INCUAL. Estructura completa de la Cualificación Profesional. Vid. https://incual.educacion.gob.es/documents/35348/10266526/Estr_Cualificaci%C3%B3n_Completa_folleto.png/771fdd2f-56f8-4417-9638-7056e7a4f037?t=1590039937524

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de empleo en el ámbito empresarial, en niveles intermedios de cualificación (vinculados a la formación profesional) y, más en concreto, en aquellas actividades directamente relacionadas con la modernización del sistema económico exigida por el cambio tecnológico y la nueva economía verde; o la exigencia que tiene la estructura formativa española de duplicar con rapidez el número de personas con formación intermedia para poder responder a las necesidades del sistema productivo, especialmente en empleos generados por la digitalización y la transición ecológica (los dos grandes elementos por los que actualmente se apuesta para la transformación del modelo económico). Las previsiones para España en 2025 indican que el 49% de los puestos de trabajo requerirán una cualificación intermedia, y sólo un 14% de puestos requerirán baja cualificación[581]. Esta previsión nos ayuda a confirmar una de las premisas significativa de esta tesis, y es que la atención sociosanitaria a personas dependientes y la atención al hogar, como yacimiento de empleo, cada vez requiere de una mayor especialización y profesionalización, así como una ampliación de los contenidos formativos específicos del sector (como la atención a enfermos mentales, cuidados de larga duración, la atención centrada en la persona, etc.), y de otros no tan específicos, pero generales, como la transición digital, los empleos verdes, la salud laboral, etc., que van a requerir en un periodo corto de tiempo de una cualificación intermedia que, como indican las previsiones, serán los puestos más demandados. Los Títulos de Formación Profesional ya contemplan un grado medio, pero los Certificados de Profesionalidad a lo máximo que llegan es a un Nivel de cualificación profesional 2, lo que a nuestro juicio no es acorde con el Nivel de exigencia competencial requerido (al menos de Nivel 3). La profesionalización del sector demanda su incorporación completa, en igualdad de condiciones que otros tipos de estudios, en los sistemas de formación reglada[582].

3.- La Familia Profesional de los Servicios Socioculturales y a la Comunidad incluida en el CNECP: diferentes Cualificaciones, Competencias Profesionales y Acreditaciones.

Como resultado del cambiante contexto jurídico-formativo del sistema español de formación profesional, habría que reparar en las necesidades formativas y en los posibles ajustes sobre las Cualificaciones Profesionales del sector de los cuidados. Cualificaciones que, a falta de una mención expresa en la Ley de dependencia (de ahí que lo propongamos como una recomendación de *lege ferenda*), podemos deducirlas de la heterogénea tipología de profesionales y no tan profesionales que inciden en la atención o vigilancia de las personas que necesitan cuidados. Para ello tomamos como referencia nuevamente el Catálogo de servicios sociales de promoción para la autonomía personal establecido en el art. 15 de la Ley de dependencia, puesto que, en función de la correspondiente distribución de Servicios, se requerirán profesionales con distintos perfiles a los que habrá que asignar diferentes Cualificaciones profesionales que, *a posteriori*, podrán ser acreditadas con varios Títulos o Certificados Profesionales. Entre los muchos profesionales que trabajan en los

[581] Monereo Pérez, J.L y Moreno Vida, M.N.: "Las políticas de formación profesional: su centralidad para el derecho al trabajo decente y la inclusión social", ob. cit. p. 130.

[582] Quintero Lima, M.G.: "El valor de los cuidados la necesidad de profesionalización, aunque no sólo", en Blázquez Agudo, (coord.): Economía de la inclusión el reto de la desigualdad y la vulnerabilidad social, *Fundación Mutualidad Abogacía*, Madrid, 2023, p.656.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

servicios de la atención sociosanitaria, a efectos de nuestro estudio podemos agruparlos en las siguientes categorías o perfiles:

a) En una primera categoría, atendiendo al lugar de trabajo (domicilio/hogar) y al cuidado instrumental indirecto y relacional básico, podemos incluir los perfiles de las Empleadas del hogar, así como los de las personas cuidadoras de personas adultas y menores no dependientes en domicilios.

b) Auxiliares de ayuda a domicilio y cuidadores de personas en situación de dependencia y/o con discapacidad en domicilios que forman parte del Servicio de Ayuda a domicilio (SAD), y que de forma integrada desempeñan funciones de cuidados personales y de atención de sus propias necesidades en el hogar.

c) Cuidadores de personas en situación de dependencia y/o con discapacidad, en Instituciones para el Servicio de Centro de día y de noche que integra a mayores, menores de 65 años y de atención especializada; así como a Gerocultores o cuidadores de personas en situación de dependencia y/o con discapacidad en el Servicio de Atención Residencial (SAR) para personas mayores dependientes o en razón de distintos tipos de discapacidad.

d) Asistentes personales (AP), para los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

e) Y, por último, Teleoperadores sociosanitarios del Servicio de Teleasistencia TIC avanzada.

Una vez apuntados los diferentes perfiles profesionales dedicados al cuidado y atención a personas dependientes en función de su escenario profesional, resta vincularlos a la formación asociada a sus respectivas Cualificaciones Profesionales. Análisis que abordamos seguidamente, atendiendo a la clasificación que por Familias Profesionales hace el CNECP y que, por Niveles (1 o 2), distingue la Familia de los Servicios Socioculturales y a la Comunidad, empezando por el Nivel más bajo.

3.1.- Las necesarias Cualificaciones Profesionales de las empleadas de hogar para atender las tareas domésticas y a las personas no dependientes[583].

La atención a las personas con necesidades de cuidados, al margen de la Ley de dependencia, igualmente puede ser garantizada a través del servicio en el hogar familiar. Pese a que las empleadas de hogar incorporan en sus quehaceres, sobre todo, tareas instrumentales relacionadas con la limpieza y mantenimiento del hogar, en la mayoría de las ocasiones los cuidados de las personas que forman parte del ámbito doméstico o familiar es el objeto principal de la suscripción de los contratos de trabajo

[583] Cualificaciones profesionales: Empleo doméstico (SSC413_1), 3 Unidades de Competencias (UC), y 3 Módulos Formativos (MF), con un total de 210 horas. Referencia Normativa: RD 1179/2008 de 11 de julio (BOE-A-2008-12817) y Orden PRA/260/2017, de 17 de marzo (BOE-A-2017-3192); y Atención a personas No dependientes con necesidades de cuidados en su entorno cotidiano (SSC835_2), 4 UC, 4 MF, y 480 horas de formación asociada. Ref. normativa; Real Decreto 919/2024, de 17 de septiembre (BOE-A-2024-20999).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

bajo tal modalidad[584]. Para ello, el Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, que regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar[585], se encarga de trazar las fronteras frente a la Ley de dependencia, excluyendo de su ámbito de aplicación, de un lado, las relaciones de los cuidadores profesionales contratados por instituciones públicas o por entidades privadas, (art. 2.1.c) del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre), y de otro, las relaciones de los cuidadores no profesionales consistentes en la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada (art. 2.1.d) de dicho Real Decreto)[586]. Ahora bien, sí que puede ser "*objeto*" de esta relación laboral especial, según el art. 1.4 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, todos aquellos servicios o actividades prestadas para el hogar familiar que revistan alguna de las siguientes modalidades: las tareas domésticas, guardería, jardinería, conducción de vehículos, y el cuidado o atención de los miembros de la familia o de las personas que forman parte del ámbito doméstico o familiar. Conviene advertir que en ningún momento se hace mención al término dependencia cuando este reglamento hace referencia a la atención y a los cuidados de menores o mayores.

En la necesidad de seguir insistiendo en la mejora de las condiciones laborales de este colectivo, el Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, sentaría las bases para una más plena equiparación profesional con las demás personas trabajadoras mediante el reconocimiento a las personas al servicio del hogar familiar de los derechos y deberes establecidos en los arts. 4 y 5 del ET[587]. Esta remisión expresa a dichos preceptos del

[584] Rodríguez Escanciano, S.: Los cuidados a las personas mayores: aspectos organizativos, subjetivos y asistenciales de los denominados "servicios públicos de proximidad". *Lex Social: Revista De Derechos Sociales*, vol.11, núm. 2, 2021, p. 39-40; en Molero Marañón, M.L.: "Las trabajadoras del cuidado. Por un futuro de trabajo decente", *Revista de Derecho Social*, núm. 89, 2019, p 55. La información que aportan los expertos del último Estudio Prospectivo del Observatorio de las Ocupaciones del SEPE (2024), hace referencia a que una de las problemáticas y desafíos del sector es el elevado empleo informal y sumergido, así como el elevado número de cuidadoras no profesionales que ejercen como Empleadas domésticas realizando tareas como cuidadoras. SEPE, Ministerio de Trabajo y Economía Social, *El empleo en España en el sector de los Cuidados de Larga Duración. 2024*. Información de Expertos: problemática y retos, apartado 5, ob. cit., p. 26

[585] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar. Disposición que deroga el Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto (BOE-A-1985-17108).

[586] Escudero Rodríguez, R.: "La injustificable desconexión legal entre el trabajo de cuidados en el hogar familiar y la protección de la dependencia"; VV.AA, Molero Marañón, M.L., (Dir.): *Dependencia (long term care) y empleo en el Estado de Bienestar*, Aranzadi, Pamplona, 2017, p. 334; en Rodríguez Escanciano, S.: Los cuidados a las personas mayores: aspectos organizativos, subjetivos y asistenciales de los denominados "servicios públicos de proximidad", ob. cit., p. 701.

[587] Y ello sin perjuicio de la especial condición de la persona empleadora, que, según lo dispuesto en el art. 1.3 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre será el "*titular del hogar familiar, ya lo sea efectivamente o como simple titular del domicilio o lugar de residencia en el que se presten los servicios domésticos. Cuando esta prestación de servicios se realice para dos o más personas que, sin constituir una familia ni una persona jurídica, convivan en la misma vivienda, asumirá la condición de titular del hogar familiar la persona que ostente la titularidad de la vivienda que habite o aquella que asuma la representación de tales personas, que podrá recaer de forma sucesiva en cada una de ellas*". Atendiendo a la doctrina, el pluriempleo de las empleadas del hogar se pone de manifiesto en esta modalidad de servicios, por lo que habría que estar atentos a los distintos supuestos o pluralidad de sujetos empleadores. Quintero Lima, M. G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, núm. 473, 2023 p. 113.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ET implica la consagración, entre otros, del derecho a la promoción y a la formación profesional en el trabajo de este conjunto de profesionales, así como a la realización de planes y acciones formativas tendentes a mejorar la empleabilidad [art. 4.2.b) ET]. Coincidiendo con la doctrina, en el contexto social actual, a pesar de la insistencia normativa que busca mejoras y equidad de oportunidades formativas, aún se considera una meta difícil de conseguir la aplicación de forma práctica de estas previsiones, ya que no es habitual por parte de las personas empleadoras contemplar la necesidad de que este sector profesional realice actividades formativas adicionales, por la escasa valoración social que se concede a este trabajo y a las personas que lo realizan, no entrando, por tanto, dentro de sus expectativas laborales el hecho de prestar atención a la instrucción de estos trabajadores. Influye también en esa difícil plasmación efectiva del derecho a formación de las personas al servicio del hogar familiar la ambigüedad que aún rodea a este tipo de trabajo para ser catalogado como una profesión, de ahí que la doctrina siga reafirmando la necesidad de regular criterios para valorar su Cualificación Profesional y el mérito de las tareas concretas para la que estas/os profesionales sean contratados[588].

Especial dificultad tendrá también, dada la peculiar naturaleza jurídica del sujeto empleador, la implementación efectiva de la vertiente formativa del derecho de las personas empleadas de hogar a una "*adecuada política de prevención de riesgos laborales*" [art. 4.2.d) ET], que tiene como contrapartida el deber de las personas empleadas de hogar, *ex* art. 5. b) ET, de "*observar las medidas de prevención de riesgos laborales que se adopten*" para preservar su integridad psicofísica. En cualquier caso, con el fin de alcanzar el objetivo básico de garantizar los derechos fundamentales de las personas dedicadas al trabajo doméstico, el Convenio de la OIT sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011(núm 189), exige a los Estados miembros, entre otras muchas medidas exigidas por el paradigma de trabajo decente, el reconocimiento del derecho de estas personas trabajadoras a "un entorno de trabajo seguro y saludable" aunque el centro de trabajo sea un hogar familiar (art. 13.1 del Convenio OIT núm. 189)[589]. En ese contexto se enmarca la imposición a la persona empleadora de la obligación de cuidar de que el trabajo en el hogar se realice en las debidas condiciones de seguridad y salud, adoptando medidas eficaces según las características específicas del trabajo doméstico; con la advertencia de que el incumplimiento grave de estas obligaciones será "*justa causa de dimisión del empleado*" (art. 7.2 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre).

---

[588] Para que a una tarea se le pueda calificar de "profesional", la práctica necesariamente debe ir acompañada también de la teoría, ya que por separado, pierde el calificativo de "profesional". Sanz Sáez, C.: "Profesionalización efectiva del servicio doméstico. Un trabajo pendiente", *Lex Social*, vol. 9, núm. 2, 2019, p. 309. Al respecto, y por las partes implicadas cuyas competencias les competen (gobiernos, personas trabajadoras y empleadoras), es necesario atender a la Recomendación de la OIT núm. 195, Apartado I. Objetivos, ámbito de aplicación y definiciones, punto núm. 4 b): "Los Miembros deberían: [...] b) reconocer que la consecución del aprendizaje permanente debería basarse en un compromiso explícito: por parte de los gobiernos, de invertir y crear las condiciones necesarias para mejorar la educación y la formación en todos los niveles; por parte de las empresas, de formar a sus trabajadores; y, por parte de las personas, de desarrollar sus competencias y trayectorias profesionales". R195 - Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos, 2004 (núm. 195). Adopción: Ginebra, 92ª reunión CIT (17 junio 2004).

[589] Lozano Lares, F.: "Los efectos sinérgicos de la prestación de servicios en plataformas *on line*, el trabajo de cuidados y el trabajo no declarado como retos de trabajo decente en la nueva sociedad digital", *e-Revista Internacional de la Protección Social (e-RIPS)*, ob. cit., pp. 253-254.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Bien es cierto, no obstante, que la persona empleadora en esta relación laboral de carácter especial no es un sujeto equiparable al empleador descrito en el art. 1.1 ET, que ya de por sí, dada su actividad empresarial, ha de disponer de recursos y herramientas en materia laboral de índole formativa, informativa y preventiva. De ahí las sugerencias de un sector de la doctrina iuslaboralista de introducir la posibilidad de mancomunar las obligaciones laborales en torno a entidades públicas especializadas, descargando a la persona empleadora, necesariamente, del peso del cumplimiento del deber general de seguridad establecido en el art.7.2 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre[590].

La aprobación del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar[591], vino a replantear de nuevo la necesidad de seguir equiparando las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras del hogar familiar con las del resto de personas trabajadoras aseguradas en el Régimen General. Normativa que fue impulsada gracias a la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 24 de febrero de 2022 (asunto C-389/20), que abordó la necesidad de eliminar del ordenamiento social una situación declarada indirectamente discriminatoria[592], contraviniendo así la normativa comunitaria[593], como era la ausencia de protección por desempleo de este colectivo, que en su mayoría está compuesto por mujeres[594]. Pero además de este significativo avance en orden a las prestaciones por desempleo, a las que ya también podrá acceder este colectivo profesional, el Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, también reconoce de forma expresa, en su Disposición adicional sexta, la necesidad de la acreditación de competencias, instando al gobierno a desarrollar políticas de formación y acreditación para las personas empleadas del hogar que se dediquen "*al cuidado o atención de los miembros de la familia, o de las personas que formen parte del ámbito doméstico y familiar, teniendo en cuenta las particulares condiciones de trabajo de este sector, y el perfil concreto de las personas trabajadoras empleadas en el mismo*". El legislador, por tanto, delimita la formación y la acreditación a determinadas actividades definidas en el objeto de esta relación laboral especial, contempladas en el art.1.4 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, dejando al margen determinados servicios prestados para el hogar familiar (tareas domésticas y afines), resaltando así la importancia de la necesidad de formación únicamente en el ámbito de la atención y los cuidados.

---

[590] Quintero Lima, M. G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", ob. cit., p. 114.

[591] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar.

[592] Salas Porras, M.: "La jurisprudencia del Tribunal de Luxemburgo como motor de las reformas legislativas: prestación por desempleo y servicio doméstico", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, Vol. VII, núm. 2, 2022, p. 144.

[593] Concretamente el art. 3.1.a) de la Directiva 79/7/CEE del Consejo, de 19 de diciembre de 1978, relativa a la aplicación progresiva del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en materia de Seguridad Social.

[594] Quintero Lima, M. G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", ob. cit. pp. 87-124.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Conviene advertir que el Convenio número 189 de la OIT de 2011, sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos[595], encuadra al empleo doméstico en una segunda categoría de cuidados, calificando sus actividades de cuidados indirectos, que según la OIT, "no solo conllevan cuidados personales presenciales", si no que en la mayoría de sus quehaceres contemplan tareas instrumentales como "limpiar, cocinar, lavar la ropa y otras tareas de mantenimiento del hogar", tareas que son imprescindibles para proporcionar "las condiciones previas para la prestación de cuidados personales"[596]. Parece claro, por tanto, que habría que marcar diferencias entre los sectores del trabajo de cuidados que, atendiendo a estratos, manifiestan rasgos singulares en cuanto a estatus social, condiciones de desempeño y protección social, y que a nuestro parecer, demandan acciones formativas muy diferenciadas respecto a sus Competencias Profesionales y al Nivel competencial formativo que cada una requiere. Es en esa línea que marca la doctrina y la propia OIT como debemos interpretar la formación destinada a las personas empleadas del hogar que tengan enfocadas sus tareas, más bien que a los cuidados, a la *atención indirecta, a lo más vigilancia*, de las personas del ámbito doméstico y/o familiar, a las que de forma expresa se refiere la Disposición adicional sexta del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, diferenciándolas de la atención sociosanitaria, destinada a personas dependientes; todo ello sin dejar de interpretar que los quehaceres competenciales principales de las personas empleadas de hogar son indirectos, en su mayoría de carácter únicamente instrumental y dedicadas al mantenimiento del hogar, que no deja de ser un beneficio que redunda en ciertos miembros de la unidad familiar, sobre todo en aquellos más vulnerables, pero que carecen de dependencias.

De este modo, la formación aparejada para estas/os profesionales debe ir en orden a un Nivel de Cualificación Profesional más bajo, Nivel 1 (en comparación al Nivel que debe alcanzar el cuidado y la atención que dispensan los/las profesionales sociosanitarios), al tener que afrontar tareas con menor grado de complejidad que la de cuidar a una persona dependiente en cualquiera de sus variadas modalidades, y que lógicamente, requiere una formación mucho más técnica y cualificada, además de alcanzar una mayor responsabilidad profesional ante una persona enferma o dependiente. A nuestro juicio esta importante distinción debe estar contemplada de una forma mucho más explícita en la norma reguladora del Servicio del hogar familiar, así como en la regulación de su Título de formación profesional o Certificado de profesionalidad. Como hemos podido comprobar por lo que apunta la doctrina y otros estudios de expertos del sector, en la mayoría de las ocasiones los cuidados de las personas que forman parte del ámbito doméstico o familiar es el objeto principal de la suscripción de los contratos de trabajo bajo esta modalidad, teniendo que desempeñar las empleadas de hogar, en la mayoría mujeres empujadas por la necesidad, competencias profesionales para las que no están cualificadas, y quizás, siendo o no conscientes (tanto ellas, como sus empleadores/as), de la responsabilidad que el cuidado de una persona dependiente conlleva.

Lo que sí parece claro es que resultaba imprescindible incorporar al ordenamiento español lo establecido en el art. 13 del Convenio número 189 de la OIT en materia de

[595] Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 1.º de junio de 2011 en su centésima reunión.

[596] Lozano Lares, F.: "Los déficits de protección social del trabajo femenino", *Revista General de Derecho del Trabajo y Seguridad Social*, ob. cit., pp. 115.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

formación preventiva, así como lo previsto a tal fin en el art. 19 de la Recomendación número 201 de la OIT[597]. Así, entre las mejoras de las condiciones de trabajo de este colectivo, el RDL 16/2022, de 6 de septiembre, procedió también a modificar la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (LPRL)[598] suprimiendo su originario art. 3.4, que excluía del ámbito de aplicación de esta Ley a las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar, e insertando en la LPRL una nueva Disposición adicional decimoctava, en la que se declara el "*derecho de las personas trabajadoras vinculadas mediante la rela-ción laboral especial del servicio del hogar familiar a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo*", atendiendo a las características específicas del trabajo doméstico, en los términos y condiciones que se establecieran reglamentariamente. Dicho desarrollo reglamentario sería efectuado por el Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar[599], cuyo art. 5.3, sobre información, participación y formación de las personas trabajadoras del servicio en el hogar, introdujo importantes novedades en materia de formación preventiva para este colectivo profesional, puesto que se le reconoció el derecho a recibir una formación en materia preventiva en el momento de su contratación, que en todo caso será única, aunque la persona trabajadora preste servicios por cuenta de varias personas empleadoras, que deberá estar centrada en los riesgos específicos asociados a la realización de las tareas del hogar. En el supuesto de que exista algún tipo de riesgo excepcional en alguno de los domicilios en los que se trabaje, cabría la posibilidad de una formación complementaria, pero, en tal caso, el gasto en formación correrá a cargo de la persona empleadora. La formación debe impartirse preferiblemente dentro de la jornada de trabajo (si se imparte fuera del horario laboral se compensa con tiempo de descanso para la persona empleada) y, salvo aquellas que entrañen riesgos excepcionales, serán desarrolladas a través de una plataforma formativa pública[600].

A estos efectos de formación preventiva, hay que tener en cuenta que el art. 7 del Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, también viene a descargar parte de la responsabilidad que han de asumir las personas empleadoras en materia preventiva[601]. Así, para facilitar la materialización del derecho a formación preventiva de las personas empleadas de hogar sin que suponga una carga excesiva para las familias, se ponen a su disposición las mismas modalidades de organización de la actividad

[597] Los Miembros, en consulta con las organizaciones más representativas de los empleadores y de los trabajadores (…) deberían adoptar medidas al objeto de: (…) d) prestar asesoramiento en materia de seguridad y salud en el trabajo, inclusive sobre los aspectos ergonómicos y el equipo de protección; y e) desarrollar programas de formación y difundir orientaciones relativas a los requisitos en materia de seguridad y salud en el trabajo que son específicos del trabajo doméstico. R201 - Recomendación sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 201). Adopción en Ginebra, 100ª reunión CIT (16 junio 2011).

[598] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1995-24292 Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

[599] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar.

[600] Según la Disposición adicional quinta del Real decreto 893/2024, de 10 de septiembre, está previsto ponerlo en funcionamiento a través de la Fundación Estatal para la Formación en el Empleo (Fundae). Estas actividades de formación deben contemplar un proceso de autoevaluación y ser certificables, todo ello en los términos que se establezcan mediante resolución del Servicio Público de Empleo Estatal, y siempre en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de esta norma.

[601] Art. 7.2 del real decreto 1620/2011, de 14 de noviembre que hace referencia a la debida obligación por parte del/la empleador/a de mantener unas condiciones seguras en los trabajos del hogar.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

preventiva previstas con carácter general en la LPRL, por lo que: a) la persona empleadora podrá asumir personalmente la formación preventiva siempre que tenga la capacidad correspondiente a las funciones preventivas que deba desarrollar (incluidas las de utilizar correctamente los instrumentos públicos que se pongan a su disposición)[602]; b) podrá designar también a una o varias personas trabajadoras para ocuparse de dicha actividad, siempre que tengan la capacidad necesaria y dispongan del tiempo y los medios precisos[603]; c) y, como última opción, podrán concertar las funciones preventivas con un servicio de prevención ajeno.

Por otro lado, en la Disposición adicional segunda de Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, se faculta al Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo a elaborar (en un plazo máximo de un año desde la publicación de la norma), un protocolo de actuación frente a situaciones de violencia y acoso en el servicio del hogar familiar. Este protocolo deberá incluirse dentro de la información a que hace referencia el art. 5.1 de Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, por lo que será publicado en las páginas web del Ministerio de Trabajo y Economía Social y del Ministerio de Igualdad, quedando a disposición tanto de las personas empleadoras como de las personas empleadas de hogar en las sedes de las Inspecciones provinciales de Trabajo y Seguridad Social. Todos estos nuevos aspectos informativos y formativos sobre prevención de riesgos laborales deberían ser incorporados *de lege ferenda* a los currículos formativos de los correspondientes Certificados de Profesionalidad y del Título formativo que de forma comparativa describimos en las siguientes líneas.

El Certificado Profesional de Empleo doméstico[604], es una Certificación Oficial Nacional enfocada a jóvenes mayores de dieciocho años o a personas trabajadoras con cierto bagaje profesional en el sector, que carezcan de acreditación oficial, por lo que necesitan el Certificado de Profesionalidad para incorporarse de forma rápida al mercado de trabajo o para mantenerse en él. Así lo vemos enfocado, pues no se exige para cursarlo ningún requisito ni académico ni profesional, siendo suficiente poseer las habilidades de comunicación suficientes que permitan el aprendizaje, aunque pueda requerir tener conocimientos previos formativos o profesionales que permitan cursar con aprovechamiento tal formación[605]. Las 3 Unidades que conforman las

[602] A diferencia de lo que sucede con carácter general, el art. 7.2 del Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, la persona empleadora podrá delegar las tareas preventivas "e*n una persona de su entorno personal o familiar directo*", cuando, por sus características personales o estado biológico conocido, incluida aquella que tenga reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, no pueda asumir directamente las obligaciones previstas. La persona en quién se delegue deberá reunir los requisitos exigidos y esta delegación, su justificación, su aceptación expresa por ambas partes y la acreditación del cumplimiento de los requisitos por la persona delegada deberán constar por escrito. La delegación no podrá ser objeto de contraprestación económica y la persona empleadora deberá informar de ella a las personas trabajadoras.

[603] Estas personas trabajadoras designadas por el empleador deberán guardar sigilo profesional, no podrán sufrir perjuicio por esta actividad y tendrán la protección que el ET dispensa a los trabajadores, así como a sus representantes legales. En caso de ser varias personas quienes ejerzan la actividad deben establecer una colaboración para ejercer estas tareas

[604] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 721/2011, de 20 de mayo, por el que se establecen cuatro certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad y se actualizan los certificados de profesionalidad establecidos como anexo I y II en el Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto (Anexo I).

[605] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 659/2023, de 18 de julio, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional. Comparativa entre los requisitos de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Competencias de la Cualificación Profesional son muy limitadas (un total de 200 horas formativas), y vienen a estar enfocadas únicamente hacia el ámbito del cuidado indirecto en los domicilios, con la realización de tareas puramente instrumentales. Hacen referencia a la limpieza y mantenimiento de entornos particulares, al proceso de elaboración de alimentos en sus diferentes fases de compra (organización, manipulación, cocinado y conservación), así como al aprendizaje del proceso de lavado, planchado y cosido básico (manual y/o instrumental) de prendas de vestir y ropa de hogar. Son a nuestro juicio Unidades de Competencia de fácil asimilación, que se pueden adquirir de forma directa al ser menos complejas, a pesar de llevar implícitas de forma expresa en su Cualificación Profesional las competencias de prevención de riesgos laborales o las de protección al medio ambiente. Dejan en cambio al margen otras competencias de aprendizaje tales como las digitales o el manejo instrumental complejo, así como las capacitaciones emocionales cuando se trata de la atención a personas. En este Certificado de Profesionalidad la presencia de las personas en el espacio a limpiar o en la realización de otras tareas domésticas es un mero "*condicionante de la limpieza*" o del resto de tareas para adecuar cualquier actuación a desarrollar en la profesión[606]. Es decir, las personas (sin tener que relacionarse con ellas, ya sean personas dependientes o no), únicamente influyen en el comportamiento de las empleadas del hogar en el desarrollo de su profesión a la hora de planificar o ejecutar las tareas del hogar, sin quedar subordinadas a su atención personal, por lo que son "*un aspecto más, que condicionan su actuación profesional*". Queda claro, por tanto, que la profesional del trabajo doméstico únicamente quedará capacitada para realizar la limpieza y la preparación de domicilios particulares. De ahí el Nivel 1 de Cualificación, que pensamos se ajusta plenamente a la Competencia Profesional requerida para el desempeño de sus actividades productivas, con arreglo a sus criterios de conocimientos, de iniciativa y autonomía, o de responsabilidad y complejidad respecto a la misma actividad que deban desarrollar. El ejercicio de estas actividades profesionales podrán desarrollarlo tanto por cuenta propia como ajena, y tanto en el ámbito público como privado. Hemos de indicar, por último, que es de gran utilidad para este colectivo profesional la obtención del Certificado de Profesionalidad conforme al nuevo modelo de Formación Profesional (flexible y acumulable), lo que le permitirá acreditar tanto las Unidades de Competencia como los Módulos Formativos por módulos sueltos, hasta completar la Cualificación Profesional o, incluso, convalidar y/o acreditar las Competencias Profesionales a través de los PEACP, estrategia muy utilizada por las empleadas del hogar para acreditarse profesionalmente con mayor rapidez[607].

---

acceso a un Certificado profesional según sean de nivel 1, 2 o 3 [(arts. 67.1 y 75, apartado a)], y los acceso a los Ciclos Formativos de grado básico (arts. 82.4, 85.1 y 90).

606 CR1.1 "*La presencia de personas en el espacio a limpiar se valora como condicionante de la limpieza para adecuar cualquier actuación a desarrollar a esta situación*". Unidad de competencia 1. Denominación: Realizar la limpieza de domicilios particulares, en domicilio particular. Nivel: 1. Código: UC1330_1. Realizaciones profesionales y criterios de realización: RP1: Llevar a cabo la limpieza del mobiliario y de los objetos ubicados en el interior de domicilios particulares, empleando los útiles y productos necesarios para alcanzar los resultados esperados, teniendo en cuenta "los aspectos que condicionan la actuación".

607 Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 774/2015, de 28 de agosto, por el que se establecen seis Títulos de Formación Profesional Básica del catálogo de Títulos de las enseñanzas de Formación Profesional. Anexo II. Apartado 6, sobre correspondencia entre Módulos Profesionales y Unidades de Competencia para su Acreditación o Convalidación. Y apartado 6 bis., sobre correspondencia de las Unidades de Competencia Acreditadas con los Módulos Profesionales para su convalidación.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

El Título profesional básico en actividades domésticas y limpieza de edificios[608] es mucho más amplio que el Certificado Profesional de Empleo doméstico, puesto que incluye a 3 Cualificaciones profesionales completas del CNECP, además de otra Cualificación incompleta: 1ª) Empleo doméstico; 2ª) Limpieza de superficies y mobiliario en edificios y locales; 3ª) Atención a personas No dependientes con necesidades de cuidados en su entorno cotidiano; y 4ª) de forma incompleta, la Cualificación Profesional de Operaciones básicas de cocina[609]. Así, este Título de Formación Profesional no sólo capacita para la ocupación de empleo doméstico, sino que además capacita para otros puestos de trabajo relacionados con la limpieza general, la cocina y el cuidado de la ropa, así como para la realización de operaciones elementales de limpieza en edificios, oficinas y locales comerciales[610]. Las competencias generales de esta Cualificación Profesional son también mucho más exigente que las del Certificado de Profesionalidad, ya que las personas que cuenten con el título profesional deberán ser capaces de reconocer las instrucciones, respetando las normas de calidad, las normas vigentes medioambientales y las de seguridad e higiene en el trabajo, y alcanzar sus Realizaciones Profesionales sabiendo comunicarse de forma oral y escrita en lengua castellana, o en su caso, en la lengua cooficial propia, así como en alguna lengua extranjera[611]. Es por ello que, para la adquisición de las Competencias que este Título integra, son necesarias un total de 2.000 horas (1º y 2º curso académico), repartidos entre 12 Módulos Formativos de Técnico básico[612]. Entre todos los Módulos destacan aquellos que engloban aprendizajes relacionados con los desempeños de actividades instrumentales y el uso de maquinaria dentro o fuera del hogar, pero el que reviste mayor interés para nuestra tesis es el Módulo Formativo del Título que versa sobre las "*Actividades de apoyo a personas No dependientes en la unidad convivencial*" (MF 3145).

---

[608] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 774/2015, de 28 de agosto, por el que se establecen seis Títulos de Formación Profesional Básica del catálogo de Títulos de las enseñanzas de Formación Profesional, modificado recientemente en sus arts. 1 y 2, y Anexos I a VI, por el Real Decreto 498/2024, de 21 de mayo, por el que se modifican determinados reales decretos, por los que se establecen títulos de Formación Profesional de grado básico y se fijan sus enseñanzas mínimas. La Orden EFD/658/2024, de 25 de junio, por la que se determina el currículo y se regulan determinados aspectos organizativos para los ciclos formativos de grado básico en el ámbito de gestión del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado), es la que tiene por objeto determinar el currículo y demás aspectos organizativos de este ciclo formativo de grado básico: módulos, temporalización, distribución horaria del currículo y equipamientos (Anexo XXVIII).

[609] Respecto a la unidad de competencia (UC 0255_1): ejecutar operaciones básicas de aprovisionamiento, preelaboración y conservación culinaria.

[610] Concretamente, es un amplio elenco que hace referencia a las ocupaciones de limpiador/a doméstico/a, cocinero/a doméstico/a, planchador/a doméstico/a; limpiador/a; peón especialista de limpieza; especialista de limpieza, limpiador/a de cristales, y la ocupación de cuidador/a de personas No dependientes con necesidades de cuidados en su entorno cotidiano.

[611] ANEXO II, apartado 2. Perfil profesional, y 2.1 Competencia general del Título en actividades domésticas y limpieza de edificios del Real Decreto 774/2015, de 28 de agosto. Hay que aclarar que este Título además exige la superación de ciertos Módulos Formativos relacionados con las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria, (MF 3161) Comunicación y Ciencias Sociales I, (MF 3163) Ciencias Aplicadas I, (MF 3162) Comunicación y Ciencias Sociales II, y (MF 3164) Ciencias Aplicadas II.

[612] Anexo XXVIII de la Orden EFD/658/2024, de 25 de junio, Apartado A): aspectos organizativos y curriculares del Título de Técnico Básico en Actividades domésticas y limpieza de edificios; secuenciación, temporalización y distribución horaria del currículo.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Este bloque tiene importantes semejanzas con la formación que reciben quienes realizan cuidados sociosanitarios de personas dependientes, al tener que aprender y aplicar técnicas de acompañamiento a personas, aunque se les califique como "*No dependientes*" y se especifique que va dirigido a niños/niñas y personas adultas No dependientes. Estas técnicas son las de comunicación (como pueden ser las habilidades sociales de escucha activa y empatía), de detección y atención de necesidades básicas, (planificación de las rutinas diarias, preparaciones de menús, pautas de higiene, apoyo en el vestido y el calzado, movilizaciones), algo que puede ser habitual en la atención a menores, dado que, aun no teniendo ninguna dependencia física o psíquica reconocida, no dejan de ser personas dependientes por su minoría de edad. Algo confuso resulta, a nuestro juicio, la referencia al aprendizaje y aplicación de las técnicas enfocadas a la atención de las necesidades básicas de las personas adultas no dependientes, lo que da a entender que la persona adulta no es tan autónoma si necesita ayuda en la realización de las AVD. También con cierta similitud a las tareas de los profesionales sociosanitarios, las personas empleadas de hogar deben aprender y aplicar también técnicas algo más complejas, relacionadas con la transmisión de la información en la unidad de convivencia, como la comunicación de las actividades realizadas, la transmisión de incidencias o la aplicación de los principios básicos de la inteligencia emocional a la comunicación (control emocional). Este Módulo Formativo, más cargado de competencias relacionales y de responsabilidad, se complementa con el Módulo Formativo (MF 3146), de "*Seguridad en el ámbito doméstico*" (obligatorio también para los cuidadores de personas dependientes), donde las líneas de actuación en el proceso enseñanza-aprendizaje permiten desplegar competencias sobre la utilización de técnicas de prevención de riesgos asociados a la actividad doméstica y la actuación frente a los accidentes ocurridos en el hogar (técnicas de soporte vital y primeros auxilios de primera intervención). Se trata, a nuestro modo de ver, de Módulos formativos de mayor complejidad para un Técnico básico.

Respecto a su entorno profesional[613], estos profesionales podrán ejercer su actividad tanto de forma autónoma como por cuenta ajena, en domicilios particulares y en empresas públicas o privadas. Además, pueden desarrollar su actividad profesional en el sector de la limpieza e higienización de toda clase de edificios, locales, centros o instituciones sanitarias y de salud, públicos o privados, industrias, elementos de transporte (terrestre, aéreo, marítimo), o en otros espacios e instalaciones (soportes publicitarios y mobiliario urbano). El desarrollo del currículo correspondiente ha tenido en cuenta, por tanto, la prospectiva del sector y de los sectores relacionados con el mismo Título por diferentes razones. En primer lugar, porque los hábitos de vida derivados de la inserción laboral de los distintos miembros de las unidades convivenciales propician la demanda del aumento de personas que llegan a prestar actividades de soporte en el ámbito doméstico, incluyendo la atención y el apoyo a personas adultas no dependientes y menores. Situación que como también ha reflejado la doctrina, favorece con mayor intensidad la empleabilidad de este Técnico básico, requiriendo profesionales que acrediten mayores competencias, versatilidad y profesionalización en la realización de actividades domésticas y en las empresas de contratas de limpieza. Por otro lado, la importancia de la progresiva implantación de las nuevas tecnologías, así como la creciente complejidad de los electrodomésticos y de la maquinaria industrial de limpieza, hace necesaria una actualización permanente

[613] Anexo II, apartado 2.4.1 del Real Decreto 774/2015, de 28 de agosto.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en este campo, para adaptarse a los cambios que se van introduciendo en el sector, lo que requiere cada vez más personas con capacidad de aprendizaje, organización de su propio trabajo, un elevado nivel de responsabilidad y habilidades para un manejo seguro de instalaciones y equipos. Podemos hablar, por tanto, sin ningún género de dudas, de la feminización del sector del empleo doméstico, cuando hemos visto por los datos estadísticos analizados a lo largo de nuestro estudio que aumentan las posibilidades de inserción laboral para las mujeres con el fuerte crecimiento del sector servicios y la vinculación de este Título con otros sectores profesionales como el hotelero, las lavanderías, residencias de estudiantes, residencias de la tercera edad, atención domiciliaria, centros de día, albergues, apartamentos turísticos y hospitales, entre otros[614].

Por lo tanto, el Título profesional básico en actividades domésticas y limpieza de edificios (muy completo a nuestro juicio), con la incorporación reciente de una nueva Cualificación profesional de la familia profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad, como es la "*Atención a personas No dependientes con necesidades de cuidados en su entorno cotidiano (SSC835_2)*", que complementa con 4 Unidades de Competencias nuevas (480 horas de formación) a la ya existente Cualificación profesional de "*Empleo doméstico (SSC413_1)*", con 3 Unidades de Competencias (y un total de 240 horas formativas), sube de forma acertada el Nivel Profesional un escalón. Especialmente en los Certificados de Profesionalidad, donde en el área de la atención en el hogar, el Nivel 1 de Cualificación Profesional se puede complementar con un Nivel 2. Y es así por su alcance relacional (ya no solo instrumental), que vienen a solventar "en parte" esta cuestión de la profesionalización de los cuidados a personas no dependientes. Cuestión ya prevista de forma imprecisa y escueta en la Disposición adicional sexta del citado Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, relativa a la acreditación de competencias[615]. En cualquier caso, a pesar de esta mejora formativa, valoramos que la solución es "parcial" porque desconocemos las medidas de control que puedan existir para verificar que las personas que se acrediten con estos Certificados oficiales o Título atiendan realmente a personas no dependientes o finalmente, empujadas por la necesidad de trabajo, cuiden a cualquier persona con independencia de su situación sociosanitaria. Quizás a priori, hasta que se establezcan medidas de control más concretas, debamos recurrir al sentido común y ético tanto de las personas que cuidan como de las cuidadas o sus familiares.

Para finalizar, una última reflexión con respecto a la subida del Nivel profesional de la nueva Cualificación: si para "cuidar" (más bien, vigilar) a personas no dependientes se necesita un Nivel 2 en su Certificado formativo, entonces para cuidar ciertamente a personas enfermas mentales, crónicas, terminales, discapacitadas y dependientes, se tendría que establecer, *de lege ferenda*, un Nivel 3 de Cualificación Profesional para nuestros/as profesionales de la atención sociosanitaria[616].

---

[614] Anexo II, apartado 2.5. Real Decreto 774/2015, de 28 de agosto.

[615] Quintero Lima, M. G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", ob. cit., p. 121.

[616] La doctrina apuesta por esta solución sustentada en el convencimiento de que, a mayor formación y cualificación, mayor será la mejora tanto en la calidad de los servicios como en los derechos de las personas trabajadoras, como única receta eficaz para salir del círculo perverso informalidad-desprofesionalización-desprotección. Grau Pineda, C.: "La formación profesional en el empleo doméstico: análisis del estado de la cuestión", ob. cit., p. 377; en la misma línea, es necesario atender a

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3.2. – Las diferentes Cualificaciones Profesionales de los Técnicos de la Atención sociosanitaria a personas dependientes.

Con la aprobación del Real Decreto 499/2024, de 21 de mayo, por el que se modifican determinados reales decretos que establecen Títulos de Formación Profesional de grado medio y se fijan sus enseñanzas mínimas[617], se ha venido a enmendar algunos aspectos jurídicos-formativos del Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia[618]. Esta titulación, con un Nivel de Formación Profesional de Grado Medio[619], tiene la competencia general de atender a las personas en situación de dependencia, tanto en el ámbito domiciliario como en el institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida. Para ello, los/las profesionales que alcancen sus competencias generales y específicas realizarán, en el ámbito laboral sociosanitario, actividades asistenciales personales de carácter higiénico-sanitarios, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica y/o institucional, aplicando en todo caso las medidas y normas de prevención y seguridad laboral que sean necesarias, formando parte de estas la derivación a otros Servicios de personas dependientes en caso de necesidad[620]. Serán por tanto 3 Cualificaciones Profesionales pertenecientes al CNECP las que constituyan el presente Título[621]:

a) Atención sociosanitaria a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad en el Domicilio (SSC089_2)[622], que comprende 4 Unidades de Competencias: 1ª) la UC2259_2, donde se desarrollan las intervenciones de atención

la especialización y a las acciones formativas de interés en temas asociados a la atención a la dependencia en instituciones de nivel superior, en clave de estudios de postgrado. Tejada Fernández, J.: "Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación", ob. cit., p. 12.

[617] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 499/2024, de 21 de mayo, por el que se modifican determinados reales decretos por los que se establecen títulos de Formación Profesional de grado medio y se fijan sus enseñanzas mínimas.

[618] El Real Decreto 499/2024, de 21 de mayo, viene a modificar determinados artículos del Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y que fija sus enseñanzas mínimas. De ese modo, se da una nueva redacción al art. 6 (especificando la relación de Cualificaciones Profesionales y Unidades de Competencia del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales que se incluyen en el Título); se modifican además los arts. 2 (identificación del Título), 10 (concreción de los Módulos Profesionales de este ciclo formativo), el art. 12 (respecto a los formadores) y 15 (sobre correspondencia de los Módulos Profesionales con las Unidades de Competencia para su acreditación, convalidación o exención, relacionándolos en los Anexos V A) y V B).

[619] Mantiene una duración total de 2.000 horas, distribuidas en dos cursos académicos.

[620] Arts. 4 y 5 del Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, sobre Competencia general del Título y competencias específicas profesionales, personales y/o sociales.

[621] Art. 3, apartado 19 del Real Decreto 499/2024, de 21 de mayo, que modifica el art. 6. Del Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, en cuanto a la relación de Cualificaciones y Unidades de Competencia del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales incluidas en el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia.

[622] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 151/2022, de 22 de febrero, por el que se actualizan determinadas cualificaciones profesionales de las familias profesionales Hostelería y Turismo, Marítimo-Pesquera, Seguridad y Medio Ambiente, y Servicios Socioculturales y a la Comunidad, recogidas en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales [art. 1 a), 4º], y Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero, por el que se establecen determinadas Cualificaciones Profesionales que se incluyen en el CNCP, así como sus correspondientes módulos formativos que se incorporan al Catálogo modular de formación profesional (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

personal; 2º) UC2260_2, para realizar intervenciones de apoyo psico-físico y socio-emocional a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad; 3º) UC2261_2, relacionada con las intervenciones de apoyo a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad; y 4ª) UC2262_2, sobre la realización de intervenciones de apoyo a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad.

b) Atención sociosanitaria a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad en Instituciones sociales (SSC320_2)[623], que comprende igualmente 4 Unidades de Competencias. Pero, si lo comparamos con la anterior Cualificación Profesional de atención domiciliaria, podemos observar cómo las 3 primeras Unidades de Competencias son coincidentes (UC2259_2, UC2260_2, UC2261_2), siendo la última Unidad de Competencia la única que difiere: 4ª) UC1018_2, que capacita profesionalmente para la atención Residencial en las actividades sociosanitarias en Instituciones sociales. Ello viene a poner de manifiesto la complementariedad que existe entre los Títulos de Formación Profesional y los Certificados de Profesionalidad, con el fin de favorecer de forma rápida las posibilidades de acreditaciones profesionales parciales dentro de una misma Familia Profesional, mediante las convalidaciones o correspondencias entre los Módulos Profesionales de los Títulos con las Unidades de Competencia de los Certificados de Profesionalidad[624].

c) Gestión de Teleasistencia domiciliaria (SSC443_2)[625], que, enfocada desde un punto de vista de la atención socioasistencial en remoto y apoyado en las nuevas tecnologías, se compone de 3 Unidades de Competencias: 1ª) UC1423_2, que gestiona las llamadas y alarmas "entrantes" en el Servicio de teleasistencia; 2ª) UC1424_2: que habilita para gestionar, en este caso contrario, las llamadas "salientes" del Servicio de teleasistencia; y 3º) UC1425_2, para aplicar herramientas telemáticas y habilidades sociales para la prestación del servicio de teleasistencia.

Por tanto, las personas que obtengan este Título completo, o algunas de sus Unidades de Competencias, podrán ejercer su actividad en el sector de los Servicios a las personas dependientes, en cualquiera de los espacios de trabajo siguientes: domicilios particulares, residencias de personas mayores, centros de día y de noche (igualmente para personas mayores y/o con discapacidad), incluso en centros que dispensan el servicio de teleasistencia básica y avanzada. Son además muy variadas las ocupaciones y puestos desempeñados en estos emplazamientos de trabajo[626], agrupando a figuras profesionales de un mismo nivel de Cualificación profesional (Nivel 2), pero a su vez con funciones y/o tareas diferenciadas: se nombra en el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia a un primer grupo que realiza tareas similares

[623] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de seis cualificaciones profesionales de la familia profesional servicios socioculturales y a la comunidad. (art. 2).

[624] Modificación del art. 15 del Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, en relación al Anexo V A) y Anexo V B) del Real Decreto 499/2024, de 21 de mayo.

[625] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1096/2011, de 22 de julio, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de nueve cualificaciones profesionales de la familia profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad.(Anexo CDXLIII).

[626] Art. 7 del Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

como son los auxiliares de ayuda a domicilio, los asistentes de atención domiciliaria y los trabajadores familiares (que no debe ser confundido con el/la cuidador/a familiar). Se agregan también al Título otras ocupaciones más específicas, entre las que pueden servir de muestra las personas cuidadoras de centros de atención especializada en psiquiatría, los gerocultores/as de residencias, quienes asuman cargos de gobernantes/as y subgobernantes/as en instituciones sociosanitarias, los/las auxiliares responsables de planta de residencias de mayores y personas con discapacidad o auxiliares de educación especial, así como las personas teleoperadoras del servicio de teleasistencia.

Hay que aclarar respecto a la figura profesional del asistente personal (AP) que, hasta el momento, carece de Cualificación Profesional propia, a pesar del acuerdo aprobado en su momento por el Consejo Territorial de atención a la dependencia, que establecía las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el SAAD de conformidad con lo establecido en el art. 19 de la Ley de dependencia[627], y que acordaba solicitar al INCUAL, en el plazo de un mes desde la adopción de este acuerdo, la regulación de un Certificado de profesionalidad específico para la asistencia personal[628]. Dado que esta certificación profesional aún queda pendiente, será suficiente para actuar como AP el hecho de estar en posesión de cualquiera de las titulaciones o certificaciones profesionales de la atención a la dependencia[629], o aquellos contenidas dentro de la misma familia profesional de servicios socioculturales y a la comunidad que adicionalmente, en función de la "especialización" de los apoyos a proporcionar, se incorporen como válidas para la prestación de la asistencia personal[630]. Por otro lado, según lo previsto en el citado Acuerdo del Consejo

[627] Acuerdo de fecha 12 de mayo de 2023, del Consejo Territorial, publicado por Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado).

[628] Apartado 4, b) del Acuerdo del Consejo Territorial (Resolución de 24 de mayo de 2023).

[629] Título de técnico en atención a personas en situación de dependencia, el de técnico en cuidados auxiliares de enfermería, o los certificados de profesionalidad de atención sociosanitaria a personas dependientes, sea en instituciones sociales o en domicilios.

[630] Certificado de Mediación entre la persona sordociega y la comunidad (Real Decreto 1096/2011. Cód. SSC447_3); Certificado de Educación de habilidades de autonomía personal y social (RD 295/2004. Cód: SSC090_3); Certificado de Promoción e intervención socioeducativa con personas con discapacidad (Real Decreto 1096/2011. Cód. SSC450_3); Certificado de Inserción laboral de personas con discapacidad (Real Decreto 1368/2007/Orden PRE/2053/2015. Cód. SSC323_3); Título de Técnico Superior en Integración Social establecido por el Real Decreto 1074/2012, de 13 de julio, por el que se establece el título de Técnico Superior en Integración Social y se fijan sus enseñanzas mínimas (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado). Curiosamente todos estos Certificados de Profesionalidad, e incluso el Título de Técnico Superior, son de Nivel 3 por su cada vez mayor especialización, pero al mismo tiempo se trata de competencias de las que son conocedoras cualquier persona Técnica de atención sociosanitaria. Vid. Artículo 6, sobre la relación de Cualificaciones y Unidades de Competencia del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales incluidas en el Título de Técnico Superior en Integración Social. A modo de ejemplo, solo la primera Cualificación Profesional que integra este Título, se refiere a: "*Educación de habilidades de autonomía personal y social, SSC090_3*" (Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero), que comprende 3 unidades de competencia coincidentes con determinadas competencias que deben adquirir los profesionales de la atención a la dependencia, UC0252_3: Programar, organizar y evaluar las intervenciones de integración social; UC0253_3: Desarrollar las intervenciones dirigidas al entrenamiento y a la adquisición de habilidades de autonomía personal y social; y UC0254_3: Establecer, adaptar y aplicar sistemas alternativos de comunicación. Un ejemplo más de que al Certificado de Profesionalidad de Atención a la Dependencia le hace falta subir de nivel profesional: de un Nivel 2 a un Nivel 3.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Territorial, excepcionalmente y hasta que se apruebe un Certificado de profesionalidad específico para la asistencia personal y se determine el plazo para su obtención, las Administraciones públicas competentes podrán habilitar provisionalmente para prestar dicho Servicio a las personas que acrediten tanto experiencia como haber recibido una formación básica en materia de asistencia personal, o ambas, en la intensidad que dichas Administraciones determinen. Todo ello siguiendo lo dispuesto en el Anexo II del Acuerdo del Consejo Territorial de 12 de mayo de 2023, que prevé un Título competencial meramente orientativo, con unos contenidos "*mínimos de formación básica*" en Asistencia personal que quedan resumidos en 5 Módulos Formativos de la siguiente forma: 1º) Introducción a la vida independiente; 2º) Marco normativo[631]; 3º) Naturaleza y funciones de la Asistencia personal; 4º) Accesibilidad universal y medios de apoyo a la persona; y 5º) Salud laboral y primeros auxilios. Se trata de contenidos formativos que, ya de por sí, forman parte del Título de técnico en atención a personas en situación de dependencia, por lo que, una vez quede constituida la Cualificación Profesional de Asistente Personal por parte del INCUAL, es previsible, a nuestro juicio, que se englobe también dentro del mismo Título Profesional, junto a las otras tres Cualificaciones Profesionales (Atención sociosanitaria a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad en el Domicilio, en Instituciones y Gestión de Teleasistencia domiciliaria). Cabe esperar también que se apruebe de forma paralela un Certificado de Profesionalidad propio de la Asistencia Personal, que debería ser "especializado", al menos con un nivel de cualificación 3, como apunta la doctrina ante las exigencias de formación y capacitación especializadas para la "asistencia personal", lo que sería sumamente importante tanto para garantizar la posición de quien trabaja como para asegurar su capacitación a la hora de promover y posibilitar la vida autónoma de una persona en situación de discapacidad, que no es cuestión baladí. Para alcanzar tal objetivo, debe establecerse un acuerdo de funciones y actividades conocido por ambas partes, respetándose, por un lado, los derechos laborales y personales del asistente que trabaja y, al mismo tiempo, los derechos de la persona asistida, para de ese modo sustentar las garantías y eficacia de la prestación. Esta formación especializada no solo debería ser conseguida por la persona que actúe como AP, sino también, como ha apuntado la doctrina de forma acertada, a nuestro criterio, por parte de quien haya de ser asistido/a, así como sus asistentes familiares, judiciales y curadores[632].

Es obvio que, dado el extenso número de Módulos Formativos que tiene el Título de la atención a la dependencia en grado medio (nada menos que 13[633]), los profesionales del sector quedan sobradamente cualificados para el desempeño de la profesión. Lo que para nosotros resulta más significativo de todos estos módulos es que, además de los 10 bloques formativos de especialidad necesarios para que los/las profesionales de la atención sociosanitaria aprendan a desempeñar las actividades propias de su

631 Donde se enmarca la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley de dependencia o la Observación general número 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

632 Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE): *La "Asistencia Personal":Fundamentos, justificación y derechos*. Suárez Llanos, L.: Parte I La institución jurídica de la "asistencia personal": justificación y desarrollo crítico, Asturias, 2021, p. 17.

633 Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre (art. 10.1 y Anexo I).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

intervención física y psico-social[634], cuentan con otro conjunto de módulos formativos donde los aspirantes al Título pueden adquirir la formación necesaria para insertarse laboralmente y desarrollar su carrera profesional en el sector de la atención a personas en situación de dependencia[635]. Cuestiones que se echan en falta en los 3 Certificados de Profesionalidad que forman el Título, que todo lo más incorporan materias transversales relacionadas con la normativa aplicable en materia de prevención de riesgos laborales y salud laboral, protección de datos y medioambiental, ética profesional o igualdad de género, aunque no faltan las prácticas en centros de trabajo, como un Módulo Profesional incorporado a todos los Certificados de Profesionalidad que ayudan a adaptarse a las organizaciones, al trabajo en equipo o a sus cambios organizativos y tecnológicos. Aun así, el Título de atención sociosanitaria les aventaja, a nuestro criterio, porque "empodera y aporta confianza a los futuros profesionales", resaltando la importancia de la formación permanente como factor clave para la empleabilidad y para la adaptación a las exigencias del proceso productivo. El Título permite incluir además, a la atención a personas en situación de dependencia, entre los principales yacimientos de empleo y con importantes posibilidades de inserción laboral, profundizando en la normativa laboral que afecta a las personas trabajadoras del sector (incluidas las medidas establecidas por la legislación vigente para la conciliación de la vida laboral y familiar), el manejo de los contratos más comúnmente utilizados y los convenios colectivos aplicables al sector profesional.

El Título también integra en su completo contenido formativo conceptos elementales sobre la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, lo que les permite aprender a evaluar los riesgos derivados de las actividades desarrolladas en su sector productivo, clasificando y describiendo los tipos de daños profesionales, con especial referencia a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales relacionados con el perfil profesional[636]. Con este Título se adquieren conocimiento asimismo sobre las

[634] MP 0210, sobre "Organización de la atención a las personas en situación de dependencia"; MP 0211, acerca de las "Destrezas sociales"; MP 0212, de las "Características y necesidades de las personas en situación de dependencia"; MP 0213, en "Atención y apoyo psicosocial"; MP 0214 sobre el "Apoyo a la comunicación"; MP 0215, de "Apoyo domiciliario"; y además otros 3 MP que asumen competencias formativas exclusivas relacionadas con aspectos físicos e higiénicos-sanitarios: nos referimos al MP 0216 en "Atención sanitaria" el MP 0217 de "Atención higiénica", y el MP0020 sobre "Primeros auxilios", así como el diferenciado MP 0831 de "Teleasistencia".

[635] MP 0218, de "Formación y orientación laboral"; MP 0219, de "Empresa e iniciativa emprendedora"; y MP 0220, de "Formación en centros de trabajo".

[636] La importancia de la necesidad de formación para los profesionales del Sector, también puede reflejarse en la doctrina jurisprudencial, tanto en la Sentencia RJ 2024, 4562 de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, que dicta fallo para evitar sucesivos riesgos de enfermedad profesional derivadas de las actividades expuestas a riesgos biológicos que se desempeñan en las Residencias de personas mayores, con la posibilidad (y obligación) de adoptar medidas preventivas, en especial por parte de la empresa mediante la evaluación de los riesgos laborales, y estableciendo directrices protocolarias relativas a la contención y la prevención del posible riesgo biológico, por lo que la formación en referencia, tiene un papel relevante; o como la Sentencia AS 2023, 9659 de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, sobre la existencia de responsabilidad de la empresa en el accidente sufrido por la trabajadora, no velando adecuadamente por su seguridad ante una situación potencialmente peligrosa, dadas las características de la persona usuaria y su reacción imprevista ante una tarea de aseo personal llevada a cabo por la trabajadora, lo que finalizó en un accidente laboral. Según nuestro criterio, la formación no sólo es necesaria para conocer las medidas de prevención y salud ante riesgos laborales, sino que el conjunto de conocimiento de la Cualificación Profesional adquiridos (intervenciones bio-psico-sociales, recursos socioasistenciales, habilidades sociales, normativas relacionadas con el sector y, sobre todo, los conocimientos del ámbito laboral), es lo que

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

diferentes medidas de conflicto colectivo y los procedimientos de solución de conflictos, se analizan los nuevos entornos de organización del trabajo y se muestra el papel de la Seguridad Social como pilar esencial para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, enumerando las diversas contingencias que cubre el sistema de Seguridad Social a través de las respectivas prestaciones y las obligaciones de afiliación, alta y cotización tanto del empresario como de las personas trabajadoras a efectos de Seguridad Social. Finalizan estos bloques formativos de inserción laboral, con la realización de un Proyecto de plan de empresa relacionado con la actividad de los cuidados que debe incluir todas las facetas de puesta en marcha de un negocio, promocionando el autoempleo, con la posibilidad de hacer prácticas en diferentes centros de trabajo.

Resulta sorprendente, en cualquier caso, que, pese a lo completo que pueda ser este Título, enfocado sobre todo a personas jóvenes (mayores de 17 años)[637], con posibilidad de ampliar estos estudios con otros Títulos Superiores o de Especialización, no resulta nada atractivo para este colectivo, como contrariamente pudiera parecer. Eso se deduce, desde luego, de la preocupación mostrada por el Consejo Territorial de atención a la dependencia al dar a conocer la falta de relevo intergeneracional para el ejercicio de los cuidados, o de los datos estadísticos del Informe del Mercado de Trabajo Estatal (2024), que ofrece una evolución de la contratación donde se aprecia un mayor envejecimiento del mercado laboral para las mujeres, siendo las mayores de 45 años las más beneficiadas, ya que para estar acreditadas en el sector y mantenerse en el mercado de trabajo, por simplificación, tienden a recurrir a los Certificados de Profesionalidad o a los Procedimientos de Acreditación de Competencias Profesionales[638]. En la práctica, por tanto, la mayoría de las trabajadoras del sector (las mayores), han acumulado experiencia; otras (las más jóvenes) cuentan con titulaciones de formación profesional, pero también hay otras personas empleadas que acceden al trabajo de la atención sociosanitaria con una escasa formación, en el límite de la acreditación o incluso por debajo. Para todas las personas que trabajen en el sector es importante actualizar o adquirir conocimientos y habilidades que les permitan realizar su trabajo en las mejores condiciones de calidad y seguridad. Esta responsabilidad formativa también afecta, indudablemente, a las empresas, dentro de su propia cultura organizacional, puesto que deben asegurar que todas sus personas empleadas accedan a la formación, asegurando el conocimiento de las tareas a realizar en caso de que las personas trabajadoras no tengan una formación previa en el momento de su incorporación efectiva, obligándose posteriormente a organizar formaciones continuas para su plantilla. Lamentablemente, ni las empresas, ni la administración como empleadora, facilitan sus planes de formación, y si contamos con alguna formación obligatoria, suele estar relacionada con los sistemas de control, como los de salud laboral o los relacionados con la PRL, donde necesariamente se requiere una especificación del alcance de la acción preventiva en relación con las personas que prestan unos servicios, como, por ejemplo, en el caso de los servicios de ayuda a domicilio, que deben ajustarse a las especiales características de esta actividad.

ofrece más opciones y mejores maneras para enfrentar cualquier situación profesional, sea del tipo que sea.

[637] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (art. 41).

[638] Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 132.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Una parte significativa de la obligatoriedad de la formación permanente de este colectivo profesional se ha visto satisfecha a través del ya mencionado Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar, puesto que su ámbito de aplicación no solo alcanza a las empleadas del hogar, como ya vimos, sino también a las auxiliares de ayuda a domicilio, en su mayoría también mujeres. Así, las empresas que las contraten también devienen obligadas a adoptar cuantas medidas resulten necesarias, según la evaluación de riesgos[639], para garantizar un nivel de protección adecuado para las personas trabajadoras. Esas medidas técnicas y organizativas podrán consistir en la utilización de medios mecánicos para la manipulación de cargas, en una mayor dotación de personal para desarrollar las tareas, en la prolongación de los descansos entre servicios en los domicilios, en el uso adecuado de equipos de protección individual o en la readaptación de espacios cuando la empresa obtenga el consentimiento de las personas titulares. Es claro que estas medidas requieren formación, especialmente para evitar los riesgos existentes derivados de las afectaciones dorsolumbares y ergonómicas de las personas trabajadoras[640].

Ya sea por parte de la empleadora como por la parte trabajadora, es necesario conocer las diferentes circunstancias que pueden explicar el escaso interés que la formación suscita entre muchas trabajadoras que, en una proporción muy alta, no acuden a las escasas convocatorias de cursos que realizan las empresas. Las causas pueden atribuirse a las tasas formativas, que algunas no pueden pagar, a las modalidades de impartición de los cursos de formación, prefiriendo este colectivo la presencialidad que las modalidades semipresenciales o a distancia por falta de medios técnicos, porque cuentan con muy poco tiempo propio y porque los sistemas no presenciales requieren un alto grado de autoorganización, tesón y motivación, cuestión que a muchas de ellas les falta por no tener adquirida la habilidad del estudio[641]. Quizás para este grupo de profesionales, la modalidad ideal sería la presencial, al igual que para el resto de las personas trabajadoras, aprovechando lo dispuesto en el art. 23 del ET[642], puesto que ello les permitiría, con comodidad y sin miedo a ser recriminadas por dejar desatendidos a sus "usuarios/as", ejercer su derecho de adaptación a la jornada ordinaria de trabajo para la asistencia a cursos de formación profesional, para los que la empresa, cuando proceda, ha de conceder los permisos oportunos de formación o perfeccionamiento profesional con reserva del puesto de trabajo, ofreciendo también permisos retribuidos de veinte horas anuales de formación profesional vinculadas a la

[639] Las empresas que empleen a personal dedicado a la actividad de ayuda a domicilio deberán efectuar una evaluación completa de los riesgos laborales que les puedan afectar en el desarrollo de sus tareas. A este respecto, las características del domicilio de la persona dependiente se incorporan como condiciones de trabajo desde la perspectiva de la PRL. Este deber de protección en materia de PRL sólo podrá entenderse cumplido cuando los riesgos a los que está expuesta la persona trabajadora sean conocidos y evaluados a través de una visita presencial acreditada y efectuada, a todos los domicilios en los que el/la trabajador/a deba prestar sus servicios.

[640] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (Disposición adicional decimotercera) y Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, por el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar (Disposición final primera).

[641] Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 133-134.

[642] Cristóbal Roncero, M.R.: *El permiso de formación para el empleo (análisis del artículo 23 del estatuto de los trabajadores)*, ob. cit., pp. 67-107.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

actividad de la empresa para aquellas trabajadoras de al menos un año de antigüedad en la misma. Todo ello sin que suponga un gasto para la trabajadora, puesto que ha de entenderse la formación como una inversión, y considerando el tiempo destinado a la formación como un tiempo efectivo de trabajo y no como un abandono de sus obligaciones laborales por el que puedan ser sancionadas. Para todo ello el papel de los representantes de los trabajadores en la negociación colectiva será prioritario, para poder garantizar estos derechos en condiciones de igualdad, puesto que se trata de derechos laborales que, por desgracia, la mayorías de las personas trabajadoras desconocen y no llegan a ejercitar. De ahí la importancia, entre otras competencias, del conocimiento en cuestiones laborales, sobre todo para quienes opten a una mejora de sus competencias profesionales a través de un Certificado de Profesionalidad.

En conclusión, parece claro que el mercado de trabajo sigue encontrando dificultades para captar profesionales de la atención sociosanitaria con un nivel de formación o experiencia suficiente, por lo que se flexibilizan tanto las condiciones de entrada a las empresas ante el aumento de la demanda del servicio que se termina contratando a personas sin apenas formación, de manera precaria, a las que luego, una vez contratada, tampoco las empresas les ofrecen un tiempo de instrucción adecuado, de ahí que en estas condiciones precarias estén trabajando la mayoría de estas profesionales. Esto es solo una muestra más de la vulnerabilidad de las mujeres que trabajan en este sector, por lo que es primordial realizar un actualizado diagnóstico de necesidades formativas para adecuar metodologías y contenidos (entre ellos es muy necesario incluir competencias sobre relaciones en el entorno del trabajo y de formación y orientación laboral). También se debe garantizar la formación inicial y continua en condiciones de igualdad respecto al resto de colectivos, así como amoldar la formación a las necesidades de las personas trabajadoras, ofreciendo cursos en diferentes modalidades, presenciales o no, en horario laboral, y sin gastos, adecuados a las tareas que deban realizar. En todo caso habrá de garantizar que se disponen de los medios adecuados y que las personas trabajadoras tienen las capacidades, conocimientos básicos, habilidades necesarias y, sobre todo, suficiente motivación (quizás les puedan resultar más atractivos los módulos teórico-prácticos de formación continua, que además les aportará mayor seguridad en su quehacer profesional). Todo ello ha de hacerse, además, buscando un equilibrio con el derecho de las personas usuarias a ser adecuadamente atendidas, que es otra de las particularidades importantes de este colectivo muy a tener en cuenta a la hora de programar su formación.

Y con una mirada global, algo más amplia, siempre puesta en el sector de los cuidados, hay que seguir insistiendo en la necesidad de poner en práctica nuevas estrategias para mejorar la coherencia entre las políticas en materia de salud (no solo para la persona cuidada sino también para la que cuida), de educación y las relacionadas con el fomento de la oferta de personal cualificado para la prestación de cuidados. También respecto a las políticas en materia laboral, estas estrategias exigen intervenciones del sector público y mecanismos de solidaridad internacional, para evitar que las lagunas que tienen los países de ingresos superiores sean cubiertas y no generen déficits de personal del cuidado en los países de ingresos bajos[643].

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

[643] OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019, p. 284.

3.3.- La formación en la prestación de los Servicios de cuidados a personas dependientes en el ámbito familiar.

Asimismo, es importante proporcionar formación a los familiares cuidadores, así como apoyo psicológico y mecanismos de respiro, con el fin de que puedan contar con el tiempo de descanso necesario para reponer fuerzas físicas y mentales, en una actividad que en ocasiones resulta extenuante, carece de valor social y queda en la invisibilidad, tal y como concebimos en estos momentos al cuidado de un familiar en situación de dependencia. Acciones de apoyo para este colectivo, en su mayoría mujeres[644], que el Consejo Territorial de atención a la dependencia debe promover según lo previsto en el art. 18.4 de la Ley de dependencia[645]. El posterior desarrollo reglamentario de la Ley de dependencia concerniente a la afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social del cuidador no profesional, llevado a cabo por el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia[646], llegó a incorporar a los cuidadores no profesionales al ámbito de aplicación del Sistema de Formación profesional para el Empleo, y les dió el reconocimiento, entre otros, de colectivo vulnerable preferente de acceso a los programas de formación o acciones formativas procedentes[647]. Pero no sería hasta 2009 cuando, mediante un nuevo Acuerdo, el Consejo Territorial marcaría los objetivos y contenidos comunes sobre los criterios de acreditación *sine qua non* en materia de formación e información de cuidadores no profesionales, para que fueran reconocidos como tales en la pertinente resolución administrativa por la que se les concede la prestación económica para cuidados en el entorno familiar[648]. Todo ello

[644] El perfil del/la cuidador/a familiar en cuanto a edad, sexo y parentesco se define de la siguiente manera: el 73,3 % son mujeres y el 26,7 % hombres, porcentajes sin apenas variación respecto de año a otro, entre los periodos de los años 2022 y 2023; el 28,4% tienen de 16 a 49 años, el 46,9% de 50 a 66 años, el 17,7% de 67 a 79 años, y el 6,2% de 80 a 89 año; el 34,4% es hijo/a, el 24,3% son madres, el 20,1% el cónyuge. Los datos a fecha de hoy siguen evidenciando que el papel de la cuidadora (en femenino), recae mayoritariamente sobre las mujeres. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España: *XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, ob. cit., p. 35.

[645] El desgaste de la soledad de los cuidados puede llevar a un estado de agotamiento físico y emocional de quien asume esta función, llevando a padecer el llamado: "síndrome del cuidador". Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España: *XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, ob. cit., p. 34.

[646] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

[647] Disposición final tercera del Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, que modificó el Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, que regulaba el subsistema de formación profesional para el empleo (disposición derogada), y que llegó a incorporar los artículos 5.1 b) y 5.3 c), permitiendo a las personas cuidadoras no profesionales que atendían a las personas en situación de dependencia, participar en la formación de oferta del (en aquel entonces) subsistema de formación profesional. Actualmente, es el art. 5.1 b) del Real Decreto 694/2017, de 3 de julio, por el que se desarrolla la Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral (Agencia Boletín Oficial del Estado) el que sigue permitiendo participar a los cuidadores no profesionales en las acciones formativas del Sistema.

[648] Acuerdo de fecha 22 de septiembre de 2009, del Consejo Territorial, publicado por Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales. (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado). Coincidiendo con la doctrina González de Patto, R. M.: "La reforma de la protección social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia. Retrocesos e incertidumbres", *Aranzadi Social*, núm.11 (2014), BIB 2014, 123; en Fernández Collados, M.B.: "Los cuidados en el entorno familiar más de una década después:

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

con la pretensión de establecer las condiciones mínimas que debe contener la formación básica y de apoyo a cuidadores/as no profesionales, que se impulsaría desde los Sistemas públicos de servicios sociales, sanitario y educativo, así como desde el Sistema de Formación Profesional para el Empleo, a través de la oferta formativa *no vinculada* a la obtención de los Certificados de Profesionalidad. El Acuerdo dejó claro, por tanto, que con esta formación no se obtiene directamente un Título o Certificado Oficial, pero sí ayudaría a conseguir al familiar cuidador/ra una Acreditación parcial formativa que sería válida para los posteriores Procedimientos de Acreditación de Competencias Profesionales (PEAC) a nivel Estatal o Autonómicos, donde se empezaría a convalidar la formación no formal de la personas candidata, con la posibilidad futura de obtener un Certificado de Profesionalidad o, en su caso, alguna de sus respectivas Unidades de Competencias. Estas acciones no solo tenían como objetivo facilitar unos conocimientos básicos a las personas cuidadoras para mejorar el cuidado sociosanitario de las personas en situación de dependencia, sino que iban más allá, marcando un objetivo final con mayores posibilidades para este colectivo como es el de impulsar el reconocimiento social de las personas cuidadoras, favoreciendo, en su caso, una orientación para una futura integración en el mercado laboral. Para el desarrollo de las acciones de formación se tiene en cuenta además los distintos perfiles de las personas cuidadoras, y, en función de sus necesidades, la modalidad de la formación puede ser planteada de forma presencial, a distancia o mixta, por lo que se establecerá, en lo posible, la incorporación de las TIC como una metodología complementaria a utilizar, especialmente en la formación específica y de refuerzo, siendo la intención garantizar el adecuado aprovechamiento de la misma, procurando incorporar una metodología activa y participativa. Este diseño de formación se pensó tanto para las personas cuidadoras del ámbito rural como de zonas urbanas.

Para concretar, los contenidos de la formación inicial abordan aspectos tales como el desarrollo personal de la persona cuidadora, las competencias y habilidades para promover el cuidado y la autonomía personal de las personas dependientes y los recursos sociales existentes o la posibilidad de generar Redes Sociales de Apoyo[649]. Con el fin de complementar este aspecto formativo, las Administraciones Públicas competentes también tendrán que promover los cauces necesarios y efectivos de información a los cuidadores y cuidadoras no profesionales[650], indicando que las medidas de apoyo establecidas deben ofrecer, con carácter general, información para mejorar el conocimiento del Sistema de protección social que ofrece la Ley de dependencia a los familiares cuidadores, el marco jurídico en el que se desenvuelve esta figura, así como toda la información sobre redes locales, grupos de autoayuda, programas de respiro para las personas cuidadoras y sobre la posibilidad de acogerse a ciertos periodos de descanso durante el desarrollo de sus actividades de cuidados.

los vaivenes en su regulación, su aplicación por la doctrina judicial y sus efectos en materia de igualdad", *Revista Española de Derecho del Trabajo*, Estudios doctrinales, núm. 210, 2018, p. 5.

[649] Se adjuntan Anexos l y ll al Acuerdo de fecha 22 de septiembre de 2009, del Consejo Territorial, donde a título orientativo, se concretan los contenidos y metodología de los Programas Formativos, así como los criterios en materia de Recursos Humanos y materiales. Igualmente establece el Acuerdo, el total de horas de la formación inicial, que no será inferior a 15 horas, y el de la formación específica, no siendo inferior a 10, salvo que la formación, capacitación o experiencia de la persona cuidadora indique que no precisa dicha formación.

[650] Servicios de información específicamente sobre dependencia, y productos o materiales accesibles de difusión que se deban elaborar: guías de recursos y procedimientos, catálogos, publicaciones periódicas, boletines informativos, páginas web, etc.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Estos programas deben incluir acciones de sensibilización dirigidas a la población en general, que posibiliten actitudes positivas hacia la inclusión social tanto de las personas en situación de dependencia como de las personas cuidadoras. Muy a nuestro pesar, además de encontrar estas acciones formativas e informativas muy pobres (no inferior a 25 horas para la formación), y sin un marcado enfoque de género, el informe de fiscalización del seguimiento de las recomendaciones realizadas por el Tribunal de Cuentas (Tcu) para la adecuada aplicación de la Ley de dependencia (2023)[651], concluye que ninguna de las Comunidades Autónomas analizadas directamente por el Tcu ha desarrollado la normativa en los términos establecidos en la Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publicó el Acuerdo del Consejo Territorial, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales y profesionales recogidas en los arts. 18.4 y 36 de la Ley de dependencia[652]. Tampoco se han suscrito convenios con Universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales, patronales y sindicales del tercer sector, a los efectos de lo establecido en el art. 36.3 de la Ley de dependencia. A lo más que se ha llegado en la mayoría de las Comunidades es a la realización de actuaciones que van desde la habilitación de personas cuidadoras, gerocultoras y auxiliares de ayuda a domicilio, a la incorporación al mercado laboral a las personas cuidadoras no profesionales que así lo desean una vez concluida su prestación de cuidados no profesionales y otras acciones de apoyo de información o ejecución de talleres dirigidos a cuidadores no profesionales. Como vemos, aún queda mucho trabajo por realizar en materia formativa, cuando en realidad contamos con mecanismos para ello, puesto que, para financiar la instrucción de los cuidadores familiares previstas en el art. 18.4 de la Ley de dependencia, no se necesitan significativas subvenciones públicas, ya que en nuestro Sistema de Seguridad Social se puede cotizar por la contingencia de la Formación Profesional. Cotización que, en este caso, no les supone gasto alguno a las personas cuidadoras familiares, al ser asumido directamente, mediante la suscripción de un Convenio especial de Seguridad Social[653], por la Administración General del Estado[654]. Mecanismo que podría estar mucho mejor aprovechado.

---

[651] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Informe de fiscalización de seguimiento de las recomendaciones realizadas por el Tribunal de Cuentas en el "Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las CCAA para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". Apartado II.2.5. Programas formativos (seguimiento de la recomendación 9ª del informe 1.035 Tcu). Tribunal de Cuentas (2023), p. 95815.

[652] Vid. Cuadro 13. Resumen del seguimiento efectuado por Tcu y OCEX (Órganos de Control Externo autonómicos) respecto de la recomendación nº 9 del Informe 1.035 del Tcu (2014). Recomendación cumplida parcialmente o se encuentra en curso en la mayoría de las CCAA, considerándose no cumplida en la Región de Murcia, Canarias, Castilla y León, Madrid y Comunidad Foral de Navarra, Ibídem, p. 95814 y p. 95863.

[653] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2003-19281. Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, que regula el Convenio especial en el Sistema de la Seguridad Social.

[654] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2007-9690. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia (art. 4.4 y 4.5) y Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación (art. 3. Apartado 12). Se modifica la disposición adicional decimocuarta, sobre el Régimen jurídico de los convenios especiales de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia (apartado 3), donde se establece que las cuotas a la Seguridad Social y por Formación Profesional (0,2% aplicable a la base de cotización para el año en curso), establecidas cada año en función de lo previsto en el art. 4 del Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, serán abonadas conjunta y directamente por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a la Tesorería General de la Seguridad Social.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

4.- Recapitulación final sobre la formación en el sector de los cuidados.

A nuestro modo de ver, la formación es uno de los elementos claves para mejorar las condiciones laborales y el prestigio social del sector. Cada vez más, como en el resto de los sectores profesionales, se necesita una mayor especialización tanto de las personas acreditadas para realizar tareas de cuidados como para los que no tienen certificaciones profesionales y trabajan en la economía informal; en el caso de estas últimas personas, la formación contribuiría a su regulación laboral, a la transparencia y a la mejora de la atención a las personas dependientes.

Hay que tener en cuenta que se están promoviendo cambios, tanto en los modelos de trabajos a nivel general, como de forma concreta en los patrones de los Servicios de la atención a la dependencia. Estos cambios plantean formas alternativas a la institucionalización de los cuidados y a la atención asistencial, promoviendo una nueva atención integral, pero además, personalizada, centrada en la persona, que facilita la vida independiente que es desarrollada en un entorno comunitario, cercano y seguro para estas personas, donde la convivencia se mantiene por compartir intereses comunes o requerir un determinado nivel de cuidados.

El modelo de atención centrada en la persona que previene la institucionalización propone nuevos roles, con nuevas funciones y competencias para las personas cuidadoras que se van implantando de forma progresiva para contribuir con la coordinación que requieren los trabajadores de las diferentes áreas sociosanitarias, favorecer la autonomía de la persona, la protección de sus derechos, así como su conexión y participación en la sociedad, de manera que se mejore la gestión de servicios o de casos, teniendo en cuenta, sobre todo, el plan de vida de las personas.
En el sector de los cuidados es imprescindible que los profesionales de diferentes áreas actúen de forma coordinada, como un equipo multidisciplinar, para determinar cómo se deben realizar los cuidados. La coordinación entre las áreas social y sanitaria deben estar eficientemente integrada para promover una adecuada prevención y atención en beneficio de las personas destinatarias de cuidados. Por contra, como consecuencia de la falta de coordinación, se retrasa la atención y se ocasionan perjuicios a las personas vulnerables, por lo que otra de las necesidades de formación es precisamente adquirir las competencias de coordinación, integración y de trabajo en equipo. Además de una mayor formación en competencias de habilidades sociales y comunicación, como la empatía, la escucha activa, la confianza o la seguridad, que resultan imprescindibles para trabajar en equipo, así como para mejorar la calidad del servicio profesional.

Otro cambio importante afecta al contenido de las ocupaciones. Cada vez en mayor medida se requieren para los puestos de trabajo necesidades de formación tecnológica y sobre digitalización aplicada al sector productivo. En la intervención sociosanitaria ya están disponibles actividades de cuidados que se apoyan en recursos como la teleasistencia avanzada, la telemedicina, la instalación de sensores e Internet de las cosas, la domotización de los alojamientos o viviendas, e incluso la utilización de dispositivos robóticos. La Inteligencia Artificial (IA) jugará también un papel relevante y aumentará su presencia, ya que proporciona instrumentos para la prevención en intervenciones sociosanitarias, que es un paso casi definitivo para evitar la institucionalización. Aunque las tecnologías no van a sustituir la atención personal

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

en los cuidados sociosanitarios, puesto que la profesión presenta un marcado carácter humano[655], pero igualmente será necesario recibir formación para aprender a manejarlas, y será un nicho de empleo para los técnicos/as sociosanitarios aventajados en competencias tecnodigitales.

Un módulo formativo específico laboral es imprescindible en todos los Certificados Profesionales del sector (los Títulos de Formación Profesional ya lo contemplan para todos sus niveles); estas competencias laborales ayudan a empoderar al colectivo y aportan confianza a los futuros profesionales. Principalmente, se requiere en todas las áreas de intervención sociosanitarias, profesional o no, más formación en materia de PRL y salud laboral de las personas cuidadoras, principalmente, por las dolencias que se pueden producir en su actividad; sobre medidas establecidas por la legislación vigente para la conciliación de la vida laboral y familiar; el manejo de contratos laborales; conocimientos de los convenios colectivos aplicables al sector profesional; medidas de conflicto colectivo y los procedimientos de solución de conflictos; entornos de organización del trabajo; sostenibilidad medioambiental aplicada al sistema productivo; o conocimientos sobre el papel de la Seguridad Social como sistema de protección y sus regímenes, además de hacer hincapié en la confidencialidad, la ética o la deontología profesional.

La especialización profesional aludida demanda una incorporación completa, en igualdad de condiciones con otro tipo de estudios, en los Sistemas de formación reglada. Urge particularmente en los niveles superiores de cualificación, por lo que se requieren acciones formativas actualizadas a los nuevos cambios sociales en temas asociados a la atención a la dependencia en instituciones de nivel superior, en clave de estudios de postgrado como, a modo de ejemplo, Formación de formadores en atención a la dependencia, Curso de experto sobre el maltrato a personas mayores, Postgrado de Dirección y Gestión de Centros o Unidades convivenciales comunitarios, Máster en atención sociosanitaria, Curso en competencias laborales socio asistenciales, Curso de especialización en cuidados sociosanitarios: crónicos, de larga duración, terminales, etc. Sin lugar a dudas, habría que oficializar y regular la formación requerida a las nuevas claves europeas de grados y postgrados.

Para terminar, me voy a aventurar a modelar el perfil prospectivo ideal del profesional en atención sociosanitaria que, sin limitaciones en sus niveles de Cualificación profesional debería venir acompañado de las siguientes competencias generales y transversales necesarias para las diferentes áreas de intervención:

[655] Lo que acontece es una mejora de las condiciones de trabajo en la medida en que las nuevas tecnologías contribuyen a disminuir esfuerzos, mejorar la productividad y la interacción humana. Salas Porras, M: "Las nuevas tecnologías en el ámbito laboral. Una aproximación al estado de la cuestión desde la perspectiva femenina", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 37, 2023, p. 8; Lozano Lares, F: "Los efectos sinérgicos de la prestación de servicios en plataformas on line, el trabajo de cuidados y el trabajo no declarado como retos de trabajo decente en la nueva sociedad digital", ob. cit. pp. 227 - 271; Poyatos Chacón, M.F.: "Impacto de la IA y la robótica en la atención sociosanitaria", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, Vol. VII, núm. 1, 2022, pp. 102 - 130.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1. Derechos humanos y sociales.
2. Atención sociosanitaria centrada en la persona.
3. Gerontología y atención a la discapacidad.
4. Coordinación y recursos sociosanitarios.
5. Trabajo multidisciplinar y en equipo.
6. *Soft skills* como la gestión de conflictos, mediación, empatía, liderazgo e inteligencia emocional.
7. Competencias sociolaborales y ética profesional.
8. Manejo de tecnologías: IA, ciberseguridad, domótica, robótica.
9. Género e igualdad.
10. Transición ecológica y justa.

CAPÍTULO V. EL ESTATUS LABORAL Y DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS PROFESIONALES DEL CUIDADO.

1.- La precariedad en el empleo como seña de identidad de los profesionales del cuidado.

Las condiciones de empleo de las personas que cuidan, tanto si desarrollan su actividad profesional en el ámbito público o privado, así como el entorno de trabajo de los cuidados no remunerados, indudablemente afectan a la calidad de los servicios sociosanitarios y, por tanto, al bienestar de las personas receptoras de cuidados. Parece claro, pues, que unas malas condiciones laborales de las personas cuidadoras, sean o no remuneradas, no sólo afectarán negativamente a estas sino también a las personas beneficiarios de los servicios de cuidado sociosanitarios, cuya calidad se verá mermada si las tareas de cuidado no son ejercidas por personas trabajadoras especializadas que atesoren las competencias personales y profesionales necesarias en el saber, el saber estar y el saber hacer. De este modo, la unidad de intereses entre los proveedores y los receptores de cuidados, entre personas cuidadas y cuidadoras, debe surgir del reconocimiento de que todas las personas pueden llegar a ser receptoras de cuidados y de que quienes los prestan deberían tener garantizados todos sus derechos sociales[656]. Se trata de un nuevo enfoque que la OIT ya viene adoptando, mediante el reconocimiento del peso económico del trabajo de cuidados, que puede ser perfectamente medido para hacer visible la necesidad de repartir el tiempo y el trabajo de cuidados entre hombres, mujeres, familias y la sociedad[657]. Enfoque que no podemos dejar de lado en nuestro estudio, máxime si tenemos en cuenta que la mayor parte de las cuidadoras profesionales son mujeres, y que ellas mismas, a su vez, son "trabajadoras con responsabilidades familiares"[658]. Por tanto, aunque las necesidades y circunstancias de las personas que trabajan en el ámbito del cuidado rara vez se han venido considerando en relación con la calidad que se pueda desprender del ejercicio

[656] Esta premisa se desprende de UNRISD, institución que sitúa a los cuidadores y cuidadoras, además de a los receptores de cuidados en el mismo marco de justicia social. Instituto de investigación de las Naciones Unidas para el desarrollo social (UNRISD), Switzerland, 2016; en OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019.

[657] Sainsbury, D.:"Gender, care; welfare", en G. Waylen (Ed.): *The oxford handbook of gender and politics* (oxford, oxford university press), 2013. OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit., p. xliv y 292.

[658] *Ibídem*, p. 12.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de los cuidados, es sin duda un elemento crucial, puesto que es necesario encontrar, por sentido de responsabilidad común, el punto de encuentro en la satisfacción de los intereses de todos; sin perder de vista que el punto de mira por excelencia de atención a la dependencia son las propias personas dependientes, ello no desmerece el valor como tal del principio de la profesionalización y de la calidad que se le puede aportar a los servicios del Sistema de atención a la dependencia en su conjunto[659]. De la misma manera que las personas cuidadas se preocupan por la calidad de los cuidados que reciben, las personas cuidadoras tienen preocupaciones que giran fundamentalmente en torno a la calidad de las relaciones jurídico laborales en las que pueden encontrarse al proporcionar cuidados, teniendo derecho a unas buenas condiciones de trabajo plasmadas en los acuerdos contractuales alcanzados, a una adecuada protección social en caso de contingencia, a la formación en sus áreas de intervención, al reconocimiento de su capacidad de asociación, de representación y acción colectiva, y a una mínima garantía de continuidad en lo que respecta a la prestación de los servicios. No menos importante puede ser la consecución de sus propios intereses como personas y el desarrollo de su personalidad (art. 10.1 de la C.E.), o el reconocimiento de ciertos derechos laborales de carácter prioritario para este colectivo como son los relacionados con la conciliación familiar (art. 34.8 del ET)[660].

Estas preocupaciones que afectan a las personas cuidadoras tienen que ser abordadas teniendo en cuenta además los factores específicos de la profesión que la hacen única, diferenciándose del resto de profesiones. Nos referimos a elementos esenciales como la *productividad* de los cuidados, que ante la dificultad (sino imposibilidad) de ofrecer servicios que sean rentables sin comprometer la calidad de los resultados esperados, es una de las características distintivas del trabajo de cuidados[661]; o los aspectos relacionales de la prestación de cuidados que, entre otras cuestiones, limitan el potencial de sustituir mano de obra humana por robots y otras tecnologías. Esto tiene consecuencias para la carga de trabajo y sus efectos en la calidad de los cuidados: una cuidadora que tenga que atender a muchas personas dependientes, simplemente no podrá ofrecer unos cuidados de la misma calidad a todas ellas. Además, dado que la prestación de cuidados tiene también aspectos emocionales y psicológicos, el trabajo excesivo de las personas cuidadoras no sólo merma la calidad de la prestación de cuidados, sino que incluso puede tener efectos adversos si genera impaciencia, irritación o rechazo por parte de quien cuida, lo que acabará siendo perjudicial para la persona beneficiaria del servicio, especialmente vulnerable, ya sea un niño con discapacidad, una persona mayor, un enfermo grave o incluso un adulto sano con necesidades de atención específica. Por ende, redunda en interés de la sociedad evitar la precariedad del sector y asegurar óptimas condiciones laborales para las personas

[659] Cruz Villalón, J.: "La protección social de la dependencia", ob. cit., pp. 24 y 25.

[660] No hay que olvidar la necesidad de que la legislación laboral, convenientemente complementada y suplementada por la negociación colectiva, favorezca la conciliación o, mejor, la corresponsabilidad en los cuidados de la senectud, otorgando a las personas trabajadoras derechos de igual intensidad que los concebidos para el cuidado de hijos (...), todo ello con el fin de no desincentivar la participación laboral y el desarrollo profesional de las personas cuidadoras, a su vez, asalariadas en el mercado de trabajo ordinario. Rodríguez Escanciano, S.: Los cuidados a las personas mayores: aspectos organizativos, subjetivos y asistenciales de los denominados "servicios públicos de proximidad", ob. cit., p. 715; CES: *Informe 3/2020* sobre e*l sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, ob. cit., p. 50.

[661] Esquivel y Kaufmann, A. (2017). *Innovations in care. New concepts, new actors, new policies* (Berlín, Friedrich Ebert Stiftung), en OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit., p. 12.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

trabajadoras del sector de los cuidados en sus diversas formas de atención, sean remuneradas o no.

Especialmente preocupante es la infravaloración social del trabajo de cuidados, que conduce a unas condiciones salariales sumamente precarias[662], lo que se agrava aún más cuando los servicios de cuidados dejan de ser asequibles para las personas usuarias, puesto que ello fuerza a los propios demandantes del servicio a recurrir al mercado informal, contratando a personas que no gozan de una protección laboral efectiva ni formación adecuada, ofreciendo, en consecuencia, unos servicios de peor calidad a cambio de un salario más bajo. En este sentido, la propia OIT nos advierte del aumento de las formas de *empleo atípicas* en los últimos decenios (también denominadas formas diversas de trabajo), impulsadas por múltiples factores, entre las que destacan los cambios demográficos, la desregulación del mercado laboral, las fluctuaciones macroeconómicas o los cambios tecnológicos[663]. Nos referimos por tanto a un término genérico que difiere del modelo estándar de trabajo y que afecta de lleno a la prestación de servicios sociosanitarios a personas dependientes, como son las modalidades de empleo temporal y a tiempo parcial[664], la relación de trabajo multipartita (contratas, subcontratas y otros tipos de cesiones de trabajadores), el empleo encubierto o incluso nuevas formas de contratación de servicios a través de plataformas digitales de trabajo que precarizan aún más este sector profesional[665]. Dado que el trabajo de cuidados no siempre tiene lugar en los locales de la persona empleadora, sino en el domicilio de la persona usuaria, también podríamos considerar como una modalidad de empleo diverso las figuras laborales del auxiliar de ayuda a domicilio o el asistente personal.

Tal y como vemos, la problemática actual del trabajo atípico, en su más amplio sentido, cada vez más presente en el sector de los cuidados, ha de ser contemplada desde la

---

[662] La precariedad laboral del sector lleva aparejada una retribución salarial que no alcanza el salario mínimo interprofesional. De hecho, la mayor parte de estas/os trabajadoras/es serían pobres si dependieran únicamente de su salario, lo que las obliga a pluriemplearse para satisfacer tanto sus necesidades básicas, como las de sus familias. Dema Moreno, S. y Estébanez González, M.: *Informe. Las condiciones laborales del personal auxiliar del servicio de ayuda a domicilio*, Producción Bibliográfica de UniOvi: Recopila, 2022, p. 7; (…) poco más de una de cada cinco afirma que su salario cubre siempre, o muchas veces, las necesidades del hogar, mientras que para el 77,6 % no las cubre nunca, solo alguna vez, o algunas veces. Fernández-Cano M.I., Navarro A., Feijoo-Cid M., Salas-Nicás S.: *Estudio CuidémoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud*. Barcelona: Powah, Gremsas, UAB, 2023, p. 38.

[663] *OIT: El empleo atípico en el mundo: Retos y perspectivas. Presentación resumida del informe*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2016.

[664] El Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea, también se ha adentrado a configurar una importante jurisprudencia en torno al principio de igualdad de tratamiento, en el denominado trabajo atípico, y especialmente en la modalidad de trabajo a tiempo parcial, generando una importante jurisprudencia que ha dado lugar a la producción de normas jurídicas antidiscriminatorias en este mismo sentido. Véanse las sentencias de 12 de octubre de 2004, Asunto C-313/02, Wippel; de 6 de abril de 2000, Asunto C-226/98, Jørgensen; de 26 de septiembre de 2000, Asunto C-322/98, Kachelmann; y de 9 de septiembre de 2003, Asunto C-25/02, Rinde. Vid. Pérez Guerrero, M. L.; Castellano Burguillo, E. y Pérez Domínguez, F.: "Trabajo atípico en la Unión Europea", *Scielo. Gaceta Laboral*, vol. 14, núm. 3, Maracaibo, 2008.

[665] Vinculado al trabajo decente y prestando especial atención tanto a la prestación de servicios en plataformas online, como al trabajo de cuidados y al trabajo no declarado véase: Lozano Lares, F.: "Los efectos sinérgicos de la prestación de servicios en plataformas online, el trabajo de cuidados y el trabajo no declarado como retos de trabajo decente en la nueva sociedad digital", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. 6, núm. 2, 2021, pp. 227-271.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

perspectiva de los déficits de trabajo decente que implica[666]. Es por ello que la OIT nos invita a asegurar la debida regulación de las formas atípicas de empleo, con el esfuerzo por parte de los Estados miembros de prohibir, entre otros, el recurso al trabajo de duración determinada para las necesidades permanentes de una empresa, limitando las contrataciones multipartitas en las que se van devaluando las contrataciones o restringiendo el recurso a contratos de trabajo a pedido. Por lo que en base a estas propuestas, y por las propias características del trabajo de cuidados, propenso a generalizar la parcialidad en el trabajo, no quedaría otra que responder a la buena calidad de los servicios ajustándose a los principios establecidos en el Convenio sobre el trabajo a tiempo parcial de 1994 (núm. 175)[667], su Recomendación núm. 182, y al Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares de 1981 (núm. 156)[668]. Conviene insistir, por tanto, que la prestación de atenciones sociosanitarias a personas dependientes en condiciones precarias (lo que observaremos de forma detallada en el siguiente epígrafe), nunca va a contribuir a cambiar los roles de género, ni a mejorar la calidad del empleo de las mujeres, ni a reducir las diferencias laborales entre hombres y mujeres[669], por lo que debemos atender a las indicaciones que nos marca la OIT, cuando de forma clara nos sigue mostrando de manera insistente el camino hacia un trabajo decente.

2.- Las deficientes condiciones de trabajo de los profesionales del cuidado.

Tras mostrar una visión genérica a nivel global de las condiciones laborales en el sector de los cuidados, en adelante trataremos de poner en relieve los rasgos más significativos que en materia laboral condicionan las actuaciones profesionales del Servicio de atención a la dependencia y de los cuidados en el hogar, donde podemos afirmar, *a priori*, que su marco regulador en España es menos garantista que el del promedio de actividades laborales, dado que la legislación laboral es más relajada en este ámbito profesional, caracterizado por una escasa incidencia sindical, el predominio de relaciones laborales individualizadas y la falta de profesionalización,

---

[666] Sobre el concepto de trabajo decente, vid: Lozano Lares, F.: "La Eficacia Jurídica del concepto de Trabajo Decente", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 4, núm. 4, 2016, pp. 1-36.

[667] Convenio que aún no ha sido ratificado por España y que dispone el poder adoptar medidas para asegurar que las personas trabajadoras a tiempo parcial reciban la misma protección que gozan los trabajadores a tiempo completo en situación comparable en lo relativo al derecho de sindicación, al derecho de negociación colectiva, a la seguridad y la salud en el trabajo; a la no discriminación en materia de empleo y ocupación (art. 4), a no percibir un salario básico que, calculado por rendimiento o por pieza, sea inferior al salario base (art. 5), y a gozar de condiciones equivalentes a las de los trabajadores a tiempo completo respecto a la protección de la maternidad, la terminación de la relación contractual, las vacaciones anuales pagadas y días festivos, o las licencias de enfermedad (art. 7). En la doctrina, Callau Dalmau, P.: "Referentes supranacionales de los principios de igualdad y no discriminación en materia laboral y su adopción en el trabajo a tiempo parcial", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. II, núm. 2, 2017, p. 140. Atendiendo a la normativa Europa a lo dispuesto en la relativa al Acuerdo marco sobre el trabajo a tiempo parcial concluido por la Unice, el Ceep y la Ces (DOUE-L-1998-80092), que garantiza la supresión de las discriminaciones contra los trabajadores a tiempo parcial y mejora la calidad del trabajo a tiempo parcial. En nuestra normativa laboral, a tenor de lo dispuesto en el art. 12 del ET.

[668] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Instrumento de Ratificación del Convenio número 156 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: Trabajadores con responsabilidades familiares, adoptado en Ginebra el 23 de junio de 1981. OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, ob. cit., p. 317.

[669] *Ibídem*, p. 13.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

lo que desemboca finalmente, como veremos, en la determinación de unas condiciones laborales devaluadas. Si bien es cierto que en los últimos años se han producido cambios legales en materia de dependencia y en el ámbito del empleo en el hogar que han mejorado las condiciones de trabajo de este colectivo, lo cierto es que no han conseguido revertir del todo la situación laboral en el sector de los cuidados personal y doméstico[670].

Conviene advertir además que el protagonismo a la hora de regular las condiciones laborales de este colectivo de profesionales lo viene asumiendo la negociación colectiva[671]. En nuestro sector, se establece como unidad preferente de negociación la de ámbito estatal, sin perjuicio de que, atendiendo al mejoramiento de las condiciones laborales para la ordenación del sector, se abran nuevos ámbitos negociales de ámbito inferior al estatal que ya de por sí establece unos mínimos[672]. Actualmente está en vigor el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (en adelante VIII Convenio marco estatal)[673], quedando encuadrados en el mismo, de acuerdo con lo dispuesto en su art. 16, los siguientes perfiles profesionales: Personal Auxiliar (grupo 4-B) que comprende al gerocultor/a, auxiliar de ayuda a domicilio (AAD) y Teleoperador TAD (teleoperador de teleasistencia); así como el personal de limpieza, lavandería, planchado, pinche cocina, y otros ayudantes de oficios varios (grupo 5-C). Todos estos profesionales ejercen sus actividades sociosanitarias en el marco del SAAD, donde se incluyen, concretamente, los/las AAD en domicilios particulares que ofrecen el Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD); así como el resto de profesionales en las residencias para personas mayores o discapacidad, en centros de día y noche, centros de estancias diurnas, viviendas tuteladas y centros de teleasistencia[674]. En cualquier caso, las características de las condiciones laborales de estos profesionales son muy variadas, ya que en el SAAD, además de encontrarnos diferentes perfiles profesionales que asumen diversas funciones y tareas, sus relaciones laborales también pueden quedar sujetas a lo establecido en otros convenios específicos de ámbito inferior, por lo que, solo cuando estos no existan, nos encontraremos con una mayor

[670] Muñoz González, Ó., y Pitxer, J. V.: "Condiciones laborales de las cuidadoras remuneradas en el ámbito doméstico. Estudio cualitativo en el área metropolitana de València tras la Gran Recesión. *Sociología del Trabajo*, 101, 2022, p. 274.

[671] Una de las señas de identidad de nuestro sistema de relaciones laborales es el diálogo constante entre normativa estatal y negociación colectiva, con reiteradas remisiones por parte de la Ley a la intervención de la negociación colectiva, a los efectos de que esta última desempeñe un papel relevante en el desarrollo y aplicación al caso concreto de las medidas laborales establecidas legalmente. Cruz Villalón, J.: "Técnicas jurídicas en la regulación de las medidas laborales y de Seguridad Social ante la crisis sanitaria por el coronavirus", *Revista de Estudios Jurídicos y Criminológicos*, núm. 1, Universidad de Cádiz, 2020, p. 33.

[672] Podríamos hablar de ámbitos inferiores de negociación autonómico (o comarcal), provincial, de empresa y grupo de empresas. Confederación Sindical de CCOO: *El empleo en la atención a la dependencia. Hacia un sector productivo de calidad*, Madrid, 2008, p. 66.

[673] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Entró en vigor el 1 de enero de 2019 y tiene vigencia hasta el 31 de diciembre de 2025.

[674] Con la excepción de aquellas empresas cuya gestión y titularidad correspondan a la Administración Pública. Al igual que se excluye del ámbito de aplicación del convenio estatal de personas dependientes, las empresas que realicen específicos cuidados sanitarios como actividad fundamental, exceptuando la asistencia sanitaria a las personas residentes y usuarias, como consecuencia de los problemas propios de su edad y/o dependencia.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

uniformidad por su adscripción a una unidad de negociación de ámbito superior[675]. Así, a la hora de describir las actuales condiciones laborales de este colectivo, nos ajustaremos a los aspectos generales de cada uno de ellos, diferenciando tres escalas: a) las normas especiales del VIII Convenio marco estatal para el Servicio de Atención a la Dependencia (con características específicas de las condiciones laborales de las Auxiliares de Ayuda a Domicilio); b) las normas comunes del resto de ámbitos profesionales incluidos en el VIII Convenio marco estatal (gerocultores/as y Teleoperadores TAD); c) las condiciones laborales de otros profesionales de los cuidados excluidos del VIII Convenio marco estatal, como son la figura del asistente personal y las trabajadoras/cuidadoras remuneradas en el ámbito del empleo en el hogar.

2.1.- Normas especiales del VIII Convenio marco estatal para el Servicio de Atención a la Dependencia. Las Auxiliares de Ayuda a Domicilio (AAD).

Con características específicas en sus condiciones laborales, hay lugares donde parte de la plantilla del SAD proviene de subrogaciones[676], por lo que algunas trabajadoras (hablaremos en femenino puesto que la inmensa mayoría son mujeres)[677] pueden tener contratos indefinidos a tiempo completo, pero son las más afortunadas sin duda, porque lo más habitual es que la mayoría de los contratos sean a tiempo parcial, ya tengan carácter indefinido o no. Y no es de extrañar que sean las propias trabajadoras las que soliciten trabajar a tiempo parcial, puesto que buscan conciliar su vida personal y laboral, e incluso compatibilizar su actividad como AAD con otros empleos (casi siempre como limpiadoras domésticas o cuidadoras en la economía informal), para de ese modo mejorar sus ingresos, teniendo en cuenta que tienen *jornadas menores* y los ingresos son muy bajos[678]. Es el caso generalizado de casi todas las AAD en

[675] En Andalucía hasta el momento nos encontrábamos con convenios colectivos provinciales específicos como el de Sevilla y Provincia. También con el convenios de empresa del Ayuntamiento de Málaga "Más Cerca", que prevalece en mejora de condiciones salariales que el Convenio colectivo autonómico del sector de Ayuda a Domicilio, hasta fechas recientes inexistente (Resolución de 14 de septiembre de 2023, de la Dirección General de Trabajo y Seguridad y Salud Laboral). El resto de las localizaciones a nivel nacional, en su mayoría también cuentan con convenios específicos, y han sido objeto de estudio: Baracaldo y Bilbao (con las mejores condiciones salariales de toda España, duplicando el SMI), Barcelona, Diputación de Salamanca, Madrid, A coruña, Burgos, y Tomelloso en Ciudad Real. Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, Secretaría de Mujer y Políticas Sociales FeSP UGT. Investigación de la Vicesecretaría General de UGT y la FESP UGT, 2018, pp. 123, y 127-129.

[676] Una particularidad en los convenios laborales de las AAD es la cláusula de subrogación obligatoria de la empresa adjudicataria, establecida para mejorar la calidad del empleo y promover la estabilidad laboral; los convenios incluyen una cláusula típica que obliga a la empresa adjudicataria a incluir en su plantilla el personal que prestó servicios para la adjudicataria anterior, siempre y cuando dicha prestación previa se hubiese prolongado por un tiempo mínimo de 3 o 4 meses, a lo convenido en ámbitos inferiores al estatal (que es mínimo de 18 meses, según el art. 18.4.1 del VIII Convenio marco estatal). Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., pp. 65 y 123.

[677] En los datos estadísticos del segundo trimestre de 2024, ofrecidos por el IMSERSO, en el informe de Empleo del sector servicios sociales, que ofrece una distribución por sexo de las actividades de servicios sin alojamiento (donde viene a encuadrarse el SAD), se constata un predominio en la actividad del 78,8% de mujeres, frente a un 21,2% de hombres, aumentando además la proporción de mujeres un 1,37% en comparación con el segundo trimestre de 2023.

[678] En términos salariales destacamos las notables diferencias respecto a los salarios en general, (un 76% en detrimento del sector), y en el uso del tiempo parcial detectadas como modalidad contractual preferente, más señalados aún entre las trabajadoras domiciliarias de nacionalidad no española.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

poblaciones rurales. En las grandes ciudades, en cambio, es más frecuente encontrar trabajadoras a tiempo parcial empleadas en distintas contratas de empresas integradas en el mismo o distintos grupos empresariales. En este caso, es necesario precisar que la mayoría de los contratos a tiempo parcial lo son por decisión de las empresas y no de las mismas trabajadoras[679]. La tendencia prospectiva es aumentar tanto la eventualidad de los contratos como la reducción de horas de los mismos, entre otras razones porque las trabajadoras con el derecho adquirido a contratos fijos y a jornada completa se van jubilando; y porque el ideal para la organización del SAD por parte de las empresas es la contratación de trabajadoras eventuales y a tiempo parcial, consecuencia propia del modelo de organización del trabajo en el sector, que se basa en las horas concedidas de prestación del servicio[680]. Los contratos de la Administración a las empresas se computan en horas de servicio prestado (al igual que la Ley de dependencia en la asignación de las horas a la persona dependiente, según el grado valorado), y ese es también el criterio de las empresas para las contrataciones de sus empleadas[681]. La repercusión de este criterio en la organización del trabajo hace que cuadrar los horarios de las auxiliares sea complejo para las personas coordinadoras y entre las propias trabajadoras: hay una acumulación de servicios en determinados tramos horarios, generalmente en las horas punta (por la mañana de 10 a 12 horas para aseos, desayunos, visitas médicas, gestiones varias); a lo que hay que añadir las incidencias por parte de las personas usuarias del SAD, que obligan a adelantar, retrasar o a eliminar servicios.

El problema del encuadramiento de horarios se agrava cuando se eliminan servicios (en caso de fallecimiento o traslados de la persona usuaria al domicilio de los hijos o a una residencia), puesto que es entonces cuando la AAD reduce su tiempo laboral formalmente, rebajando la empresa sus horas de contrato. Si se da el caso contrario y no se reducen sus horas, la auxiliar empieza a deber esas horas a la empresa, y en ambos casos empieza a darse el fenómeno denominado "bolsa de horas o arrastre"[682]. Algunas de las consecuencia de este modelo de trabajo es que las AAD sufren importantes desgastes físicos y psicológicos, además de que, por tener contratos eventuales, por obras y servicios, a tiempo parcial, así como jornadas irregulares o incompletas que no se ajustan a las horas de trabajo semanales establecidas por convenio, se les sustraen derechos sociales y se les ocasiona una pérdida importante en su poder adquisitivo; lo que les fuerza a alargar sus vidas laborales (dentro o fuera del mismo sector), a pesar de sus ya adquiridas dolencias psicofísicas[683]. Y todos los

Jiménez-Martín, S. y Andrea Viola, A.: *Estudios sobre la Economía Española*, Observatorio de la dependencia FEDEA, Quinto informe, Madrid, 2024, p. 43 y 46.

[679] Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 123.

[680] VIII Convenio marco estatal, arts. 18.6. (contrato a tiempo parcial, 3º párrafo y ss.), y art. 39 (jornadas y horarios).

[681] Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 124.

[682] Consiste en la acumulación de horas que la trabajadora realiza de más o de menos como consecuencia de la organización del servicio en función del tiempo concedido a las personas usuarias, es decir, no depende de su voluntad, sino de altas, bajas o incidencias diversas. Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 124-125.

[683] (…) "Con 18 horas al mes no hay quien cotice lo suficiente", (…) y se trata de un porcentaje alto de trabajadoras, de tal modo que "hay compañeras con 65 años que están cuidando a personas mayores, más jóvenes que ellas", Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 125.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

actores implicados en el SAD (Administración, empresas, representación sindical y personas trabajadoras) son conscientes de la precariedad laboral implícita en este modelo de trabajo, a la que no se le puede pedir grandes calidades "al precio de saldo que están pagando", siendo los principales perjudicados las mismas personas trabajadoras y la calidad del servicio[684]. Por lo que a nuestro modo de ver dos son los factores claves que propician esta caótica e innecesaria situación organizativa[685], ambas propiciadas de forma originaria en el convenio marco del sector:

1º) El protagonismo de los contratos a tiempo parcial (art. 18.6 del Convenio estatal de dependencia): establecidos ya de por sí en 25 horas semanales, que pueden reducirse aún más de forma excepcional hasta 8 horas a la semana; pero que, en casos de excesos de jornada (ya se está dando por hecho la probabilidad de que existan), el número de horas complementarias no puede exceder del 30% de las horas ordinarias de trabajo objeto del contrato[686], y que además la suma de las horas ordinarias más las complementarias tampoco puede exceder del límite legal de jornada establecida en el convenio marco, que para este año 2025 y para la figura del AAD (pues difiere del gerocultor y del teleoperador de teleasistencia) establece una jornada máxima anual de trabajo efectivo, ya sea en turno partido o continuo, de 1.735 horas, a diferencia del resto de profesionales que son más horas, un total de 1.772, según establece el art. 39 del VIII Convenio estatal de dependencia. Estas horas complementarias se pueden compensar, pero no con retribuciones, sino con tiempos de descanso o vacaciones. Son horas complementarias que van a ser controladas por la empresa (por lo que la persona trabajadora también debe estar atenta), es decir, si en un trimestre no se hubieran realizado todas las horas complementarias correspondientes a esos 3 meses, hasta un 20% de las horas no consumidas podrán ser transferidas por la empresa al trimestre siguiente; teniendo en cuenta que en ningún caso se podrá transferir a un trimestre las horas ya transferidas desde el trimestre anterior (por lo que entendemos, si no se está atento a ellas, que se perdería el derecho correspondiente a ese descanso o parte de vacaciones en perjuicio del trabajador/a). De igual forma, en este modelo de organización de trabajo, los contratos de trabajo son fluctuantes, pues, ante la existencia de puestos de trabajo vacantes, las empresas posibilitan la conversión voluntaria de un trabajo a tiempo completo en un trabajo a tiempo parcial, y viceversa, o para el incremento del tiempo de trabajo del personal a tiempo parcial. Para ello se tiene en cuenta al personal preferente, sean trabajadores/as que hayan realizado anteriormente horas complementarias, las conversiones voluntarias que soliciten un retorno a la situación anterior o las personas contratadas a tiempo parcial durante 3 o más años para la cobertura de vacantes a tiempo completo, entre otras.

[684] *Ídem*.

[685] A modo de ejemplo sirvan los estudios de buenas prácticas en la gestión municipal del SAD, concretamente en Tomelloso (Ciudad Real), donde no existe el concepto de "bolsa o arrastre de horas", pero cuando no hay suficientes servicios para cubrir la jornada contratada, las auxiliares van: o bien a ayudar a otra compañera, o bien a elaborar alimentos para el Servicio municipal "Prestación Comida sobre ruedas" que complementa al de Ayuda a domicilio (2024). Las horas a la semana por convenio, ya en 2017 eran, 40 horas en el convenio provincial del sector, y 37,5 en la oferta pública de empleo. Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 123.

[686] Coincidiendo con lo dispuesto en el art. 12.5 c) del ET.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2º) Las peculiares características del SAD[687]: el convenio marco vuelve a insistir en que, dado que existe un alto porcentaje de contratación a tiempo parcial, las empresas de ayuda a domicilio tenderán preferentemente a la ampliación de la jornada de trabajo del personal cuando su jornada sea inferior al 100%, supliendo las vacantes de quienes causen baja temporal en la empresa; no obstante, en el momento en que el personal en situación de incapacidad temporal (IT), maternidad, vacaciones, etc., se reincorpore a su puesto de trabajo, el personal cuya jornada hubiera sido ampliada volverá a su situación inicial (por lo que el VIII Convenio estatal de dependencia no contempla para la persona trabajadora la posibilidad de mantener la condición más beneficiosa ya adquirida); también se da el caso similar en situaciones donde la trabajadora proceda de una jornada completa cuando, debido a la asignación de nuevas personas usuarias, exista vacantes a cubrir. Sin duda alguna, es reincidente el vaivén de jornadas, que compromete la estabilidad de las condiciones de trabajo para esta figura profesional y que, como consecuencia de los desajustes entre horas realizadas y reflejadas en sus jornadas de trabajo, se tienen que realizar cada 6 meses las regularizaciones periódicas pertinentes de horas trabajadas[688]. Lamentablemente, en perjuicio de la remuneración que deba recibir el personal, la empresa podrá proceder al descuento del importe correspondiente por hora ordinaria si, para lograr la recuperación de horas que debe el personal, ofertara al auxiliar al menos en tres ocasiones la posibilidad de recuperarlas y esta las rechaza.

Otra peculiaridad que caracteriza a este perfil profesional son las jornadas especiales, junto a las completas (sea de forma continuada o partida) y las que son a tiempo parcial (en mañana o de tarde); se trata de jornadas especialmente previstas para la atención de servicios en días festivos, fines de semana, horario nocturno, en zonas rurales, en distintos núcleos de población del mismo municipio o cualquier otra circunstancia que por sus características requieran una atención singular o no reúnan las condiciones para aplicar las jornadas establecidas. Es un motivo añadido a las razones, ya comentadas, por las que este sector de actividad acumula un alto porcentaje de temporalidad, puesto que que estas jornadas especiales suponen la existencia de contratos de duración determinada para la realización de una obra o servicio determinado, contratos que, en tal caso, deberán quedar formalizados identificado claramente el servicio a prestar[689]. Y en todo caso, únicamente tendrá la consideración de trabajo efectivo tanto las horas que se dediquen a la asistencia en el domicilio de la persona usuaria como las empleadas en desplazamientos entre servicios realizados consecutivamente, y no los que dedican a los desplazamientos entre sus propios domicilios y los de los usuarios

[687] Art. 39.2, apartados F2 (jornada a tiempo parcial) y F3 (jornadas especiales) del VIII Convenio marco estatal.

[688] Solo un 39% de las AAD encuestadas realiza una jornada laboral acorde con su contrato de trabajo. El 61% restante sostiene que su jornada no se adecua a las condiciones contractuales pactadas. Dema Moreno, S. y Estébanez González, M.: *Informe. Las condiciones laborales del personal auxiliar del servicio de ayuda a domicilio*, ob. cit., p. 8.

[689] La precariedad del trabajo de las AAD se manifiesta también en una alta temporalidad, la más elevada del conjunto de la población ocupada española, que a su vez es de las mayores de la Unión Europea. Se constata además que una parte importante de la plantilla trabaja a jornada partida, con la dificultad añadida que supone en términos de tiempo, y la limitación que conlleva para compatibilizar dicho empleo con otros y/o conciliar con sus vidas personales y familiares. Dema Moreno, S. y Estébanez González, M.: *Informe. Las condiciones laborales del personal auxiliar del servicio de ayuda a domicilio*, ob. cit., p. 24.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

(primer y último), que les pueda asignar la empresa; cuestión que, como era de esperar, ya trascendió en su momento al ámbito jurisprudencial[690].

Además, si los salarios de las AAD que fijan los convenios ya son, de por sí, escasos (por debajo del SMI), con necesidad de complementos[691], la contratación a tiempo parcial precariza aún más los salarios; tampoco el tiempo y el coste de ir de un sitio a otro están regulados convencionalmente de manera uniforme, por lo que son otro asunto laboral en discordia[692]. En todo caso, la empresa se hará cargo de los gastos de desplazamiento del personal cuando, dentro de la jornada laboral, la realización del servicio, por su propia naturaleza o por la organización del trabajo, comporte la necesidad de utilizar medios de transporte, especialmente en los desplazamientos entre servicios de tipo rural o semirural. En ese sentido, en todos los casos, el tiempo de desplazamiento se incluye en las horas de contrato y las entidades gestoras (empresas o ayuntamientos) tratarán de que haya la mínima distancia entre un domicilio y el siguiente, aun con la dificultad que entraña ajustar esas rutas para satisfacer de forma conjunta las necesidades tanto de las auxiliares como de las personas usuarias y de sus familiares. De una buena coordinación depende, pues, el éxito del Servicio. Por tanto, es cuestión trascendente para este colectivo que, para ajustar las retribuciones de las AAD al mínimo legal establecido, se deban contemplar las siguientes partidas[693]: a) de forma fija, el salario base, que es la retribución del AAD fijada por unidad de tiempo [un máximo de 1.145,81€, para el año en curso (2025)], lo que implica que queda por debajo del SMI establecido para este año en 1.184 €[694]; b) los complementos salariales a los que puedan optar las trabajadoras, ya sea el plus de antigüedad percibido por cada tres años de servicio prestados en la empresa, que será proporcional a la jornada realizada, el plus de nocturnidad, entendido como el tiempo trabajado entre las 22

[690] Procede la desestimación del recurso interpuesto por el sindicato recurrente, Federación de Empleados y Empleadas de Servicios Públicos de UGT de Castilla y León, contra la sentencia dictada en conflicto colectivo y que declaró que no constituye tiempo de trabajo el que las personas trabajadoras, incluidas en el III Convenio Colectivo Regional para la actividad de Ayuda a Domicilio, dedican a los desplazamientos diarios entre su propio domicilio, y los centros del primer y último cliente que les asigne su empresario. Y es que, tal y como ha establecido con anterioridad la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en el procedimiento núm. 4/2017 de 24 de mayo de 2017, el pronunciamiento recurrido no ha incurrido en la infracción denunciada, la del art. 2.1 de la Directiva 2003/88//CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003 (relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo), ni se ha vulnerado la doctrina del TJUE (STJUE C-266/14, de 10 de septiembre de 2015) al no guardar relación lo resuelto por el mismo (trabajadores que se desplazan en un vehículo de la empresa, desde su domicilio a centros donde han de realizar tareas de instalación, siendo la distancia muy variable, en ocasiones hasta de 100 km, debiendo asimismo desplazarse una o varias veces a la semana a las oficinas de una agencia logística de transporte para recoger aparatos, piezas y material), con lo discutido en el presente litigio. STS de 4 de diciembre de 2018 (RJ 2018, 1008).

[691] Todas las personas trabajadoras del SAD deben percibir al menos, el SMI vigente en cada momento, calculado en cómputo anual, y proporcional al período y jornada efectivamente trabajada. En los casos en los que no se alcance dicha cuantía, las empresas habrán de complementar la retribución de la persona trabajadora afectada hasta alcanzar el importe del SMI, de conformidad con la normativa vigente en cada momento, art. 42, apartado I) del VIII Convenio marco estatal.

[692] Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 129.

[693] Cada grupo y categoría profesional, mantendrá esta estructura salarial con independencia de la remuneración que corresponda a su puesto de trabajo específico o cualquier otra circunstancia (art. 42 del VIII Convenio marco estatal).

[694] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2025-2576. Real Decreto 87/2025, de 11 de febrero, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2025.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

horas y las 7 horas, complemento que se percibirá igualmente en la retribución de las vacaciones, para el personal con turno fijo de noche, los pluses de domingos y festivos para las jornadas realizadas en tales días (independientemente de las horas trabajadas), salvo para aquel personal contratado específicamente a tal efecto, o el plus de disponibilidad para los turnos voluntarios, que tendrán una retribución específica (son los complementos mejor pagados, junto a los complementos festivos especiales)[695]; c) las horas extraordinarias de las que se puede disponer en situaciones excepcionales, sin superar el tope máximo anual legalmente establecido (las 80 horas al año previstas en el art. 35.2 del ET). Igualmente que el resto de trabajadores de otros sectores, las AAD podrán disfrutar de las gratificaciones extraordinarias, dos al año, con devengo semestral, equivalentes a una mensualidad de salario base, más antigüedad (si procede), sin que en ningún caso dichas gratificaciones se puedan abonar prorrateadas mensualmente, salvo si las AAD tienen contratos menores de seis meses o cuando exista acuerdo con la representación unitaria o sindical.

Hay que tener en cuenta que, hasta llegar a este "ajustado" límite salarial, han sido necesarias largas movilizaciones y negociaciones por el Convenio Estatal de la Dependencia (de más de 5 años), sobre todo por el incumplimiento de la subida salarial, que incluyó una denuncia de CCOO y una sentencia favorable de la audiencia Nacional[696], que culminaron con la firma del VIII Convenio Estatal del Sector de Dependencia, cuya vigencia se extiende hasta el 31 de diciembre de 2025. La firma de este convenio, que afecta a más de 400.000 personas trabajadoras, desarrolla importantes mejoras salariales, ahora y en los próximos años, con las correspondientes revalorizaciones porcentuales de los salarios, así como una resaltable mejora en las actividades laborales y prestacionales tales como la posibilidad de poder disfrutar 4 días de libre disposición a lo largo del año y las mejoras introducidas en materia de compensación de las situaciones de IT por contingencias profesionales, al compensarse hasta el 100% del salario del 22º al 90º día de IT, hasta el 95% del salario entre el 91º y el 120º día de IT; y hasta el 90% del salario del 121º hasta el 180º día de la IT.

Del análisis de esta situación se extrae la conclusión de la importancia que plantea la negociación colectiva como reto de futuro para la mejora de las condiciones laborales del sector de la atención a la dependencia. La reforma laboral de 2021, vía Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía para la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo[697], asegura, según la doctrina, las garantías necesarias para que la descentralización de los convenios colectivos no provoque un efecto devaluador de costes retributivos o desventajas injustificadas entre empresas, aportando flexibilidad en la medida adecuada. A través de la limitación de la preferencia en esta materia se busca conseguir un equilibrio entre la flexibilidad que otorga el convenio de empresa y las garantías del convenio sectorial (que viene a configurarse como el referente en

[695] Vid. VIII Convenio estatal de dependencia. Tabla Anexo I. Retribuciones Ayuda a domicilio (2025), p. 82592.

[696] Sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Social, de 20 de junio de 2022 (AN 2022, núm. 95). Procedimiento sobre Conflictos Colectivos (117/2022). La interpretación literal directa de la normativa convencional determina el reconocimiento del incremento de los salarios del VII Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal en la subida del IPC real fijado para ese año en un 6,5%.

[697] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2021-21788.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

materia salarial)[698]. Una solución a nuestro juicio acertada, que conecta con la reforma del art. 42.6 del ET en materia de contratas y subcontratas[699], y, en última instancia, con un signo orientador global de la reforma que mira a los ámbitos sectoriales de negociación como espacios más garantistas de regulación[700], actuando, al fin y al cabo, como salvaguarda del carácter tuitivo del derecho del trabajo.

2.2.- Normas comunes al resto de ámbitos profesionales incluidos en el VIII Convenio marco estatal. Los gerocultores/as y las personas teleoperadoras TAD.

Desde una perspectiva de la actividad gerontológica, la cual presenta un marcado carácter estratégico institucional, a nadie se le escapa que la realidad de este sector bien puede resumirse con la expresión de "mucho trabajo y poco salario"[701]. Las condiciones laborales de este perfil profesional presentan muchas similitudes con las AAD, pues, al igual que estas, se caracterizan por una alta tasa de contratación parcial, la cual comporta pobreza presente y futura[702]. Esta parcialidad abusiva, bajo nuestro criterio, no está justificada, sobre todo por la gran carga de trabajo que conlleva el cuidado de personas mayores y/o con discapacidad en las residencias, donde los usuarios del servicio necesitan una atención especializada debido al alto nivel de dependencia en el que han sido valoradas (pues precisamente ese es el motivo del ingreso residencial), unido a su vez, al trabajo "de centro" propio de las instituciones socio asistenciales (rigidez horaria, cumplimentación de documentos, formalidades y otros protocolos residenciales). Esta elevada carga de trabajo puede ocasionar graves riesgos para la salud de las personas empleadas. A todas las tareas habituales de atención física sociosanitarias[703], que ya de por sí suponen un importante esfuerzo, hay que añadirles el desarrollo de otras actividades elementales relacionadas con la necesidad de proporcionar autonomía personal a las personas usuarias y su inserción social, atender a las familias y, en general, todas aquellas actividades que le sean encomendadas en la propia institución residencial, siempre que estén incluidas en el ejercicio de su profesión y preparación técnica. Esta última función asignada a las personas gerocultoras deja abierta la posibilidad de designar por parte de la dirección de la empresa otras muchas tareas, lo cual identificamos como una situación que podría llevar asociada una indefinición de funciones y un exceso de tareas fijadas para el personal gerocultor que incluso pueden no estar relacionadas con su categoría

[698] La reforma brilla por una significativa desaparición de listado de materias que define la prevalencia incondicionada de los convenios de empresa y que, por otra parte, sirve para dotar de contenido a la reforma en esta materia: la desaparición de la preferencia en relación con la "cuantía del salario base y de los complementos salariales, incluidos los vinculados a la situación y resultados de la empresa". Mercader Uguina, J. R.: "El fin de la prevalencia del convenio de empresa en materia salarial: ¿punto de llegada o de partida?", *Labos: Revista de Derecho del Trabajo y Protección Social*, vol. 3, núm. Extra, 2022 (ejemplar dedicado a la reforma laboral de 2021), p. 120.

[699] Muy propio de los servicios de ayuda a domicilio, y que obliga a las empresas contratistas y subcontratistas, a la aplicación del convenio colectivo del sector de la actividad desarrollada en la contrata o subcontrata, con independencia de su objeto social o forma jurídica, salvo que exista otro convenio sectorial aplicable, o que la empresa contratista o subcontratista cuente con un convenio propio, que entonces se aplicará este, en los términos que resulten del art. 84 del ET.

[700] Mercader Uguina, J. R.: "El fin de la prevalencia del convenio de empresa en materia salarial: ¿punto de llegada o de partida?", ob. cit., p. 120.

[701] Razavi, S. y Staab, S.: "Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado", *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 129, núm. 4, 2010, p. 449.

[702] Confederación Sindical de Comisiones Obreras: *Propuesta de CCOO por un Pacto Integral y Estatal de Cuidados*, ob. cit., p. 32.

[703] Vid. Art 17 del VIII Convenio marco estatal, sobre las funciones de los/las gerocultores/as.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

profesional[704]. Parece ser habitual en las residencias de personas mayores no disponer de personal de limpieza de las instalaciones, ni de personal de lavandería (para lavar, secar y planchar la ropa de las habitaciones y/o de las personas usuarias del servicio). Estas funciones, en ocasiones, también son asignadas al personal gerocultor que dedica gran parte de su jornada a tareas que nada tienen que ver con el cuidado directo a las personas usuarias[705], cuestión que ha sido constatada en el ámbito doctrinal y jurisprudencial para delimitar el ámbito de actuación de estos profesionales[706].

Uno de los problemas laborales específicos en el ámbito de la gerocultora es la existencia de planes de trabajo irreales, puesto que la empresa establece unos tiempos de trabajo en los cuales las personas gerocultoras tienen que realizar sus tareas y preparar a las personas asignadas según el plan de cuidados establecido. Pero estos tiempos son teóricos y muy alejados del devenir real de las tareas de cuidado, que exigen el empleo de mucho más tiempo para preparar a todos los residentes[707]. Es habitual también en este sector profesional la presencia de un fuerte componente de plantillas subrogadas que van pasando por las diferentes empresas que ganan la licitación administrativa, pero que son plantillas que ni se sienten, ni son tratadas como propias (tierra de nadie donde se invierte lo mínimo y se exprime al máximo)[708]. Otros

[704] Ya advierte el propio Convenio marco estatal vigente que queda prohibido destinar al personal a ocupar un puesto de trabajo correspondiente a un grupo inferior, salvo por razones técnicas u organizativas que lo justifiquen, y por el tiempo mínimo indispensable, según la clasificación profesional establecida en el art. 14 del mencionado convenio (art. 24 del VIII Convenio marco estatal).

[705] Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO: *Personal gerocultor en residencias. El día a día y las condiciones de trabajo*, ISTAS-CCOO, Madrid, 2018, p. 16 y 19.

[706] Elorza Guerrero, F.: "Aspectos jurídico-laborales de la atención gerontológica en España", *Derecho global. Estudios sobre derecho justicia*, vol. 8, núm. 24, Guadalajara, 2023. SciELO Analytics; Poyatos Chacón, M.F.: "El contenido y alcance de las tareas de cuidado en los centros de atención residencial. Su consolidación tras la Sentencia 1024/2020, de 24 de noviembre, de la sala lo social del Tribunal Supremo", *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social*, núm. 3, pág. 264 y 269; y STS de sala cuarta, (Social), de 19 Enero 2022 (RJ 2022, núm.:1322/2021) que declara firme la sentencia de la sala de lo social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, de 21 de enero de 2021 (R. 726/2020). En dicha sentencia de instancia, planteada por los trabajadores, se desestimó la pretensión relativa a la realización por las gerocultoras de funciones de categoría inferior de personal de limpieza y lavandería /planchado, y se estimó la pretensión relativa a la realización (bajo supervisión), por parte de las gerocultoras, de funciones propias de categoría superior de enfermero (preparación y administración de la medicación), condenando a la empresa a abstenerse de atribuir a las gerocultoras dichas funciones, y a modificar los planes de trabajo de las mismas conforme al Convenio Colectivo.

[707] Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO: *Personal gerocultor en residencias. El día a día y las condiciones de trabajo*, ob. cit., p. 29-30.

[708] Vid. al respecto las limitaciones jurisprudenciales sobre la subrogación: La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 18 de junio de 2019 (RJCA 2019, 847), confirma la imposibilidad de imponer a las empresas adjudicatarias de un servicio, a través de contratos del sector público, la subrogación de los trabajadores de la anterior adjudicataria en el mismo. El Tribunal Supremo admite esta posibilidad sólo si se encontraba prevista en una norma legal o pactada, como el convenio colectivo o acuerdo. De otro modo, dice el TS, no se puede incluir en el pliego de condiciones la subrogación ya que eso excede del ámbito subjetivo propio de los pliegos –administración contratante y adjudicatario–, en la medida en que dicha cláusula supondría establecer en un contrato administrativo estipulaciones que afectan a terceros ajenos al vínculo contractual, como son los trabajadores de la anterior empresa adjudicataria. A nuestro juicio, al coincidir con la doctrina, un elemento añadido que acentúa la precariedad y la inestabilidad en el mantenimiento del puesto de trabajo para este colectivo. Rodriguez-Piñero Royo, M.: "Gestión privada, contratación temporal y calidad en el empleo", en *Temas Laborales*, núm. 135, 2016; en Pérez Guerrero, M.L.: "Subrogación de los trabajadores en el ámbito de la sucesión de contratas en la Administración Pública. Subrogación ex

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

factores que precarizan las condiciones laborales de las personas gerocultoras están relacionados con una ineficaz organización del trabajo[709], que hace aumentar los riesgos psicosociales de este colectivo profesional, como las pocas oportunidades de promoción, la falta de personal e incumplimiento de los ratios[710], el elevado ritmo de trabajo sin apenas tiempo de recuperación los turnos rotativos que suelen dificultar la conciliación personal y familiar, para un personal laboral altamente feminizado[711]. Todo ello, pese a los buenos propósitos normativos, conduce inevitablemente a un inadecuado ambiente laboral que genera relaciones laborales conflictivas entre el propio personal y sus superiores[712]. Tensiones a las que hay que añadirle el agravante de los salarios, que al igual que para las AAD, siguen quedando por debajo del SMI (para el año 2025, se fija en 1.160,37€), por lo que, para cubrir las necesidades salariales del personal técnico en auxilios geriátricos, tendrán que apoyarse nuevamente en las revalorizaciones y los complementos del convenio[713].

En fin, mientras sigamos desatendiendo los problemas estructurales y organizativos de las residencias (sean de titularidad pública o privada), además de otros factores a tener en cuenta a la hora de regular, seguiremos contribuyendo a crear desigualdad y precariedad laboral en este sector. La legislación actual aún no aborda de manera efectiva las deficientes condiciones de trabajo existentes, puesto que los contratos temporales y la subcontratación de servicios en residencias han generado situaciones laborales al límite de la legalidad y ha intensificado la discriminación de género,

---

pliegos de condiciones de contratas y concesiones administrativas. Sentencia del Tribunal Supremo (C-A), de 18 de junio de 2019", *Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, núm. 149, 2019, p. 240.

[709] La facultad y responsabilidad de la organización del trabajo es de la dirección de la empresa, con sujeción a lo que este convenio colectivo y la legislación vigente asignan a los representantes de los trabajadores, especialmente en el trabajo nocturno y a turnos (art. 15 del VIII Convenio marco estatal); la jornada puede ser distribuida por la empresa de forma irregular en un porcentaje del 10%. Por lo que, en el primer mes de cada año, la empresa elaborará un calendario laboral con turnos y horarios que podrán ser revisables trimestralmente. Se entregará una copia, con una semana de antelación, a los representantes de los trabajadores para su exposición en el tablón de anuncios. No se podrán realizar más de 9 horas de trabajo efectivo en jornada completa, o su proporción en base a la jornada especificada en el contrato a tiempo parcial, a no ser que medie un mínimo de 12 horas entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente. (art. 39 del VIII Convenio marco estatal).

[710] Se realizarán las contrataciones que sean necesarias para garantizar el cumplimiento de las ratios de personal establecidas en las normativas (nacionales y autonómicas). Como forma de control, los representantes de los trabajadores tendrán acceso anual a los datos agregados de la plantilla de personal de cada empresa, con la especificación del número total de personas que comprende cada una de las categorías profesionales, diferenciados por centros de trabajo y sexo (art. 20 del VIII Convenio marco estatal). Las ratios se calcularán dividiendo el número de jornadas completas según convenio o norma laboral, entre las plazas ocupadas en el centro residencial, que no podrá ser inferior al 80%. Las ratios exigibles para 2025, serán 0,35 y 0,45 para residencia de personas mayores, y residencia personas con discapacidad, respectivamente. 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 (Título IV, apartado Decimoctavo, sobre personal en los centros de atención residencial). BOE-A-2022-13580.

[711] El VIII Convenio marco estatal, ya regula este aspecto, teniendo preferencia para el cambio de turno, dentro de su categoría, el personal que acredite mayor puntuación, en base al baremo redactado en el anexo III del propio convenio, así como los trabajadores que por circunstancias personales deban conciliar su situación laboral con la familiar (art. 25 y 41 del VIII Convenio marco estatal).

[712] Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO: *Personal gerocultor en residencias. El día a día y las condiciones de trabajo*, ob. cit., p. 29.

[713] Vid. Anexo I del VIII Convenio marco estatal (2025). Salarios para residencias de personas mayores en la categoría profesional de gerocultor/a, p. 82591.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

alejándose de los estándares del trabajo decente y aumentando, por desgracia, el riesgo de violencia en el ámbito laboral. Para mejorar las condiciones de trabajo de las personas gerocultoras, en particular, y del sector sociosanitario, en general, lo importante es comprenderlo, por lo cual es esencial analizar no solo las funciones y tareas del personal, sino también aspectos relevantes tales como la estructura organizativa y de poder tanto dentro de estas instituciones como de los demás servicios de la atención a la dependencia, subrayando la importancia de examinar quién ocupa los puestos de liderazgo y la toma decisiones sobre la distribución del trabajo, así como la composición de género en los roles directivos. Los estudios revelan que las posiciones con mayor capacidad organizativa y de gestión suelen estar dominadas por hombres, mientras que las mujeres predominan en roles de menor jerarquía, como el cuidado directo[714].

Es necesario superar también la simplista visión "emocional" del cuidado, secularmente asociado al género femenino, para dar paso a un nuevo enfoque que permita una comprensión más amplia de lo que implica cuidar, destacando no solo las competencias emocionales, sino también las físicas y técnicas involucradas (a las que se les dedica un importante esfuerzo en formación). Es crucial además, visibilizar el "trabajo sucio de los cuidados", un término que se refiere a las tareas físicas y, en ocasiones, desagradables que conllevan estos trabajos[715]. Estas labores, que a menudo incluyen el manejo de los cuerpos de los demás en condiciones difíciles, son fundamentales para el bienestar de las personas usuarias de los servicios de cuidados, pero a menudo son invisibilizadas y desvalorizadas en el discurso público. Incorporar este aspecto en el análisis de las tareas de cuidados es esencial para reconocer las tensiones y ambivalencias que estas trabajadoras enfrentan a diario, máxime si tenemos en cuenta que el trabajo corporal está profundamente ligado a la auto-percepción y a la identidad de quienes lo realizan[716]. Pues no solo se trata de gestionar los cuerpos de otros, sino también de llegar a entender cómo se percibe el propio trabajo y el rol social asociado al mismo, lo que influye en la construcción de identidades y en la negociación de las ocupaciones dentro de las jerarquías laborales[717].

Este enfoque integral, que incluye tanto la dimensión emocional como la física y técnica del trabajo de cuidados, es clave para avanzar hacia una revalorización justa y equitativa de esta labor. Solo reconociendo su complejidad y evitando enfoques y estereotipos simplistas de género se podrá dignificar este trabajo, promoviendo su profesionalización y asegurando que se le otorgue el valor social y económico que merece. Igualmente, para proteger eficazmente los derechos laborales y el bienestar de las trabajadoras de este colectivo profesional, es crucial abordar además las

[714] López Fernández, S., Candela Soto P., y Sánchez Pérez, M.C.: Cuidados "en cadena" cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores. *Sociología del Trabajo*, núm. 101, p. 215-228; en Urrutia Pujana, L.: "El cuidado en residencias de mayores. Una evaluación crítica de la legislación vasca desde una perspectiva de género", *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios De Género*, vol. 9, núm. 3, 2024, p. 49.

[715] Twigg, J.: *Bathing: The body and community care*, Routledge, 2000; en Urrutia Pujana, L.: "El cuidado en residencias de mayores. Una evaluación crítica de la legislación vasca desde una perspectiva de género", ob. cit., p. 50.

[716] Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social: *Estudio sobre las condiciones laborales de las trabajadoras de asistencia a domicilio*, Madrid, 2017, p. 60.

[717] Pitts, V. y Gimlin, D. L.: "Body work: Beauty and self-image in American Culture". *Contemporary Sociology*, vol,32, núm. 5, 2003, p. 595; en Urrutia Pujana, L.: "El cuidado en residencias de mayores. Una evaluación crítica de la legislación vasca desde una perspectiva de género", ob. cit., p. 50.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

desigualdades interseccionales; o sea, la doble discriminación que puede llegar a afectar a las mujeres en el trabajo, dado que no sólo pueden experimentar una discriminación por razón de género, sino también aquellos rechazos motivados por su clase social, raza, orientación sexual o discapacidad, lo que influye, sin duda, en las condiciones de trabajo y en la igualdad. También habría que dar más valor al entendimiento que surge de la conexión entre el bienestar de las personas trabajadoras y el de las personas residentes para atender al reparto y al ejercicio exitoso del conjunto de tareas. Como punto final restaría desarrollar políticas y buenas prácticas que verdaderamente mejoren tanto las condiciones laborales de los cuidados como la calidad de la atención[718].

Por lo que se refiere al trabajo de Teleasistencia, se puede enmarcar también, a nuestro entender, entre aquellas actividades consideradas como relaciones laborales atípicas, a pesar de que, al igual que los anteriores perfiles profesionales, el tipo de actividad laboral de esta modalidad de trabajo está sujeto al carácter de relación laboral común del art. 1.1 del ET, que es el régimen jurídico laboral que más garantías ofrece por estar asentado jurídicamente de forma directa en la Constitución Española[719]. Aun así, también cabe apreciar notas comunes de atipicidad laboral en las condiciones de trabajo de las personas teleoperadoras, relacionadas con la carga y el ritmo de trabajo, las jornadas continuadas y los turnos rotativos, o las exigencias a efectos de productividad, unido todo ello, como en los casos anteriores, a unos sueldos precarizados. Por señalar algún elemento llamativo que lo diferencie del resto de profesionales del SAAD, existe un condicionante que limita en mayor medida aún su actuación profesional, como es el relativo a la subcontratación[720]. Para entender plenamente lo que queremos decir, es necesario conocer previamente, aunque sea de forma sucinta, algunos aspectos de cómo funciona el servicio de teleasistencia.

A tenor del art. 22 de la Ley de dependencia, el servicio de teleasistencia (en remoto y apoyado en las TIC´s), está orientado a dar una respuesta inmediata a las personas beneficiarias del servicio, sobre todo ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento. Se establecen dos requisitos básicos para este servicio: por un lado, el cuidado debe ser continuo durante 24 horas y 365 días del año, mientras que, por otro lado, este servicio debe tener la capacidad de movilizar diferentes tipos de recursos en casos de emergencia, lo que le diferencia claramente de otro tipo de

[718] Ibídem, p. 51.

[719] El modelo laboral de nuestra Constitución comprende disposiciones de carácter fundamental, tales como el reconocimiento del papel de los sindicatos (art. 7), el derecho de huelga (art. 28), o el reconocimiento de la negociación colectiva y los conflictos colectivos (art. 37). Además de que los poderes públicos deben garantizar un progreso social y económico fomentando políticas que garanticen aspectos laborales como la formación profesional, la seguridad e higiene en el trabajo, el descanso necesario, o la limitación de la jornada laboral (art. 40). Así lo interpretó de forma temprana el Tribunal Constitucional en Sentencias como la que establece que el derecho al trabajo no se agota en la libertad de trabajar, supone también el derecho a un puesto de trabajo (STC 22/1981, de 2 de julio de 1981); el reconociendo a la igualdad en el derecho de todas las personas a la ocupación en el trabajo, así como el derecho a la continuidad y estabilidad en el empleo (STC 109/2003, de 5 de junio y 192/2003, de 27 de octubre).

[720] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2021-21788. Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía de la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo (apartado cinco del artículo primero), que modifica el ET respecto a las garantías por cambio de empresario.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

servicios no permanentes o sin capacidad de respuesta en caso de emergencias[721]. El principal canal para ofrecer el servicio de teleasistencia es la comunicación telefónica, ya sea fija, móvil o, de una forma más avanzada, a través de llamadas de voz, con comunicación a través de internet. Ello exige que el servicio esté integrado necesariamente por una serie de dispositivos tecnológicos que, una vez instalados en el domicilio, deben saber manejar las personas dependientes o sus cuidadores, así como por un Centro de Atención (CA) en remoto, que será el espacio de trabajo desde el que las personas teleoperadoras asistirán a las personas usuarias en sus necesidades y emergencias[722].

Por lo tanto, contamos con un terminal de comunicación en los domicilios particulares, un dispositivo que permite las llamadas telefónicas salientes hacia el CA, incluso sin necesidad de sostener el teléfono a modo de manos libres, en un radio aproximado de 50 metros que permite a las personas usuarias recibir apoyos en situaciones de emergencia. Y, por la parte que más nos concierne para entender el trabajo de las personas teleoperadoras, también debemos contar con un CA donde los profesionales asisten a las personas de forma permanente todos los días del año, siguiendo unos protocolos específicos para cada situación. Para hacernos una idea de su funcionamiento, si la persona usuaria llama al CA por error o para conversar, la persona teleasistente está entrenada para mantener la llamada y averiguar en qué situación sociosanitaria se encuentra la persona usuaria. Si es una llamada de emergencia, la persona teleoperadora le atenderá en unos 10 segundos aproximadamente, movilizando los recursos necesarios para cada situación en orden al perfil de la persona beneficiaria del servicio (puede contactar con un familiar, personal sanitario, bomberos, entre otros). Hasta aquí hablamos de "llamadas entrantes" a la CA cuyos motivos principales pueden ser la solicitud de información, una asistencia técnica, necesidad de conversar, la salud o una emergencia[723]. El segundo tipo de llamadas que deben saber gestionar estos profesionales son las "llamadas salientes", que ofrecen información, seguimiento de las personas usuarias y movilización de recursos, siendo las de seguimiento las más habituales[724]. Este tipo de llamadas, más estructuradas que las entrantes, requieren del conocimiento de unos protocolos y de una metodología de planificación[725]. Se integran en la organización de

[721] En el campo de la investigación se ha medido el impacto del uso del teleasistencia en el cuidado de personas dependientes, lo que se expone a través de tres categorías: 1ª) incidencia en la salud de las personas dependientes y retraso en la institucionalización; 2ª) impacto favorable sobre la carga de trabajo y el nivel de estrés que perciben los cuidadores (formales o informales), al contar con el teleasistencia; 3ª) repercusiones económicas positivas que genera en el sistema sociosanitario con ahorros de ingresos hospitalarios y residenciales. Fiorella Benedetti, F., Acuña J. y Fabiani, B.: *Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), División de Protección Social y Salud, nota técnica núm. IDB-TN-2475, 2022, p. 13

[722] *Ibídem*, p. 4.

[723] Las tres últimas llamadas citadas son las más numerosas. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Instituto de estadística y cartografía de la Junta de Andalucía (Datos 2024-Diciembre).

[724] Ídem. Son de diversas tipologías las llamadas de seguimiento: actualización de datos, recordatorios, comprobación de la situación personal y/o domiciliaria, cortesía, de carácter técnico, etc.

[725] Protocolo de identificación de llamada, de bienvenida, modificación de datos, de actuación (ante emergencias, solución de demandas, comunicación informativa, llamada externa al sistema de teleasistencia, mantenimiento preventivo…). En cualquier caso, la entidad prestadora dispondrá de los procesos y protocolos de actuación adecuados a la situación de necesidad de atención detectada. Molero

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la jornada de trabajo del servicio de teleasistencia, requiriendo conocer por parte del personal técnico cómo crear agendas por temáticas (según la periodicidad, la relevancia o para determinadas personas solicitantes), la identificación del listado de agendas y gestionarlas, el uso de protocolos en las llamadas (presentación correcta, duración, saber dirigir la conversación según el objetivo y despedida), así como su adecuado registro. El personal técnico debe concluir estas tareas con la elaboración de un informe según sea el caso. Como se puede observar, son una importante cantidad de actividades meticulosas las que han de saber desempeñar estas personas teleoperadoras.

Se trata, por tanto, de puestos de trabajo cargados de una alta responsabilidad, que pueden salvar vidas en caso de emergencia, lo que sin embargo va asociado a unos bajos ingresos como contraprestación y a una escasa formación (si recordamos, Nivel 2 en caso de ser un Certificado Profesional, o un Grado Medio si es un Título). Podemos llegar a entender, por tanto, el esfuerzo personal y profesional que estas personas, mujeres en su mayoría[726], puedan llegar a hacer para desempeñar las labores socio asistenciales. Además, las personas teleoperadoras (TAD), igualmente deben cumplir con los ratios que controlan su actividad, por lo que las llamadas están limitadas, y a pesar de ello hay veces en las que no hay margen para atender a la persona usuaria con la calidad que quisieran. También hay que pensar que deben cumplimentar las agendas lo mejor posible, y en muchas ocasiones falta tiempo para recoger toda la información que deben transmitir a sus compañeras, sean las del siguiente turno en la CA o para las personas que acuden después a los domicilios durante las visitas domiciliarias. Es obvio que tantas prisas inciden directamente en la calidad del servicio que prestan, lo que para estos profesionales incrementa aún más la carga emocional propia de su actividad diaria[727]. Con 24 horas de servicios todos los días, las jornadas, los horarios, los días festivos y fines de semana tienen deficiencias en la organización de trabajo, pese a lo cual el servicio se lleva a cabo en su día a día. Entendiendo que se está prestando un servicio social esencial (a veces de emergencia), es fácil suponer que una jornada de trabajo se alargue, sobrepasando el horario laboral, pero, aun reconociendo que ese tiempo se pueda disfrutar en otro momento, en realidad no se computan como horas extra, argumentando que depende de las necesidades del servicio[728].

Soto, L y Reina Aguilar, P.: *Emisión y gestión de llamadas salientes en un servicio de teleasistencia*, MAD S.L., Sevilla, 2012.

[726] El servicio de teleasistencia domiciliaria está incluido dentro de las actividades de servicios sociales sin alojamiento al igual que para las auxiliares de ayuda a domicilio, los centros de día/noche y de prevención. La preponderancia de mujeres entre las personas ocupadas en el sector de la atención a la dependencia es abrumadora. Ya en 2018, su proporción se encontraba próxima al 90% tanto en residencias como en servicios sin alojamiento, lo que supone prácticamente el doble de su peso en el conjunto de la ocupación y se sitúa por encima también del sector sanitario, uno de los más feminizados. CES: *Informe 03/2020 sobre el Sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, ob. cit., p. 202, 204, 205 y 212. En 2023, el porcentaje alcanza un 83,93% en la actividad. SEPE, Observatorio de las ocupaciones. *Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres Estatal 2024*, Análisis de la Tabla 4. Actividades económicas con mayor número de afiliadas, ob. cit., p. 23.

[727] Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid. *Condiciones de trabajo y su impacto en la salud: Ayuda a domicilio y Teleasistencia*, Ediciones GPS Madrid, Madrid, 2016, p. 79.

[728] *Ibídem*, pp. 68 y 69.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Por otro lado, el ruido en el día a día del CA del servicio de teleasistencia forma parte de un continuo estrés laboral para este colectivo profesional, que realiza su trabajo en locales diáfanos pero sin suficiente espacio para todas las personas teleoperadores, que trabajan apiñadas, con alarmas que no paran de sonar y oyendo todas las conversaciones a la vez. Los niveles de ruido son tan altos que en ocasiones se dan casos de estar hablando con una persona usuaria y que esta escuche la conversación de otra teleoperadora[729].

Otro rasgo distintivo que caracteriza al servicio de teleasistencia es que las empresas gestoras tienen muy en cuenta los parámetros de productividad, entre los que deberían primar sobre todo la calidad del servicio antes que el número de llamadas atendidas entrantes o saliente y las visitas domiciliarias realizadas, cuestión que genera gran estrés y competitividad entre las propias teleoperadoras[730]. En cuanto a las empresas contratantes que operan en este subsector de la dependencia, tampoco se caracterizan por la suficiencia de medios, debido a la alta especialización del servicio y a la dificultad de su puesta en funcionamiento, como ponen de manifiesto los criterios comunes de acreditación y calidad de los CA de los servicios de teleasistencia del SAAD[731] (sobre equipamientos, mantenimiento, accesibilidad de los equipos, entre otros). Así, atendiendo al carácter público de las prestaciones del SAAD [art. 3 a) de la ley de dependencia], a la Administración Pública no le queda otro remedio que invertir en tecnología o recurrir a las alianzas público-privadas para implementar los servicios de teleasistencia a través de empresas prestadoras del servicio [art. 3 m) de la ley de dependencia][732]. Las opciones con las que se cuenta son las siguientes: a) el servicio de teleasistencia puede ser llevado a cabo por parte del mismo personal que forme parte del Ente público (consejerías, diputación, ayuntamiento local); b) otra opción podría ser ofrecer los servicios a través de Empresas Públicas creadas a tal efecto por la Administración; c) una tercera opción para la prestación del servicio es la contrata administrativa de una o varias empresas prestadoras del servicio, asumiendo el control del servicio[733]; d) además se puede llegar a la subcontratación de parte del servicio, a iniciativa de la contrata que ha ganado la licitación ofertada por la Entidad (por ejemplo, con la subcontratación de un servicio de ambulancia para desplazamientos).

De la opción que elija la Administración Pública para el ofrecimiento del servicio, dependerá la calidad del empleo de las personas trabajadoras[734]; y es claro que la

[729] *Ibídem*, p. 74.

[730] *Ibídem*, p. 84.

[731] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2022-13580. 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 (TÍTULO VII).

[732] Fiorella Benedetti, F., Acuña J. y Fabiani, B.: *Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia*, ob. cit. p. 28.

[733] Los contratos que celebren las Administraciones Públicas se adjudicarán con arreglo a las normas de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014. DOUE-L-2014-80597.

[734] De la implementación de los servicios de teleasistencia se perciben algunas cuestiones relevantes: la duplicidad del modelo de provisión, la necesaria coordinación entre instituciones, y para nuestro ámbito laboral, la regulación de las responsabilidades del trabajo en teleasistencia. No obstante, los posibles

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

opción para la prestación del servicio de teleasistencia más habitual es la concesión de una contrata, tal como se deduce del VIII Convenio marco estatal, que prevé la necesidad de regular las condiciones laborales para el personal adscrito a una empresa saliente (art. 67 del VIII Convenio marco estatal), que, de darse el caso, "*de manera exclusiva, pasará a estar adscrito a la nueva empresa titular de la contrata, quien se subrogará en todos los derechos y obligaciones que tuvieran reconocidos en su anterior empresa, cualquiera que sea su modalidad de contratación, indefinida o temporal*". Pero este precepto del VIII Convenio marco estatal, a nuestro pesar, no parece que dé garantías laborales absolutas a los trabajadores del servicio de teleasistencia en caso de contratas, ya que va a depender en gran medida de las condiciones que establezcan las diferentes licitaciones, que puede ser una o varias, por lo que la contrata puede acabar introduciendo modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo que afecten a la totalidad de la jornada laboral o a una parte de ella, así como a los desplazamientos y traslados, en caso de que la unidad de servicio o la CA se encuentre fuera de la ciudad desde donde se gestiona el servicio. Además hay que proceder al cálculo de personas que integrarán la plantilla saliente para cada categoría profesional (pues tampoco se subroga al total de la plantilla). El cálculo del personal subrogable debe ser proporcional al número de personas usuarias asignadas a la contrata saliente, en relación al total de personas usuarias de la unidad de servicio o central de teleasistencia (es decir que si el número de usuarios del teleasistencia es menor en el servicio contratante, también lo será el número de personas trabajadoras). Por tanto es obligación de la empresa saliente elaborar un listado que comprenda a todo el personal de cada categoría, cualquiera que sea la modalidad de su contrato, existente tanto en las unidades de servicio como en las CA, expresando la fecha de antigüedad de cada persona trabajadora y especificando el porcentaje de jornada contratada[735]. El orden de la lista se hará en forma descendente, de mayor a menor antigüedad, y de ahí el empresario saliente elegirá alternativamente una persona del comienzo y otro del final de la lista, hasta completar el número total de jornadas a subrogar[736]. Ante este panorama de incertidumbre y de inseguridad jurídica laboral para las personas trabajadoras (que es la realidad que denunciamos y que habría que enmendar), no es de extrañar que venga siendo objeto de un intenso debate doctrinal y jurisprudencial[737].

---

efectos de tales cuestiones, tanto en las personas usuarias como en las trabajadoras aún siguen sin aparecer en el debate público. Maria Tereza L. Cavalcante, M.T., Aceros J.C, y Domènech M: "Teleasistencia pública en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios", *Educación Social*, núm. 5, 2012, p. 98.

[735] Hay que tener en cuenta que, aquellos con antigüedad menor de 3 meses, tampoco serán subrogados, según el art. 67.1 a) del VIII Convenio marco estatal.

[736] Art. 68 del VIII Convenio marco estatal.

[737] Los pliegos establecen el clausulado que regulan la adjudicación del contrato administrativo, así como las normas que han de regir su posterior ejecución, erigiéndose en la ley de contrato (Resoluciones 334/2015, 704/2015 y 460/2017). El empresario/licitador que resulte adjudicatario deberá adecuar su organización empresarial a los términos de la oferta por él formulada y a la que se comprometió, y cumplir con ello lo exigido por el pliego, so pena de incurrir, si así no lo hiciera, en las responsabilidades que se hayan establecido. Rodríguez Martín-Retortillo, M.C.: "Los contratos de teleasistencia en la doctrina de los Tribunales Administrativos de Contratación", *Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña*, vol. 23, 2019, p. 354. En la jurisprudencia, STS de 4 de Julio de 2017 (RJ 2017, 578); en el caso resuelto por el TS el despido del trabajador fue declarado improcedente, ya que por aplicación el Convenio colectivo marco estatal de atención a la dependencia, la empresa entrante tenía la obligación de subrogarse, algo que no hizo; y STSJ de la Comunidad Valenciana de 6 de Octubre de 2020 (AS 2020, 7085), que no versa sobre si la subrogación de la trabajadora procedía o no, si no

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.3.- Las condiciones laborales de otros profesionales del cuidado excluidos del VIII Convenio marco estatal. La figura del asistente personal y las trabajadoras/cuidadoras remuneradas en el ámbito del empleo en el hogar.

La singular figura del Asistente Personal (AP) tiene una especificidad que deriva de sus funciones: ayuda a realizar las AVD, acceder al transporte, al trabajo, a la educación, al ocio y a la participación social, a fin de que la persona pueda llevar a cabo su proyecto de vida independiente. Del AP se valoran tanto sus capacidades técnicas como sus cualidades relacionales y está sujeto a las necesidades e indicaciones de la persona con diversidad funcional[738]. Su implantación es muy débil en España teniendo en cuenta que fue reconocida con la aprobación de la Ley de dependencia (2006), y en estos momentos solo tiene un uso residual. Para enfocar su análisis desde un punto de vista laboral, hay que entender previamente su filosofía de atención, que a tenor de la doctrina está basada en cinco elementos claves:

Primero. En este escenario sociolaboral de "vida independiente" en el que queda inmerso la figura del AP (que quien trabaje como tal debe conocer necesariamente para poder ofrecer un servicio de calidad), existe un pleno rechazo a que las personas con "diversidad funcional" requieran de cuidados, insistiéndose en que su situación no debe confundirse con la de las "personas dependientes". De ese modo, se afirma que las personas con discapacidad devienen en dependientes si no cuentan con las ayudas técnicas y sociales que faciliten su independencia, de ahí que se prefiera hablar de diversidad funcional en vez de discapacidad o dependencia. La asistencia personal se enfrenta a la dependencia de todo tipo, empezando por la propia persona usuaria, la que resulta de sus familiares o la institucional; y tampoco está en la intención de las personas usuarias acogerse a medidas asistencialistas, porque lo que reclaman es la normalización de su situación en la sociedad, siendo tratadas a partir de los derechos de ciudadanía y no como personas pertenecientes a un colectivo especialmente vulnerable. Es por ello que se rechaza el término de cuidados y se prefiere el de asistencia personal, como medida de ayuda o apoyo. Reivindican además poder elegir al AP, y por ello prefieren una prestación económica y nunca un servicio que sea ofrecido por la Administración[739]. Por tanto, los profesionales que trabajen bajo la modalidad de esta prestación deben aceptar este ideario y ajustarse a los vocablos propios de la profesión, obviando el término de dependencia y cuidados, para sustituirlos por vida independiente y por diversidad funcional.

sobre los efectos que de la subrogación se derivan (el mantenimiento de los derechos y obligaciones preexistentes a la sucesión). La acción ejercitada tan solo permitía pronunciarse sobre la primera cuestión (si procedía la subrogación), no sobre la segunda, al no formar parte del debate procesal lo relativo a la eventual modificación de las condiciones laborales aplicables a la trabajadora procedente de su original convenio colectivo de empresa, por lo que tampoco puede formar parte del mismo lo relativo a la hipotética indemnización de daños y perjuicios. Por ese motivo fue rechazado el recurso, pero lo que sí fue cierto es que las condiciones laborales de la trabajadora fueron modificadas, y en su perjuicio, que es lo que a nosotros nos sirve para dar por hecho la inseguridad jurídica laboral en la que se encuentran los/las empleadores/as del teleasistencia.

[738] Báñez, T., y Comas d'Argemir, D.: "El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España", Zerbitzuan, núm. 74, 2021, p. 101.

[739] Báñez, T., y Comas d'Argemir, D.: "El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España", ob. cit., p. 100.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Segundo. El fin último del asistente personal es la promoción de la vida independiente y la inclusión de la persona usuaria en la comunidad, cualquiera que sea su grado de discapacidad o su edad.

Tercero. El significado de "vida independiente" ha de entenderse como la situación en la que la persona "ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia" para de ese modo participar activamente en la vida de su comunidad. Es decir, asumiendo el control del servicio de forma directa y en todo momento, será la persona usuaria (y no el AP) quien detente el poder de decisión respecto a la asistencia, por lo que el AP ha de respetar sus preferencias[740]. Es un elemento sumamente significativo de cara al trabajo, que vendría impuesto además por el art. 1.1 ET, cuando hace referencia a "*los trabajadores que voluntariamente presten sus servicios retribuidos por cuenta ajena y dentro del ámbito de organización y dirección de otra persona, física o jurídica, denominada empleador o empresario*".

Cuarto. El AP deberá prestar los apoyos o servicios necesarios a la persona con diversidad funcional, permitiéndole desarrollar su Proyecto de vida, entendido como el conjunto de objetivos que se pretenden alcanzar en cada momento o etapa vital, por lo que debe ser flexible y definido siempre por la persona usuaria del servicio o su representante. Del mismo modo, hay que tener presente el Plan de apoyo al Proyecto de vida independiente, que es el conjunto de tareas que el AP deberá realizar, y que la persona contratante precisa en su día a día para alcanzar su desarrollo personal y social dentro de su Proyecto de vida. Aspecto que igualmente es significativo en el ámbito laboral en virtud del art. 8.1 del ET, donde se presume, *iuris tantum*, la existencia de un contrato de trabajo para la prestación de los servicios efectuados a cambio de una retribución y "por cuenta y dentro del ámbito de organización y dirección de otro". Hay que tener en cuenta, en este sentido, que el Plan de apoyo al Proyecto de vida independiente es un documento de carácter técnico, que necesariamente debe figurar por escrito y en el que quedan recogidos las tareas o actividades a desarrollar, así como el seguimiento de las mismas. Como tal, no podemos entenderlo como un contrato de trabajo, pero en el ámbito de la jurisdicción social sí podría servir como prueba a efectos de tener que demostrar la relación de laboralidad de la persona trabajadora.

Quinto. El trabajo que realiza el AP está calificado en el SAAD como de "cuidados profesionales" en función de lo dispuesto en el art. 2.6 de la Ley de dependencia, donde se hace referencia a aquellos cuidados "*prestados por una institución pública, empresa o entidad, con y sin ánimo de lucro, o persona profesional autónoma entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia*" (a pesar de que el colectivo rechace el término de dependencia).

Todos estos elementos se basan en lo aprobado por el Consejo Territorial en su reunión extraordinaria de 12 de mayo de 2023, sobre el Acuerdo por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal dentro del SAAD[741] (así como de conformidad con lo establecido en el art. 19 de la Ley de

[740] Rueda Monroy, J.A.: La asistencia personal, ¿una relación laboral "típica"?, ob. cit., p. 208.

[741] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2023-12779. Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (apartado 2).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dependencia). Este insuficiente Acuerdo del Consejo Territorial, el único que regula en España la asistencia personal[742], apostaba por su desinstitucionalización precisamente, promocionando otros recursos (art. 2.7 de la Ley de dependencia), y lo presentaba como uno de los servicios de mayor impacto en la autonomía personal y en los proyectos de vida independiente. Pero está claro que la asistencia personal sólo se pone en práctica a través de la figura laboral del asistente personal[743], y para ejercer como AP necesariamente se requieren unos requisitos básicos que[744], según el Consejo Territorial, son los siguientes: a) cumplir con la edad mínima de admisión al empleo prevista en la legislación laboral vigente en cada momento en el Estado español (mayores de 16 años con limitaciones laborales, según el art. 6 del ET); b) la residencia legal en España; c) no tener parentesco con la persona usuaria, por lo que no puede ser AP el cónyuge ni la pareja de hecho, y ni siquiera un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el cuarto grado, limitándose la práctica laboral de la figura del AP también para las personas que realizan el acogimiento o que tengan alguna representación legal sobre la persona con diversidad funcional; d) disponer de un certificado negativo del Registro de Delincuentes Sexuales que acredite la carencia de delitos de naturaleza sexual; e) y, por último, dependiendo del modo de contratación, independientemente que sea como profesional autónomo o a través de una empresa o entidad, se exige reunir las condiciones de la cualificación profesional e idoneidad necesarias para prestar los servicios derivados de la asistencia personal, que en todo caso, serán valorados directamente por parte de la persona con diversidad funcional o su representante legal. También se requiere una acreditación del ejercicio profesional tanto si se ejerce como AP por cuenta propia o ajena, exigiéndose en el primer caso una acreditación personal para la prestación del servicio expedida por la administración competente, mientras que, en el caso de ser contratado por una empresa o entidad, será esta la que debe acreditarse como empresa prestadora del servicio[745].

Una vez vistos sus requisitos básicos, toca analizar las posibles modalidades de contratación del AP, previstas tanto en el Acuerdo del Consejo Territorial para esa figura, como en la Ley de dependencia, lo que nos permitirá poner de manifiesto seguidamente algunas de las dificultades que tiene la asistencia personal para la implantación de su ejercicio profesional con éxito y calidad. Así, a tenor de la normativa aplicable, se puede recurrir a tres modalidades de contratación:

---

[742] En España la regulación del AP es casi nula, lo que se traduce en un escaso uso del servicio, debido a que las personas interesadas encuentran muchas dificultades a la hora de contratarlos directamente. López-Pérez, M. y Ruiz-Seisdedos, S.: "Vulnerabilidad jurídica-laboral de la figura del asistente personal. Revisión teórica", *Revista Española de Discapacidad*, vol.10, núm. 1, pp. 115-130; Rueda Monroy, J.A.: La asistencia personal, ¿una relación laboral "típica"?, ob. cit., p. 225; Báñez, T., y Comas d'Argemir, D.: "El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España", ob. cit., p. 103.

[743] Blanco, M. *et al.*: *Asistencia personal: una inversión en derechos; una inversión eficiente en empleo*. Foro de Vida Independiente y Divertad, 2009, pp. 1-19.

[744] Según la doctrina, existen unos requisitos básicos que deben cumplir todos/as los/as AP para garantizar un servicio de calidad, como son: la mayoría de edad, un contrato entre el/la AP y la persona beneficiaria directamente o con una empresa prestadora del servicio, asumir la filosofía de vida independiente, además de tener una actitud de responsabilidad y compromiso. López-Pérez, M. y Ruiz-Seisdedos, S.: "Vulnerabilidad jurídica-laboral de la figura del asistente personal. Revisión teórica", ob. cit., p. 122.

[745] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2023-12779. Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (apartado 4).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1º.- A través de una contratación laboral común por parte de una empresa o cualquier otro tipo de entidad privada [(art. 3, m) y n) de la Ley de dependencia]. En todo caso, este tipo de contratos deberán celebrarse por escrito, indicándose en el mismo, como mínimo, el objeto de la asistencia personal, su duración, el período de prueba, la jornada de trabajo, la retribución y las causas de extinción, así como una cláusula de confidencialidad[746]. Este servicio de AP se justificará con las correspondientes facturas, de forma análoga a las prestaciones económicas vinculadas a un servicio en el SAAD, y será interpretado conforme a los principios de la relación laboral ordinaria establecidos en el art. 3 del ET (fuentes de la relación laboral)[747]. En la vinculación con la empresa del AP deben concurrir las notas esenciales que caracterizan al trabajo asalariado, relativas al trabajo personal, voluntariedad, retribución, dependencia y ajenidad (art. 1.1 ET)[748], por lo que, *de lege ferend*a, sería conveniente aprobar una norma que regule con mayor precisión estos elementos característicos del trabajo asalariado para la figura del AP. Así, sería necesario concretar, a modo de ejemplo, si el AP podría ser sustituido para la realización de ciertas tareas (como la limpieza) por otra persona trabajadora o por un robot; si, respecto a la retribución, ha de limitarse a una cantidad económica o puede pagarse también en especie, pensando en la posibilidad de pernocta o de manutención para el AP; en relación con la nota de dependencia, hay que tener en cuenta que el AP trabaja dentro del ámbito de organización y dirección de una persona jurídica, la empresa o entidad privada contratante, pero a la vez debe seguir las instrucciones de la persona con diversidad funcional, por lo que pueden darse casos de ambigüedad en las instrucciones a seguir por el AP o en la asunción de su responsabilidad social; en cuanto a la ajenidad de los medios (ayudas técnicas o TIC´s), ha de entenderse que el AP en todo caso no es titular de ninguno de los medios empleados, dado que también puede haber duplicidad de recursos, coexistiendo los propios de la persona con diversidad funcional y los aportados por la empresa, lo que plantea el problema de la atribución de responsabilidades ante posibles desperfectos o frente a un accidente laboral. Podemos concluir, por tanto, que resulta absolutamente necesario precisar la regulación laboral de esta figura, pudiéndose admitir hasta el momento que la empresa proveedora efectuará las directrices en el empleo conforme a derecho y siguiendo el deseo expresado previamente por la persona con diversidad funcional, y que el AP ejecuta el servicio conforme a las instrucciones de la empresa principal[749].

2º.- Mediante la creación de un vínculo jurídico-profesional directo entre la persona con diversidad funcional y el AP, teniendo este que darse de alta en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos de la Seguridad Social (RETA) para realizar su actividad profesional. Según la Ley 20/2007, de 11 de julio,

[746] Según la doctrina, en el contrato se incluirán todas las actividades diarias y cualquier imprevisto que pueda surgir. Además, se indicará que el/la asistente personal es el empleado/a de la persona con diversidad funcional y que esta última es quien fija las condiciones del servicio. López-Pérez, M. y Ruiz-Seisdedos, S.: "Vulnerabilidad jurídica-laboral de la figura del asistente personal. Revisión teórica", ob. cit., p. 122 y 125.

[747] Apartado 5 b), d), y f) del Acuerdo del Consejo Territorial. Resolución de 24 de mayo de 2023.

[748] Rueda Monroy, J.A.: La asistencia personal, ¿una relación laboral "típica"?, ob. cit., p. 215- 219.

[749] A criterio de la doctrina, el poder de decisión sobre la asistencia personal recae siempre en la persona con diversidad funcional como, por ejemplo, los horarios, funciones, tareas, formación, descansos o vacaciones de los/as AP. Moya, M. J.: La asistencia personal: un servicio de apoyo fundamental. Sobreruedas. *Revista de neurorrehabilitación y vida con diversidad funcional*, núm. 99, p. 13-19.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

del Estatuto del trabajo autónomo (LETA)[750], en esta modalidad de prestación de servicios la persona trabajadora realizará su actividad profesional a título lucrativo, de forma habitual, personal, directa, por cuenta propia y fuera del ámbito de dirección y organización de otra persona. Esta última nota de autonomía que caracteriza el trabajo por cuenta propia no concuerda plenamente con la propia filosofía de la asistencia personal y el significado de "vida independiente", puesto que la persona con diversidad funcional "ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia". Este desajuste normativo puede quedar solventado apelando a la especificidad del contrato celebrado entre la persona usuaria cliente y la persona trabajadora por cuenta propia [art. 3.1 c) del LETA], dado que es esta relación contractual la que determina el desarrollo de la actividad profesional y donde se pone de manifiesto el deseo expresado previamente por la persona con diversidad funcional y el ejercicio profesional del AP[751].

Una figura que a nuestro modo de ver se puede amoldar mejor a la figura del AP es la del "trabajador autónomo económicamente dependiente" (TRADE), por diferentes motivos, entre los que destacaría el hecho de realizarse la actividad profesional predominante para una persona física con diversidad funcional, que actúa como cliente del AP puesto que percibe de ella, al menos, el 75% de sus ingresos (art. 11.1 LETA). Es conveniente advertir, a tal efecto, que en los servicios del SAAD ha de primar la calidad y no la productividad, dado que, como ya vimos, ello repercute en el buen hacer del servicio, por lo que la propia idiosincrasia del servicio de la asistencia personal, que persigue extender al máximo el desarrollo de la persona, no contempla en su filosofía de trabajo un número elevado de clientes. Es una atención tan "personalísima" que difícilmente se trabaja con muchas personas usuarias al mismo tiempo. Esta modalidad de relación profesional también tiene la ventaja de posibilitar la contratación por cuenta ajena de una persona trabajadora que ayude a conciliar la vida laboral y familiar del TRADE [(art. 11.2 a) del LETA], asunto muy demandado por un sector profesional altamente feminizado donde tendrían mucha repercusión las situaciones de riesgo durante el embarazo y lactancia natural, los períodos de descanso por nacimiento y cuidado de menor, por adopción, guarda y acogimiento familiar de menores de 7 años, y los períodos de excedencia por cuidado de personas dependientes o con discapacidad debidamente acreditada. Nuevamente se reproduce así, en este subsector del SAAD, los estereotipos de género que fuerzan a las mujeres a estar pivotando entre los cuidados profesionales y los familiares. Respecto a la forma del contrato, este ha de ser formalizado entre ambas partes por escrito, debiendo ser registrado en la oficina pública correspondiente. En caso de no formalizarse por escrito o no establecerse una duración determinada, se presumirá, salvo prueba en contrario, que el contrato ha sido pactado por tiempo indefinido, puesto que sería lo más idóneo en función de la propia naturaleza del servicio de asistencia, que no tiene carácter eventual y accesorio, salvo en aquellos casos donde donde sea necesaria una contratación puntual[752]. Habrá que tener en cuenta asimismo lo dispuesto en el art.

[750] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2007-13409. Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.

[751] A tenor de la doctrina, supuestamente superado este conflicto histórico, no debería existir inconveniente en reconocer que el AP puede hacer valer incluso ante la persona con diversidad funcional sus propios criterios, dentro de una relación de mutuo respeto y siempre que se cumplan las obligaciones correspondientes. Carbonell Aparici, G.J.: "Marco jurídico de la relación entre el asistente personal para la independencia y la persona con diversidad funcional", *Trabajo Social Hoy*, núm. 84, 2018, p. 95.

[752] Carbonell Aparici, G.J.: "Marco jurídico de la relación entre el asistente personal para la independencia y la persona con diversidad funcional", ob. cit., p. 94.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

14.1 del LETA, en virtud del cual el TRADE tendrá derecho a una interrupción de su actividad anual de 18 días hábiles, sin perjuicio de que dicho régimen pueda ser mejorado mediante un acuerdo entre las partes.

La principal desventaja que presenta para el AP su contratación como TRADE (o como persona trabajadora por cuenta propia), es que le convierte en responsable directo del cumplimiento de las obligaciones de alta, afiliación y cotización a la Seguridad Social para la cobertura de las contingencias comunes y profesionales, por lo que quizás no resulte una fórmula contractual demasiado atractiva si tenemos en cuenta que las retribuciones para este perfil profesional del SAAD no son altas. A ello se une la necesidad de tener que disponer de una infraestructura productiva y unos recursos materiales propios, que serán independientes de los de su cliente cuando el ejercicio de la actividad profesional requiera, por ejemplo, la realización de desplazamientos con la persona con diversidad funcional o la instalación de dispositivos técnicos que mejoren la comunicación interpersonal. Si tenemos en cuenta, pues, que los TRADE "*habrán de percibir una contraprestación económica en función del resultado de su actividad, de acuerdo con lo pactado con el cliente y asumiendo riesgo y ventura de aquélla*", tal como indica el art. 11.2 e) del LETA, parece claro que la contratación del AP bajo esta figura contractual o como persona trabajadora autónoma, en general, puede generar numerosos conflictos individuales con la persona cliente, especialmente cuando se pierda parte del control y dirección del servicio de asistencia personal y el AP decida actuar según su propio criterio profesional. Todo este tipo de cuestiones deberían quedar reflejadas en el contrato, donde tendrían que estipularse claramente las obligaciones y los derechos de cada una de las partes[753].

3º.- Mediante la creación de una relación laboral con la Administración Pública. Hay que tener en cuenta que en ninguna de las dos fórmulas contractuales ya analizadas (contratación como AP por cuenta ajena a través de una empresa privada o como persona trabajadora por cuenta propia), el Acuerdo del Consejo Territorial de la asistencia personal no contempla a la Administración Pública como parte de la relación contractual establecida[754]. Pero atendiendo al carácter público de las prestaciones del SAAD, la figura de la asistencia personal sigue quedando integrada entre las prestaciones establecidas en el Catálogo de la Ley de dependencia, por lo que puede ser ofertada a través de los Servicios Sociales de las CC.AA. en el ámbito de sus competencias, mediante centros y servicios públicos o privados concertados [(art. 3, o)]. Estaríamos hablando entonces de un empleador de naturaleza pública con ciertas peculiaridades para la figura del asistente personal que, salvo en aquellos casos en que se integre en la plantilla del centro público, puede derivar nuevamente en supuestos de subcontratación de obras y servicios a través de lo dispuesto en el art. 42 ET; problemática que ya hemos tratado en relación con otras figuras laborales del SAAD, y en la que hemos concluido, ante el peligro de precariedad laboral que ello conlleva, en la necesidad de garantizar tanto el mantenimiento de los derechos de las personas

[753] López-Pérez, M. y Ruiz-Seisdedos, S.: "Vulnerabilidad jurídica-laboral de la figura del asistente personal. Revisión teórica", ob. cit., p. 127.

[754] Apartado 5 a), del Acuerdo del Consejo Territorial. Resolución de 24 de mayo de 2023. La doctrina apunta hacia un incipiente cooperativismo para la dependencia, como modo de poner en marcha empresas de servicios para las personas con diversidad funcional ante el nuevo panorama sociodemográfico de merma en la atención familiar (Confederación Española de Cooperativas de Trabajo Asociado, 2010). Carbonell Aparici, G.J.: "Marco jurídico de la relación entre el asistente personal para la independencia y la persona con diversidad funcional", ob. cit., p. 98.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

trabajadoras que pertenecen a las plantillas de las empresas contratistas o subcontratistas como el establecimiento de sistemas de control a efectos salariales y de Seguridad Social y en materia de seguridad y salud laboral.

En cualquier caso, para que no haya confusión, el Acuerdo del Consejo Territorial deja claro que no se podrá prestar el servicio de asistencia personal mediante la modalidad de contratación prevista en el art. 2 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

Como se deduce de lo expuesto, la legislación española está empezando a contemplar las diversas posibilidades de articulación de la relación jurídico-profesional entre la persona con diversidad funcional y la figura de la asistencia personal, aunque por ahora ninguna de ellas resulta plenamente satisfactoria a falta de específicas regulaciones laborales para esta figura contemplada en el SAAD. Algunos de los problemas principales con los que nos podemos encontrar en la práctica laboral es la falta de entendimiento de su filosofía de atención, la necesidad de asistencia que puede ser muy intensa en días y horas, el bajo nivel de cualificación (aún sin concretar un Certificado de Profesional o Título en concreto), las bajas retribuciones y la participación activa de muchos de estos profesionales en la economía sumergida, entre otras cuestiones, lo que nuevamente va en detrimento de los derechos e intereses tanto de las personas con diversidad funcional como de los AP. Como hemos podido comprobar, pese a su especificidad, la figura del AP tiene condiciones laborales similares a otras fórmulas asistenciales del sector de los cuidados, siendo un nicho de trabajo precarizado y poco valorado socialmente[755]. Algunas líneas de actuación en las que se debe seguir trabajando, en coincidencia con lo apuntado por la doctrina, podrían quedar resumidas del siguiente modo: la aprobación de una normativa jurídica que regule la asistencia personal y las relación contractual entre la persona beneficiaria del servicio y el AP; la posibilidad de crear un Sistema Especial del Servicio de Asistencia Personal dentro del Régimen General de la Seguridad Social que regule las particularidades en materia de afiliación, altas, bajas, cotización y recaudación; la firma de un convenio colectivo propio de sector que regule las condiciones laborales de este sector profesional. Como podemos observar, aún queda mucho por hacer para mejorar la figura laboral del AP, teniendo que superar las dificultades que, hoy en día, suponen las contrataciones directas o indirectas, al tiempo que es necesario la búsqueda de la seguridad jurídica tanto de las personas trabajadoras a la hora de realizar su labor profesional como de las personas beneficiarias a la hora de contratarlas. Todo ello redundaría en una clarificación de este servicio y de la figura del asistente personal, lo que impulsaría su uso en nuestro país en condiciones de trabajo decente[756].

En cuanto a las condiciones laborales de las trabajadoras/cuidadoras remuneradas en el ámbito del empleo doméstico, parece claro (de manera constructiva a nuestro modo de ver) que los avances normativos y jurisprudenciales acaecidos en los últimos años han mejorado sustancialmente la situación laboral, insegura y de poca calidad que ha venido caracterizando tradicionalmente a las trabajadoras sujetas a la relación laboral

[755] Báñez, T., y Comas d'Argemir, D.: "El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España", ob. cit., p. 103.

[756] López-Pérez, M. y Ruiz-Seisdedos, S.: "Vulnerabilidad jurídica-laboral de la figura del asistente personal. Revisión teórica", ob. cit., p. 127-128.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

especial al servicio del hogar familiar. A tal fin, ha sido sin duda trascendental el Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar, que tiene como objeto equiparar las condiciones de trabajo y de protección social de las personas trabajadoras del hogar familiar a las del resto de trabajadores por cuenta ajena, corrigiendo algunas de las diferencias injustificadas que sitúan a este colectivo en una situación de desventaja particular que puede llegar a ser discriminatoria de acuerdo con lo dispuesto en la normativa europea[757]. Sin perjuicio de los aspectos relacionados con la protección de la seguridad y salud laboral de este colectivo, sobre las que profundizaremos en el siguiente epígrafe, las mejoras sociales más significativas introducidas por dicha norma pueden ser resumidas del siguiente modo:

- Reforzamiento de las garantías salariales de las empleadas de hogar, que podrán percibir las cantidades indemnizatorias que les correspondan aún en caso de que las personas empleadoras se declaren insolventes. El art. 2 del citado Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, reforma a tal fin el art. 33.2 del ET para incluir en su ámbito subjetivo a las personas trabajadoras al servicio del hogar. De esta forma, el FOGASA está obligado a abonar a la persona trabajadora las indemnizaciones reconocidas en virtud de sentencia, auto, acto de conciliación judicial o resolución administrativa dictados en caso de despido o extinción de la relación laboral al amparo del art. 11 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar[758], precepto que también ha sido modificado por el Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre. De ese modo, la cotización al FOGASA se ha tornado obligatoria para las personas empleadoras de trabajadoras en el hogar familiar[759].

- Mejoramiento de las condiciones de formalización del contrato de trabajo. El art. 5 del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre establece que el contrato se ajustará a lo previsto en el ET, y que la persona trabajadora deberá recibir información sobre los elementos esenciales del contrato y de sus condiciones[760].

---

[757] Especialmente, en relación con lo dispuesto en la Directiva 79/7/CEE del Consejo, de 19 de diciembre de 1978, relativa a la aplicación progresiva del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en materia de seguridad social, que puede consultarse on line en EUR-Lex: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX:31979L0007.

[758] Sentencia 91/2022, de 14 de marzo, del Juzgado de lo Social de Barcelona, que condena al FOGASA a abonar a una empleada doméstica la cuantía correspondiente a la indemnización por despido improcedente que le fue reconocida en Sentencia del Juzgado de lo Social número 31 de Barcelona de 12 de abril de 2018, y lo hacía en base a que estadísticamente están afectadas de forma mayoritaria mujeres en el marco de la relación laboral especial, y al igual que lo fue el desempleo, la exclusión del ámbito del FOGASA se ha de entender discriminatoria y, por ende, contraria a la Directiva 2006/54/CE. El servicio del hogar familiar no estaba incluido en el ámbito del art. 11 del RD 505/1985, de 6 de marzo, sobre organización y funcionamiento del FOGASA, y, por lo tanto, el empleador particular no estaba obligado a cotizar. Según la magistrada, resultaba plenamente aplicable la argumentación de la STJUE de 24 de febrero de 2022. Quintero Lima, M.G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", ob. cit. p. 118.

[759] Para ello, el art. 4 del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, viene a modificar el apartado uno del art. 11 del RD 505/1985, de 6 de noviembre, sobre organización y funcionamiento del Fondo de Garantía Salarial, añadiendo al respecto un nuevo apartado en su letra d).

[760] Se desarrolla el art. 8, apartado 5, del ET en materia de información a la persona trabajadora sobre los elementos esenciales del contrato de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1659/1998, de 24 de julio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Eliminación de la injustificada diferencia de trato que existía a efectos de encuadramiento y cotización entre las empleadas de hogar a tiempo completo y las que prestaban servicios durante menos de 60 horas semanales por persona empleadora[761], introduciendo las modificaciones reglamentarias necesarias a efectos de encuadramiento (altas y bajas) y cotización para atribuir a la persona empleadora, titular del hogar familiar, las obligaciones de afiliación, alta y cotización, con independencia del número de horas de trabajo de la empleada de hogar.

- Perfeccionamiento de los mecanismos de extinción del contrato, puesto que ahora también resultan aplicables todas las causas de extinción previstas en el art. 49.1 del ET[762], aplicándose la normativa laboral común salvo en lo que resulte incompatible con las peculiaridades derivadas del carácter especial de esta relación laboral. Se establece ahora además que la relación laboral de la empleada del hogar sólo podrá extinguirse cuando las causas estén "*justificadas*", por lo que ya no es posible aplicar el llamado desistimiento, dado que las causas específicas de extinción sólo podrán tener como fundamento[763]: a) una disminución de los ingresos de la unidad familiar o el incremento de sus gastos por circunstancia sobrevenida; b) una modificación sustancial de las necesidades de la unidad familiar que justifiquen el hecho de prescindir de la persona trabajadora del hogar; c) la pérdida de confianza de la persona empleadora a consecuencia del comportamiento de la trabajadora[764] (art. 11.2 del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre).

- Reconocimiento de la protección por desempleo. En el art. 3 del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, se suprime el apartado d) del art. 251 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social (LGSS), incorporándose un nuevo apartado octavo al art. 267.1.a) con el objetivo de incluir la protección frente al paro forzoso en la acción protectora del Sistema Especial para Empleados del Hogar, considerándose como situación legal de desempleo la extinción por causa justificada contemplada en

[761] Lo que el legislador hizo mediante la modificación del art. 43.2 del Reglamento General sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social (RGIA), y la consecuente derogación expresa, a efectos de cotización, del art. 34 bis del Real Decreto 2064/1995, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Cotización y Liquidación de otros Derechos de la Seguridad Social. Sobre todo ello, Lozano Lares, F.: "Manual de Seguridad Social", 4ª edición, *Ediciones Laborum*, 2025, pp. 223 y 299.

[762] Se modifica el art. 11.1 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, donde se establecía que la "*relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar se extinguirá conforme a lo previsto en el presente real decreto y en el artículo 49 del Estatuto de los Trabajadores, excepto por las causas señaladas en las letras h), i) y l) del apartado 1 de dicho artículo, que no resultan compatibles con la naturaleza de la misma*".

[763] Se modifica el art. 11 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar, estableciéndose ahora que la "*decisión de extinguir el contrato deberá comunicarse por escrito a la persona empleada del hogar, debiendo constar de modo claro e inequívoco la voluntad de la persona empleadora de dar por finalizada la relación laboral y la causa por la que se adopta dicha decisión*".

[764] Esta es la causa que mayor polémica doctrinal suscita, por la subjetividad unilateral que se pueda desprender de la persona empleadora, por lo que esa pérdida de confianza se deba fundamentar de manera "razonable y proporcionada". Cuestión que a nuestro modo de ver puede frenar el carácter tuitivo del derecho común, creando indefensión en la persona trabajadora y reconduciendo la situación extintiva a la sede jurisdiccional. Quintero Lima, M.G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", ob. cit. p. 111.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

el nuevo art. 11 del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

A pesar de estas mejoras, siguen quedando residuos de situaciones discriminatorias para este colectivo, por lo que el legislador ha perdido una importante oportunidad de igualar plenamente las condiciones laborales de estas trabajadoras con respecto a las demás personas trabajadoras por cuenta ajena. Nos referimos, por un lado, a la indemnización que resulta de la extinción del contrato, que es inferior a la prevista para la norma estatutaria, puesto que en el caso de las empleadas del hogar se prevén 12 días por año de servicio con el límite de 6 mensualidades, frente a los 20 días reconocidos con carácter general para el despido objetivo procedente con un máximo de 12 mensualidades [art. 53.1 b) del ET], o los 33 días previstos en caso de despido objetivo o despido disciplinario calificado como improcedente, con un máximo de 24 mensualidades (art. 56.1 del ET)[765]. Todo ello sin perjuicio de que la empleada de hogar pueda recibir los conceptos salariales pendientes de pago, como el salario y las horas extraordinarias no abonadas, la parte correspondiente a los días de vacaciones no disfrutados y las pagas extras en la parte proporcional al tiempo de trabajo junto con el importe correspondiente al tiempo de preaviso, si debe abonarse, pues la persona empleadora podrá sustituir el preaviso por una indemnización equivalente a los salarios de dicho período.

También resulta discutible que se contemple como causa de extinción del contrato el comportamiento de la persona trabajadora, que ha de interpretarse, a nuestro juicio, como un despido disciplinario, puesto que se trata de una decisión unilateral por parte de la persona empleadora. Asimismo, dada la ambigüedad del art. 11.2 c) del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, cabe concluir que deberá aplicarse de forma íntegra la normativa laboral (art. 55 del ET), teniendo en cuenta la desventaja que supone para la persona trabajadora el hecho de no poder acogerse a ningún convenio colectivo, lo que dificulta que puedan establecerse otras exigencias formales más ventajosas para el despido e imposibilita la intermediación por parte de los representantes de los trabajadores para garantizar la protección íntegra de los derechos de la trabajadora.

Otro aspecto que puede resultar cuestionable es el hecho de que en las solicitudes de alta en la Seguridad Social de las empleadas de hogar, además de los datos correspondientes al tipo de contrato de trabajo y al contenido mínimo del mismo, deben indicarse el número de horas de trabajo mensuales y semanales, el importe del salario pactado, tanto por hora realizada como mensual, incluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias, así como, en el caso de las empleadas de hogar internas, el importe del salario mensual acordado en especie y la existencia o no de pacto de horas de presencia[766], las horas de pernocta acordadas y la retribución por hora pactada[767]. Aunque todo ello está pensado para clarificar las condiciones de trabajo de la empleada de hogar, la incorporación de todos estos datos puede llegar a ser tedioso

[765] Art. 11.2, tercer párrafo, del RD 16/2022, de 6 de septiembre.

[766] Las horas de presencia o guardia son aquellas en las que la persona trabajadora no está trabajando de forma activa, pero está disponible dentro o fuera del hogar. Las horas de presencia no pueden superar las 20 horas semanales en cómputo mensual y su importe tiene que ser igual o mayor al importe de la hora del salario mensual con pagas extras. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Guía práctica del empleo en el hogar (2025). Tesorería General de la Seguridad Social.

[767] Así lo establece el art. 43.2 del citado RGIA.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

para la persona empleadora, que no es una empresa formal en el sentido del art. 1.1 del ET, sino una persona titular del hogar familiar, por lo que es posible que deba apoyarse a tal efecto en gestorías laborales. Si es cierto, en cualquier caso, que la recogida de datos estadísticos y el análisis de los mismos es relevante para ayudar a seguir detectando deficiencias laborales, mejorarlas y dar una mayor visibilidad al colectivo, evitando por el contrario condiciones precarias en el empleo y en la organización del trabajo propias de este sector, como la ausencia de contrato y de alta en la Seguridad Social, la realización de un número de horas superior al pactado, la percepción de salarios inferiores a los estipulados, las largas jornadas de trabajo, la falta de descansos, la inexistente participación por parte de la empleada de hogar en la organización y el desarrollo de las tareas, el control constante del trabajo realizado y la desvalorización sociolaboral, en suma, que en el peor los casos va acompañada de maltrato o violencia física y psicológica[768].

Por tanto, pese a los indudables avances experimentados en las condiciones laborales de estas trabajadoras gracias a las últimas modificaciones normativas, no debemos olvidar que estamos ante un Sistema Especial de la Seguridad Social de menor intensidad protectora, que ofrece para las actividades de este colectivo menos garantías que el régimen general. En el caso de las actividades remuneradas de cuidados en el ámbito doméstico lo que predomina es el mercado y la negociación individual entre las partes, por lo que resulta habitual la relación directa entre la parte empleadora y la empleada[769], de ahí que el papel de las organizaciones sindicales, que podrían jugar un rol muy significativo en defensa de sus intereses, esté muy limitado, no existiendo siquiera un convenio colectivo sectorial para las trabajadoras y cuidadoras domésticas remuneradas (en este caso no hay contraparte por el lado del empresariado)[770]. De modo que nos hallamos ante un trabajo mayoritariamente realizado en el marco de la economía informal y donde aún persisten elevadas dosis de precariedad laboral. Para concluir, en este sector vuelve a prevalecer las notas características del trabajo atípico que define la OIT, siendo las principales debilidades que aquejan a las empleadas del hogar, incluida su actividad en materia de cuidados remunerados a personas no dependientes, la persistente desprotección social, sus bajos niveles de profesionalización y el sueldo precario, el predominio de altas tasas de temporalidad, el trabajo a tiempo parcial y un subempleo bastante más elevado que en el conjunto de la economía de los cuidados, dado que se trata de una actividad realizada por personas con bajos niveles educativos y con un claro predominio de población extranjera, mucho más expuesta al riesgo de explotación laboral y a la violencia en el trabajo, especialmente en el caso de las empleadas de hogar internas[771].

---

[768] Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social: *Condiciones de trabajo y riesgos de las actividades en el hogar*. Guía para las personas empleadoras realizada en el marco de la acción: "El trabajo del hogar. Mejora de las condiciones de trabajo desde su reconocimiento y valoración" (AS2017-0035), ISTAS-CCOO, 2017, p. 7.

[769] Prieto, C.: "¿Mercado de trabajo?", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 47, 1991, pp. 177-192.

[770] Muñoz González, Ó., y Pitxer, J. V.: "Condiciones laborales de las cuidadoras remuneradas en el ámbito doméstico. Estudio cualitativo en el área metropolitana de València tras la Gran Recesión", ob. cit., p. 274. A pesar de ello España ratifica el instrumento de adhesión al Convenio sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos (BOE-A-2023-8304), adoptado por la OIT en Ginebra el 16 de junio de 2011, y que entró en vigor el pasado 29 de febrero de 2024.

[771] Lozano Lares, F.: "Los déficits de protección social del trabajo femenino", ob. cit., p. 100-122; Sanz Sáez, C.: "Profesionalización efectiva del servicio doméstico. Un trabajo pendiente",ob. cit., p. 324-325.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3.- Las condiciones de seguridad y salud laboral del sector de los cuidados directos e indirectos.

La seguridad y salud laboral de las personas ocupadas en el sector de los cuidados es, sin duda, otra de sus grandes asignaturas pendientes. Cabe advertir, no obstante, la significativa mejora que introdujo en este ámbito el art. 1 del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, al reformular, de forma necesaria, el marco normativo de la protección de la seguridad y salud laboral de las personas empleadas en el hogar, eliminando su inexplicable exclusión del ámbito de aplicación del originario art. 3.4 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) que apartaba a las empleadas del hogar de la protección dispensada por esta norma marco de la seguridad y salud laboral española. Junto a la supresión de dicho precepto, se añadió además a la LPRL una Disposición adicional decimoctava que reconocía de forma expresa a las empleadas de hogar el "*derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, especialmente en el ámbito de la prevención de la violencia contra las mujeres, teniendo en cuenta las características específicas del trabajo doméstico, en los términos y con las garantías que se prevean reglamentariamente a fin de asegurar su salud y seguridad*".

Dicha previsión legal se materializó con la adopción del Real Decreto 893/2024, de 10 de septiembre, que regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar[772], cuyo ámbito de aplicación se extiende no sólo al perfil laboral del empleo doméstico, sino también a las auxiliares de ayuda domiciliaria, tal como se deduce de lo dispuesto en su Disposición adicional decimotercera. Gracias a ello, podemos vivificar y dar mayor fuerza a este enflaquecido colectivo laboral corroborando un avance en el reconocimiento de sus derechos, y constituyendo a su vez, una cuestión de justicia social al ser una profesión altamente feminizada. Se integra por tanto, el principio de igualdad de trato en la política laboral con el fin de evitar la segregación laboral y de potenciar el valor del trabajo de las mujeres en el ámbito doméstico[773]. Este avance resulta también sumamente trascendente por el hecho de permitir la visibilización de las enfermedades profesionales que aquejan a las personas trabajadoras del hogar familiar, lo que, como consecuencia de la inexistencia hasta ahora de un derecho a la vigilancia de la salud en el ámbito laboral se enfrentaban a mayores dificultades para su reconocimiento que en el caso de las demás personas trabajadoras por cuenta ajena.

Hay que tener en cuenta a este respecto que, en nuestro país, es la LGSS y no la LPRL la que diferencia dos modalidades de contingencias profesionales: el accidente de trabajo (art. 156 LGSS), con una ordenación abierta que incluye cualquier lesión corporal física o psíquica que traiga causa directa o indirecta de la actividad laboral, y la enfermedad profesional (art. 157 LGSS), que presenta una configuración legal muy restrictiva vinculada a su preexistencia en un listado de enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo por la acción de elementos o sustancias determinadas para cada enfermedad y en actividades concretas. Con este sistema de calificación cerrado

[772] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. El texto completo puede verse *on line* en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2024-18182.

[773] Se siguen así los criterios generales de actuación de los poderes públicos fijados en el art. 14 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE-A-2007-6115).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

vigente en España se presumen como enfermedades profesionales *iuris et de iure* todas aquellas patologías incluidas en el cuadro contenido en el anexo I del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro[774]. Del mismo modo, en el anexo 2 de dicha norma se establece la lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el anexo I, como enfermedad profesional, podría contemplarse en el futuro. Para completar la aclaración sobre las modalidades de contingencias profesionales, el art. 156.2 de la LGSS en sus apartados e) y f), hace mención expresa a las enfermedades, no incluidas en la relación de enfermedades profesionales, que contraiga la persona trabajadora con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También se consideran contingencias profesionales, según la LGSS, las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente[775]. Por tanto, en muchos casos resulta difícil diagnosticar el origen exclusivamente laboral de la enfermedad, por lo que la jurisprudencia ha clarificado que, para saber si concurre una enfermedad profesional, hay que comprobar que se den los tres requisitos establecidos legalmente: 1º) que la enfermedad haya sido contraída a consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena; 2º) que se trate de alguna de las actividades que se determinan reglamentariamente; 3º) que la dolencia esté provocada por la acción de elementos y sustancias determinadas para cada enfermedad[776]. Hay que tener en cuenta, además que, a criterio jurisprudencial, el elenco de actividades profesionales contemplado en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, no posee un carácter cerrado, sino más bien orientativo, siendo significativo a tal efecto que se que se realice alguna de las tareas descritas en el Cuadro y que la patología concurrente se corresponda con la actividad asociada a la tarea de que se trate[777].

En cualquier caso, la seguridad y salud laboral en el sector de los cuidados debe analizarse atendiendo no tanto a esa clasificación a efectos de seguridad social sino de acuerdo con las previsiones establecidas por la LPRL en relación con los riesgos laborales a los que están expuestos las personas trabajadoras de la atención a la dependencia y las empleadas de hogar, lo cual va a depender directamente de las tareas que desarrollen en cada una de las categorías profesionales y de las particularidades de cada uno de los puestos de trabajos. Para simplificar el análisis y evitar repeticiones innecesarias, vamos a tratar de identificar los riesgos laborales más comunes, centrándonos en los que más incidencia tienen en el sector de los cuidados, que son los ergonómicos y los psicosociales[778].

---

[774] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Se modifican los anexos 1 y 2, por Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre (BOE-A-2015-13874), y el anexo I, grupo 6, por Real Decreto 257/2018, de 4 de mayo (BOE-A-2018-6046).

[775] Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.*): El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 68.

[776] Contreras Hernández, O.: "La inclusión de los riesgos psicosociales en el cuadro de enfermedades profesionales: evidencias y propuestas para una revisión legal", IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, 2021, p. 435.

[777] STS 5 noviembre 2014 (rcud. 1515/2013); STS 18 mayo 2015 (rcud. 1643/2014); STS 777/2019 de 13 noviembre (rcud. 3482/2017); STS de 10 de marzo de 2020, rec. 3749/2017 (fundamentos tercero y cuarto).

[778] Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P: *Evaluación y gestión de riesgos psicosociales en la actividad de cuidado de personas mayores. Método para la evaluación y*

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los riesgos ergonómicos están relacionados directamente con las condiciones de trabajo y con el diseño del puesto, encadenando entre sí factores físicos, cognitivos, sociales, organizacionales y ambientales. Este tipo de riesgos está en la base de numerosos trastornos musculoesqueléticos (TME)[779], que pueden afectar en mayor o menor medida a las trabajadoras del cuidado directo e indirecto. La mayoría de dichos riesgos están provocados por la manipulación manual de cargas, las posturas forzadas y los movimientos repetitivos[780].

Respecto a la manipulación manual de cargas, las personas trabajadoras del entorno sociosanitario tienen un mayor riesgo de padecer diversas lesiones de la zona lumbar que quienes trabajan en otros sectores laborales, puesto que una de sus actividades principales consiste en levantar/acostar, movilizar o transferir personas dependientes. Estas tareas implican manejar a personas cuyas características de movilización son aún más complicadas que el manejo de materiales en entornos industriales. Las personas son más difíciles de agarrar, cambian de posición durante la actividad de manipulación y hay que contar con movimientos imprevistos, lo que fuerza a la persona trabajadora a la adopción de posturas incómodas o forzadas que, en ocasiones, le obligan a realizar sobreesfuerzos añadidos. La normativa reguladora del ordenamiento jurídico español en este ámbito es el Real Decreto 487/1997, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores[781], que encomendó en su momento al por entonces denominado *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* (INSHT), la elaboración de una Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas, donde debían considerarse factores correctores en función de las características de la carga[782]. Por otro lado, la Norma técnica ISO TR 12296 sobre manipulación manual de personas en el sector sanitario proporciona asimismo una guía para la evaluación de los riesgos asociados a la manipulación manual de los pacientes en el sector sanitario. Sus recomendaciones se aplican básicamente a la movilización de personas (ni objetos, ni animales) en la

gestión de factores psicosociales en pequeñas empresas. Edita (INSST), O.A., M.P., Madrid, 2024, p. 15-22; Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid: *Condiciones de trabajo y su impacto en la salud: Ayuda a domicilio y Teleasistencia*, GPS Madrid, 2016, p. 38.

[779] Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, "los TME de origen laboral son alteraciones que sufren las estructuras corporales como los músculos, articulaciones o tendones, causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo o los efectos del entorno laboral inmediato". De acuerdo con la Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes de 2019 (ESENER), el tercer factor de riesgo relacionado con TME e identificado con mayor frecuencia en los países de la Unión Europea, es la elevación o desplazamiento de personas o cargas pesadas, detrás del movimiento repetitivo de manos o brazos y de permanecer sentados durante largos períodos de tiempo. Parra Merino, T. y Alamín Guijo, L.: "Ayudas menores para la movilización y transferencia de personas en los ámbitos sanitario y sociosanitario", *Edita INSST, O.A., M.P*., NTP 1.197, 2024, p. 1; Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, ob. cit., p. 69; Fernández-Cano M.I., Navarro A., Feijoo-Cid M., Salas-Nicás S. *Estudio CuidémoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud*, ob. cit. p. 20.

[780] Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social: *Atención domiciliaria. Mi lugar de trabajo. La organización del trabajo y las altas exigencias físicas y posturales.* ISTAS-CCOO, 2018, p. 29.

[781] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1997-8670. Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos para los trabajadores. Con ella se traspone a nuestro país la Directiva 90/269/CEE, de 29 de mayo (Ref. DOUE-L-1990-80726).

[782] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 487/1997, de 14 de abril (Disposición final primera). Elaboración de la Guía Técnica para la evaluación y prevención de riesgos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

prestación de servicios sanitarios en centros y otros entornos adaptados a este fin, por lo que estas recomendaciones igualmente pueden ser aplicadas a campos más amplios como la atención domiciliaria, la atención de emergencias o incluso la manipulación de cadáveres[783]. La última Nota Técnica de Prevención (NTP 1.197) del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2024) para los ámbitos sanitario y sociosanitario presenta algunos de los productos de apoyo (o ayudas técnicas) que existen actualmente en el mercado para facilitar la movilización y transferencia de personas en el sector sociosanitario. En concreto, explica los beneficios de estas ayudas menores y se muestran algunos ejemplos de su utilización con el objetivo de prevenir la aparición de los TME de origen laboral en estos sectores[784].

Las posturas forzadas generan sobrecarga en músculos, tendones y articulaciones[785], por lo que son muchas las tareas en las que las personas trabajadoras del sector de la dependencia y del empleo en el hogar pueden verse obligadas a adoptar una postura inadecuada (las tareas de limpieza, higiene, vestido, calzado, movilización e ingesta de alimentos pueden servir de ejemplos). Dichas posturas forzadas conllevan, en concreto, movimientos de flexión continua de la columna y las rodillas, movimientos de elevación de brazos y movimientos de flexo-extensión que pueden afectar a los hombros, antebrazos, muñecas y dedos. En particular, todas las trabajadoras del sector que ejercen su actividad en domicilios pueden adoptar posturas forzadas que derivan de la existencia de camas muy bajas, habitaciones o baños pequeños y pasillos estrechos y/o con obstáculos. Esta falta de espacio también puede impedir la ayuda de otra persona o el uso de equipos auxiliares. La ausencia de mantenimiento de los equipos, cuando existen y hay espacio suficiente para usarlos, es otra causa que puede generar sobreesfuerzos al sostenerlos y manipularlos (sillas con ruedas y/o frenos en malas condiciones, con dificultad para alcanzar las manivelas de las grúas, etc.). Todo esto obliga al personal técnico auxiliar a realizar inclinaciones y giros de columna de forma continua y, en muchas ocasiones, con un grado de giro y rotación excesivos[786]. En el caso de las teleoperadoras TAD, las posturas forzadas derivan de las posiciones del cuerpo fijas que han de adoptar cuando desarrollan su trabajo en posición de sedestación prolongada, lo que produce carga estática en la musculatura. La falta de espacio en los Centros de atención de teleasistencia obliga al uso de posturas estáticas y forzadas, por lo que es necesario que el entorno de trabajo disponga de espacio suficiente para facilitar los movimientos y los cambios de postura. El uso de mobiliario con diseño ergonómico y la correcta ubicación de los equipos informáticos utilizados en la tarea tienen una significativa influencia, no sólo en la comodidad y eficacia en el trabajo sino también en sus repercusiones a efectos de salud laboral, dado que produce riesgos de lesiones musculoesqueléticas y alteraciones visuales, incidiendo negativamente en la fatiga mental y el estrés[787]. La Norma técnica ISO 11226: 2000.

[783] Ministerio de empleo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Documento elaborado por el Grupo de trabajo sobre TME de la CNSST. Normas técnicas y métodos de evaluación. Movilización de personas, p. 17-18.

[784] Parra Merino, T.: Ayudas menores para la movilización y transferencia de personas en los ámbitos sanitario y sociosanitario. Nota Técnica de Prevención núm. 1.197, *Edita INSST*, O.A., M.P., 2024, p. 1.

[785] Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid: *Condiciones de trabajo y su impacto en la salud: Ayuda a domicilio y Teleasistencia*, ob. cit., p. 42-44.

[786] Fernández-Cano M.I., Navarro A., Feijoo-Cid M., Salas-Nicás S.: *Estudio CuidémoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud*, ob. cit., p. 20-21.

[787] Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid: *Condiciones de trabajo y su impacto en la salud: Ayuda a domicilio y Teleasistencia*, ob. cit., p. 42-44.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cor-1: 2006 sirve para evaluar las posturas de trabajos estáticos de las personas trabajadoras, determinando si son aceptables o no, para lo cual mide la aplicación de la fuerza, el impacto de la misma en los segmentos corporales que se pretenden analizar, que son tronco, cabeza, cuello, extremidad superior (hombro y brazo), antebrazo y mano, así como las extremidades inferiores (cadera, rodilla y tobillo), relacionándolos con los aspectos temporales de las posturas[788].

Además, la realización de movimientos repetitivos es otra de las exigencias de la actividad del servicio de atención a la dependencia y en el hogar, pues son trabajos que requieren la realización de múltiples movimientos de corta duración y de manera consecutiva. Las tareas domésticas o del hogar (como limpiar, barrer, fregar, planchar o cocinar), los cuidados prestados a la persona usuaria dependiente (igualmente referidas tanto al mantenimiento del hogar o del centro residencial como a su atención personal o el uso de ayudas técnica) y las tareas de las teleoperadoras respecto al uso de ordenadores y atención telefónica, son actividades que en todos los casos implican movimientos repetitivos que afectan sobre todo a manos y dedos, muñecas, antebrazos, hombros y tronco. La Normas técnica ISO 11228-3:2007 (Ergonomía-Manejo Manual), contempla la evaluación de los siguientes factores de riesgo: repetición, postura, fuerza, periodos de recuperación y factores de riesgo adicionales (físicos y psicosociales)[789].

Cabe concluir, por tanto, que las actividades desarrolladas por las profesionales de los cuidados directos o indirectos y las empleadas del hogar, que requieren repetidos movimientos de hiperflexión y de hiperextensión de la muñeca o de aprehensión con la mano[790], y las que exigen la adopción de posturas forzadas susceptibles de generar patologías musculoesqueléticas[791], no pueden ser consideradas como meramente esporádicas, secundarias y residuales en dicha profesión, lo que pone en evidencia la existencia de una relación de causalidad que les debería conferir la consideración de enfermedades profesionales a los efectos de lo establecido en el RD 1299/2006, de 10 noviembre, como así confirma la jurisprudencia[792]. Estas evidentes contingencias profesionales derivadas del trabajo de cuidados y la atención en el hogar no están expresamente incluidas en la enumeración de actividades capaces de producir enfermedades profesionales, como las que sí se reconocen a las tareas realizadas por

[788] Ministerio de empleo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Documento elaborado por el Grupo de trabajo sobre TME de la CNSST. Normas técnicas y métodos de evaluación. Posturas forzadas, p. 19-21.

[789] Ministerio de empleo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Documento elaborado por el Grupo de trabajo sobre TME de la CNSST. Normas técnicas y métodos de evaluación. Trabajo repetitivo, p. 4-6.

[790] Uno de los riesgos laborales más habituales que provocan estos movimientos es el Síndrome del túnel carpiano (grupo 2, agente F, subagente 02) en el RD 1299/2006, de 10 noviembre.

[791] Grupo 2, agente D, E, F, y G del RD 1299/2006, de 10 noviembre.

[792] STS, Sala de lo Social, Sección 1ª, sentencia núm. 624/2022 de 6 julio y sentencia núm. 636/2022 de 7 julio. STSJ Andalucía, Sevilla, Sala de lo Social, Sección 1ª, sentencia núm. 3541/2022, de 21 diciembre. STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala de lo Social, Sección 1ª, sentencia núm. 315/2023, de 24 febrero. STSJ Islas Canarias, Santa Cruz de Tenerife, Sala de lo Social, Sección 1ª, sentencia núm. 396/2022, de 13 junio. STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala de lo Social, Sección 1ª, sentencia núm. 490/2022, de 11 marzo; STSJ Andalucía, Sevilla, Sala de lo Social, Sección 1ª, sentencia núm. 3172/2021, de 9 diciembre; STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, Sección 1ª, sentencia núm. 3205/2018, de 06 noviembre; STSJ Asturias, Social, de 14 de diciembre de 2021 (Rec. 2404/2021), con referencia a la anterior de 20 de julio de 2021 (Rec. 1194/2021) y STSJ Asturias, Social, de 17 de marzo de 2020 (Rec.2982/2019).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los lavanderos, cortadores de tejidos y material plástico y similares; pero ello no excluye, en modo alguno, que las tareas que componen el haz profesional de cuidadoras y limpiadoras se puedan calificar como enfermedad profesional, incluidas las actividades de cuidados indirectos (como las de teleoperadora[793]), puesto que, sin lugar a dudas, se trata de una lista abierta de profesiones[794], de ahí que propongamos su inclusión *de lege ferenda*.

Por lo que respecta a los riesgos psicosociales, hay que tener en cuenta que unas condiciones de trabajo deficientes y/o adversas, bien por un diseño y desarrollo inadecuado o por su inadecuada implantación en la organización, interaccionan con las expectativas, necesidades, capacidades y/o actitudes de las personas trabajadoras, impactando negativamente sobre su seguridad, salud y bienestar laboral[795]. Este tipo de riesgos psicosociales están cada vez más presentes en el entorno laboral, por lo que, visto el carácter atípico del trabajo de cuidados, de acuerdo con los parámetros establecidos en el marco de la OIT, son especialmente relevantes en todos los perfiles profesionales del sector de los cuidados[796], de ahí que sea necesario evaluar los factores de riesgo psicosocial para intervenir sobre ellos mediante una adecuada planificación preventiva que los elimine, reduzca o controle[797]. El estrés en el trabajo, el *burnout*, el síndrome de desgaste ocupacional y la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, afecta a los procesos fisiológicos, emocionales, cognitivos, sociales o conductuales, poniendo en riesgo la salud de las personas trabajadoras. La exposición a estos factores de riesgo psicosocial también puede tener otras consecuencias indeseadas para la persona trabajadora como, por ejemplo, los ya conocidos TME, la fatiga crónica física y/o mental, una mayor propensión a la accidentalidad en el trabajo[798], el absentismo laboral, el abandono prematuro del puesto de trabajo y la expulsión definitiva del mercado del trabajo, condenando a la persona a la exclusión social[799].

---

[793] Grupo 2, agente L, 01-01. En el caso de los/las teleoperadores/as sí hace una mención expresa junto a otras actividades profesionales como como son profesores, cantantes, actores, locutores, donde en este caso el riesgo profesional se encuentra en las actividades que se precisa un uso mantenido y continuo de la voz, pero no es el caso para los movimientos repetitivos.

[794] Martínez Moreno, C., Álvarez Cuesta H., Grau Pineda, C. y Castro Franco, A.: *Revisión jurisprudencial de las dolencias y patologías que sufren las camareras de piso. Propuestas para su reconocimiento como enfermedad profesional*, Instituto de las Mujeres, Madrid, 2023, p. 37-49.

[795] Calificación de Riesgo Psicosocial atendiendo a la descripción del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales

[796] OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019.

[797] Además de los riesgos tradicionales, otros tipos de riesgos están surgiendo ante las nuevas formas de organización del trabajo (plataformas digitales, trabajo en remoto, trabajo en red, etc.) y de empleo (flexibilidad, trabajos a tiempo parcial), sumadas a la elevación de la edad para acceder a la jubilación, al incremento de actividades relacionadas con la prestación de servicios y a una mayor movilidad de personas. Todo ello, supone un desafío constante en materia preventiva para las políticas públicas. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.*: Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023-2027*, edita (INSST), O.A., M.P., 2023, p. 52.

[798] Incluidos los accidente *in itinere*, que pueda sufrir la persona trabajadora al ir o al volver del trabajo, o los ocurridos como consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional del/la trabajador/a, sean ejecutados en cumplimiento de las órdenes del empresario o por el interés del buen funcionamiento de la empresa (cuestión que bien podríamos aplicarla a los/las gerocultores/as cuando asumen tareas que no son de su categoría profesional, muy propio de este perfil profesional).

[799] Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P: *Evaluación y gestión de riesgos psicosociales en la actividad de cuidado de personas mayores. Método para la evaluación y gestión de factores psicosociales en pequeñas empresas.* Edita (INSST), O.A., M.P., Madrid, 2024, p. 23.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

A nuestro juicio, coincidiendo con la doctrina, sería deseable, por tanto, una reforma del Real Decreto 1299/2006, de 10 noviembre[800], que incorpore también un nuevo grupo de enfermedades (las enfermedades psicosociales), al menos en el anexo II, de las que pudiera sospecharse su origen profesional y por lo tanto ser susceptibles, primero de seguir siendo analizadas en relación con el trabajo, teniendo en cuenta que cada vez son más frecuentes en la mayoría de los trabajos, y segundo, de incorporarse en el futuro en el anexo I del cuadro de enfermedades profesionales si existiera la suficiente evidencia científica, basada en la observancia por parte de las instancias sanitarias-laborales de la frecuencia en su aparición en determinadas profesiones y/o actividades donde concurran agentes lesivos derivados de sus condiciones de trabajos, como bien puede apreciarse en el sector de los cuidados. Por el momento y hasta que esta propuesta de revisión legal se materialice, el recurso al concepto jurídico amplio y flexible del "accidente de trabajo" [ex. Art. 156.2 e) y f) de la LGSS] mediante el análisis y valoración caso por caso, de la etiología de la dolencia es el único mecanismo legal que permite obtener la tutela reparadora (que no preventiva) de las trabajadoras afectadas por los distintos y cada vez más extendidos trastornos psíquicos derivados de los riesgos psicosociales presentes en el trabajo[801].

Además de los riesgos ergonómicos y psicosociales, también conviene tener en cuenta otro tipo de riesgos físicos, químicos y biológicos que pueden estar presentes en cualquiera de los lugares de trabajo donde prestan servicios los profesionales del cuidado (residencias, centros de día y estancias diurnas, centros tutelados de personas dependientes o centros de atención de teleasistencia). No hay que olvidar que el art. 156.3 LGSS también califica como accidente de trabajo, salvo prueba en contrario, "*las lesiones*" que sufra la personas trabajadora "*durante el tiempo y en el lugar de trabajo*", entre las que cabría incluir las lesiones que sufran las personas trabajadoras del sector de los cuidados y el empleo doméstico causadas por contagios, caídas, cortes, golpes, quemaduras o incluso agresiones por parte de las personas usuarias de los servicios de atención a la dependencia. Estos accidentes están motivados, en su mayoría, por el propio padecimiento físico o mental de las personas dependientes o por la existencia de agentes físicos, químicos o biológicos ante los que esté expuesta la persona trabajadora.

Además de las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos, las profesionales del cuidado y las empleadas del hogar también tienen propensión a contraer otro tipo de enfermedades profesionales contempladas en diferentes grupos del RD 1299/2006, de 10 noviembre. Así ocurre con el grupo 3, en concreto, sobre enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos, donde sí se hace una mención expresa al personal de centros asistenciales o de cuidados de enfermos, tanto en ambulatorios como en instituciones cerradas o a domicilio[802]. Al igual que también se hace referencia a las actividades de cuidados y del empleo en el hogar en el grupo 5 respecto a enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias de bajo

[800] Martínez Barroso, M.R.: "Sobre las enfermedades profesionales no listadas. A propósito de un supuesto de síndrome de desgaste profesional o de burn-out", *Revista de Derecho Social*, núm. 10, 2000, p. 191; Sempere Navarro, E.: "El estrés laboral como accidente de trabajo", *AS*, núm. 20, 2000, p. 49; López Gandía, J. y Agudo Díaz, J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, Albacete, Bomarzo, 2007, p. 17, en Contreras Hernández, O.: "La inclusión de los riesgos psicosociales en el cuadro de enfermedades profesionales: evidencias y propuestas para una revisión legal", ob. cit., p. 443.

[801] Ibídem, ob. cit., p. 444.

[802] Grupo 3, agente A 01-04 del RD 1299/2006, de 10 noviembre.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

peso molecular como metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico plásticas, disolventes, conservantes, y derivados, que son productos con los que estos profesionales están en contacto de forma asidua, por lo que entendemos que es un riesgo profesional que encaja de forma acertada con el personal sanitario, con las personas trabajadoras que se dedican al cuidado de personas y con el personal de limpieza[803].

Como se deduce de lo expuesto, son muchos y muy variados los riesgos laborales a los que se exponen las personas que trabajan en el sector de los cuidados. De hecho, es preocupante que, desde hace al menos una década, los informes de siniestralidad laboral elaborados por el INSST consideran las tareas de "asistencia en establecimientos residenciales" como una de las actividades de máxima prioridad por su elevada siniestralidad laboral. Cabe subrayar, además, que el índice de incidencia de la siniestralidad laboral en la actividad de "asistencia en centros residenciales" triplica al observado en "asistencia sanitaria"[804]. Otro de los datos destacados que presenta el INSST en su último informe (2023), en este caso segregado por sexos (lo que resulta sumamente relevante en profesiones feminizadas como las que venimos analizando), es el referido a las actividades con mayores índices de incidencia de accidentes con baja en jornada de trabajo, concluyendo que, de las 7 actividades prioritarias, la "asistencia en establecimientos residenciales" (CNAE 87) ocupa el segundo puesto en el índice de incidencia, y las "actividades de servicios sociales sin alojamiento" (CNAE 88), propias de las actividades domiciliarias de atención a personas dependientes, se sitúa en el quinto puesto[805]. Se destaca asimismo que las notificaciones sobre accidentes de trabajo con consecuencias graves y mortales entre las trabajadoras es mayor en las actividades de las empleadas de hogar, CNAE 97 (ocupando el segundo puesto de las 5 actividades prioritarias), y en las tareas asistenciales desarrolladas en establecimientos residenciales (el cuarto puesto de entre las 5 actividades prioritarias)[806].

Si nos remitimos a los datos aportados por la Seguridad Social en su último informe anual (2023), elaborado por el Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS)[807], observamos como, por un lado, el CEPROSS nos muestra las actividades con mayor número de enfermedades profesionales por grupos y actividad económica[808],

[803] Grupo 5, agente A 01, 22-30-31-29 del RD 1299/2006, de 10 noviembre.

[804] Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.*: Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027*, ob. cit. p. 50; según datos observados en el documento técnico de actividades prioritarias en función de la siniestralidad (2023). Zimmermann Verdejo, M.: *Actividades prioritarias en función de la siniestralidad. Datos 2023*, Edita INSST, O.A., M.P., 2024, p. 7-8.

[805] Zimmermann Verdejo, M.: *Actividades prioritarias en función de la siniestralidad. Datos 2023*, ob. cit., p 9, 15 y 25. En los anexos se presenta la matriz que detalla el resultado de la priorización (Matriz 3) y las cifras en las que se ha basado dicha jerarquización (Tabla 3).

[806] Ibídem, p. 12, 19 y 27. En los anexos se presenta la matriz que detalla el resultado de la priorización (Matriz 6) y las cifras en las que se ha basado dicha jerarquización (Tabla 4).

[807] Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Secretaria de Estado de la Seguridad Social y Pensiones, Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. *Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual (2023)*, Madrid, 2024.

[808] *Ibídem*. Tabla 7.- Actividades con mayor número de enfermedades profesionales por grupos y actividad económica (%), p. 18.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

constatándose que las actividades sanitarias y de servicios sociales alcanzan los mayores porcentajes de enfermedades respecto al grupo 3 (agentes biológicos) y grupo 5 (enfermedades de la piel). En ambos grupos las mujeres superan a los hombres, con un 88,76% y un 54,87% respectivamente. Igualmente en este mismo informe se presenta la relación completa de actividades económicas con riesgo de enfermedades profesionales, especificando en cada actividad el grupo de enfermedad que prevalece[809]; y tras analizar 7 actividades profesionales relacionadas con los cuidados y con la limpieza general (no industrial)[810], observamos que todas estas actividades coinciden en el riesgo de enfermedad, añadiendo a los dos grupos anteriores (agentes biológicos, y enfermedades de la piel), el grupo 2, relativo a agentes físicos[811]. De todas estas actividades hay que destacar la actividad de los centros de llamadas (8220), en la que bien podríamos encuadrar el servicio de teleasistencia, donde prevalece únicamente el grupo 2 de riesgo (agente físico), dado que la afectación puede venir producida por los movimientos repetitivos y las posturas inadecuadas, que ocasionan TME, o por el uso de ordenadores, auriculares y voz, que afecta a los sentidos de la vista y el odio. El último dato de interés del informe representa el índice medio de incidencia por actividad económica y por CC.AA. que deriva de los partes de enfermedades profesionales comunicados en 2023, representando una media de 96,76 casos por 100.000 trabajadores; y ahí podemos observar cómo, en el caso de las actividades sanitarias y de servicios sociales, el índice supera a la media con 107,24 casos por 100.000 trabajadores, concretamente en Cantabria, País Vasco y Navarra[812]. Por otro lado, si atendemos al análisis general de las enfermedades causadas o agravadas por el trabajo, el PANOTRATSS de 2023, que refleja la relación entre categoría de patología y la actividad económica para nuestro sector profesional, el mayor número de partes comunicados vienen referidos a las enfermedades infecciosas, desórdenes mentales y, por encima de todas ellas, las enfermedades del aparato locomotor[813].

Los datos que aportan estos sistemas de información, según la Seguridad Social, deben servir para ayudar a la prevención de los riesgos profesionales, determinando dónde y bajo qué circunstancias se producen estos. Cada grupo de enfermedades profesionales aparece en unas actividades económicas muy concretas hacia las que hay que dirigir

[809] *Ibídem*. Tabla 26.- Actividades económicas con repeticiones de enfermedad profesional, según grupos de enfermedad, p. 30.

[810] 8710 - Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados Sanitarios; 8811 - Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores; 8812 - Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad; 8731 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores; 8220 - Actividades de los centros de llamadas; 8720 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental; 8121 - Limpieza general de edificios.

[811] Según el informe de la Seguridad Social (2023), las enfermedades profesionales más comunes en 2023 entre los trabajadores son aquellas que se incluyen el grupo 2, "Enfermedades causadas por agentes físicos", que representan el 81,7% del total de los partes de enfermedad y registraron un índice de incidencia de 79,06 por cada 100.000 trabajadores que tienen cubierta esta contingencia. A continuación, con cifras significativamente inferiores se sitúan las del grupo 3 "Enfermedades causadas por agentes biológicos", con un índice de 5,83. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Secretaria de Estado de la Seguridad Social y Pensiones, Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. *Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual (2023)*, p. 37.

[812] *Ibídem*. Tabla 27.- Índices de incidencia de enfermedad profesional por actividad económica CCAA con altos índices de incidencia, p. 35.

[813] *Ibídem*. Tabla 35.- Partes comunicados por categoría de patología y actividad económica, p. 51.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los esfuerzos de prevención. Estos índices también deberían servir, a nuestro juicio, para determinar, *ex* art. 206 de la LGSS[814], los coeficientes reductores (sin penalización) que permiten anticipar la edad de jubilación en el sector de los cuidados debido a la penosidad, peligrosidad y toxicidad de las condiciones de trabajo, y que tienen una mayor incidencia en los procesos de incapacidad laboral de las personas trabajadoras como consecuencia de los requerimientos físicos o psíquicos exigidos para continuar con el desarrollo de la actividad a partir de una determinada edad. Se trata de una cuestión que está afectando seriamente al sector de los cuidados, como se deduce de los datos aportados por la Seguridad Social y el INSST, además de haber trascendido ya a la agenda política[815].

Este epígrafe nos ha llevado a destacar la im-portancia de seguir profundizando en el análisis de los riesgos y en la adop-ción de medidas que mejoren las condiciones de seguridad y salud en el sector sociosanitario y asistencial, teniendo en cuenta la perspectiva de gé-nero y otros determinantes socio-demográficos[816].

4.- La mejora de las tradicionales desigualdades en materia de seguridad social de las profesionales del cuidado.

Desde el comienzo de nuestra investigación hemos venido constatando que los sistemas nacionales de protección social son una plasmación del compromiso íntegro con la materialización del derecho humano a la seguridad social, tal como viene reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (arts. 22, 23 y 25), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (arts. 9, 10, 11, y 12), y otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Es por ello que la ratificación y aplicación del Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y todos los que lo complementan[817], representa un paso

[814] Se modifica por el art. 1.4 del Ley 21/2021, de 28 de diciembre, de garantía del poder adquisitivo de las pensiones y de otras medidas de refuerzo de la sostenibilidad financiera y social del sistema público de pensiones (BOE-A-2021-21652).

[815] Propuestas que hace la Plataforma Unitaria Auxiliares Servicio de Ayuda a Domicilio de incluir la profesión de atención sociosanitaria en domicilio en el cuadro de enfermedades profesionales, así como de adelantar la jubilación a los 60 años. Documento aportado por la Plataforma a la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica como Órgano del Congreso de Diputados. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion_participacion_ciudadana/20200629_D4.pdf; (…) ante la pregunta de una diputada en el Congreso sobre la posibilidad de que las personas cuidadoras puedan acceder a la jubilación anticipada... La señora Ministra de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones responde: (…) "por tanto, señoría, el Gobierno sí contempla que hay situaciones que tienen una importante exigencia física o psíquica, particularmente a partir de una determinada edad, a las que vamos a dar respuesta lo antes posible". Acta taquigráfica de la sesión del pleno del miércoles 24 de abril de 2024, p. 40. https://www.congreso.es/docu/tramit/LegXV/AT/ATCD_15_PL_20240424.pdf

[816] Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.*: Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo,* ob. cit., p. 51 y 62-67; y que a tenor de la doctrina: "fomentar el respeto por la seguridad y salud – ya no solo en el trabajo, sino en cualquier tipo de prestación de servicios – y, desde las propias entrañas culturales de una sociedad, blinda con visos de permanencia su observancia y su cumplimiento", Salas Porras, M.: "Aportaciones de la seguridad y salud en el trabajo para la implementación global del trabajo decente en la sociedad digital-robotizada", *Revista Internacional y Comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*, vol.7, núm. 4, 2019, p.38.

[817] Partiendo de dicho Convenio marco de 1952, adoptado en Ginebra en la 35ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), y ratificado por España en 1988 (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Instrumento de ratificación del Convenio número 102 relativo a la Norma mínima de la Seguridad Social, adoptado en Ginebra el 28 de junio de 1952), la OIT adoptó posteriormente un

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

valioso hacia el cumplimiento de los compromisos contraídos en virtud de los instrumentos internacionales de derechos humanos[818]. Pese al tiempo transcurrido desde su adopción, el histórico Convenio 102 sobre la Seguridad Social sigue siendo el referente mundial para el diseño de sistemas nacionales de protección social sólidos y sostenibles, puesto que en él se establecen los niveles mínimos de cobertura que deben garantizarse, la suficiencia de las prestaciones, las condiciones de adquisición de derechos y la duración de las prestaciones con respecto al conjunto de los nueve riesgos sociales básicos que comprenden: la asistencia médica y otras prestaciones en caso de enfermedad, el desempleo, la vejez, los accidentes de trabajo, las responsabilidades familiares, la maternidad, la discapacidad y las prestaciones de sobrevivientes[819]. Tiene especial interés asimismo la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202)[820]; instrumento de la OIT que, pese a ser una norma de *soft law* que no establece obligaciones jurídicas para los Estados[821], marcaría un hito en el panorama jurídico internacional de la seguridad social al considerar que más de la mitad de la población mundial sigue sin tener acceso a ninguna forma de protección social[822]. A criterio de la doctrina, este mecanismo de protección viene a ser la décima rama de seguridad social encaminada a cubrir el riesgo de pobreza y exclusión social, mediante la extensión de la cobertura de la seguridad social a todas aquellas personas que quedan en situación de vulnerabilidad económica al quedar

conjunto de 5 convenios temáticos que establecen normas de protección más elevadas para la mayoría de las contingencias en relación con las personas cubiertas y los niveles de protección que deben proporcionarse: *Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*, 1964 (núm. 121) y la Recomendación que lo acompaña, 1964 (núm. 121); *Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes*, 1967 (núm. 128) y la Recomendación que lo acompaña, 1967 (núm. 131); *Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad*, 1969 (núm. 130) y la Recomendación que lo acompaña, 1969 (núm. 134); *Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo*, 1988 (núm. 168) y la Recomendación que lo acompaña, 1988 (núm. 176); *Convenio sobre la protección de la maternidad*, 2000 (núm. 183) y la Recomendación que lo acompaña, 2000 (núm. 191); y otros para el mantenimiento de derechos en caso de migración entre Estados: *Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social)*, 1962 (núm. 118); *Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social*, 1982 (núm. 157) y la Recomendación que lo acompaña, 1982 (núm. 167).

[818] CESCR (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Naciones Unidas): *Observación General No. 19: El derecho a la seguridad social (art. 9)*. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2008, E/C.12/GC/19; ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos): *Los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos*. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Ginebra, 2012; en OIT: *Normas de Seguridad Social de la OIT: Aprender, Ratificar y Aplicar*, Foco en la protección social (Nota de la OIT), Genève, 2020, p. 3.

[819] OIT. Foco en la protección social (Nota de la OIT). *Normas de Seguridad Social de la OIT: Aprender, Ratificar y Aplicar*, ob. cit. p. 1.

[820] R202 - Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Adoptada en Ginebra, 101ª reunión CIT. En la doctrina al respecto, OIT. Foco en la protección social (Nota de la OIT). *Normas de Seguridad Social de la OIT: Aprender, Ratificar y Aplicar*, ob. cit. p. 2. Lozano Lares, F.: "La nueva estrategia de la OIT sobre pisos de protección social", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 9, número especial sobre Nuevas formas de protección social, 2021, pp. 66.; Monereo Pérez, J.L. y Fernández Bernat, J. A.: "El Convenio OIT n. 102 de 1952 sobre norma mínima de Seguridad Social como delimitador del estándar mundial y sus límites actuales", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 7, número especial de Conmemoración del Centenario de la OIT, 2019, p. 117.

[821] Cruz Villalón, J.: "Balance y perspectivas de desarrollo del Pilar Europeo de Derechos Sociales", *Temas Laborales*, núm.168, 2023, p. 13.

[822] OIT. Foco en la protección social (Nota de la OIT). *Normas de Seguridad Social de la OIT: Aprender, Ratificar y Aplicar*, ob. cit. p. 2.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

extramuros del mercado de trabajo, como bien puede ser el caso del trabajo de cuidados no remunerado, en una sociedad globalizada en la que ni siquiera el hecho de trabajar se vislumbra como un antídoto contra la pobreza[823]. La ratificación y aplicación de estas normas internacionales contribuiría sobremanera a la consecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible[824], particularmente en relación con la meta 1.3 de los ODS, que revalida la creación de sistemas y medidas de protección social para todos, incluidos los niveles mínimos, con miras a lograr una protección social universal[825], lo que ayuda, a su vez, a lograr otros objetivos de desarrollo sostenible relacionados como aquellos que afectan a nuestro objeto de estudio: la buena salud y el bienestar (en particular mediante la cobertura sanitaria universal), la igualdad de género, el trabajo decente o la reducción de las desigualdades sociales.

Dentro del objetivo de conseguir la igualdad de género[826], atendiendo al sector profesional del trabajo de cuidados, habría que encuadrar, entre otras, la exigencia del art. 18.3 de la Ley de Dependencia en apoyo de las cuidadoras no profesionales, sobre la necesidad de ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la seguridad social. Esta previsión legal de inclusión en el sistema de Seguridad Social tiene como finalidad procurar una cierta cobertura social a la figura del cuidador no profesional, normalmente una persona del entorno familiar de la persona dependiente que, aun realizando una labor social esencial (aunque no visible, ni calificada de profesional), se ve penalizada en su carrera de seguro, afectando seriamente a la generación en su momento del derecho a prestaciones contributivas del sistema de Seguridad Social[827], lo que supone, a nuestro juicio, un hecho que es necesario resarcir. Esta previsión legal sería desarrollada por el RD 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia[828], donde quedó establecida la inclusión obligatoria "*en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social y en situación asimilada al alta*", a quienes sean designadas como cuidadores no profesionales en el Programa Individual de Atención y cumplan los requisitos establecidos "*en el artículo 12 del Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de*

[823] Lozano Lares, F.: "La nueva estrategia de la OIT sobre pisos de protección social", ob. cit., p. 106.

[824] Con una mirada puesta en Europa ante la consecución de los objetivos ODS, el Plan de acción del Pilar Europeo parte del reconocimiento de que la mayoría de los instrumentos para lograr sus objetivos y materializar sus principios son competencia de los Estados miembros, por lo que los mismos reflejan una ambición común con la mirada puesta en el año 2030. Vid. al respecto el Marco general de la transposición en el ordenamiento nacional; son de interés particular el análisis de la Directiva sobre salarios mínimos adecuados, la propuesta de Directiva sobre trabajo en plataformas, y la Directiva sobre conciliación laboral y familiar. Cruz Villalón, J.: "Balance y perspectivas de desarrollo del Pilar Europeo de Derechos Sociales", ob. cit., p. 13 y 29-34.

[825] Para cumplir con el compromiso crucial de acabar con la pobreza y no dejar a nadie atrás, es esencial redoblar las medidas y la inversión para incrementar las oportunidades económicas, mejorar la enseñanza y ampliar la protección social para todos, en particular a los más excluidos. ONU: *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2023)*. Edición especial, p. 12.

[826] Meta 5.4, integrada en el ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

[827] González Ortega, S.: "El cuidador no profesional de las personas en situación de dependencia en la Ley 39/2006", *Temas Laborales*, núm. 89, 2007, p. 309; en Lozano Lares, F.: "Los déficits de protección social del trabajo femenino", ob. cit., p. 118.

[828] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dependencia"[829], remisión que, tras la derogación del RD 727/2007, de 8 de junio, ha de entenderse referida a lo dispuesto en el art. 11 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia[830].

Ese encuadramiento en el Régimen General de la Seguridad Social se producirá mediante "*la suscripción del convenio especial*" regulado en el propio RD 615/2007, de 11 de mayo[831], lo que mejorará, de forma indiscutible, las condiciones sociales de este colectivo, pero de forma insuficiente si tenemos en cuenta, como ahora veremos, que su protección social es más limitada. Interesa destacar que la suscripción de este convenio especial, como regla general, "*no precisará de la acreditación de periodo de cotización previo*". Y ni siquiera será obligatoria la necesidad de suscribir este convenio especial cuando la persona cuidadora no profesional siga realizando o inicie una actividad profesional por la que deba quedar incluido en el sistema de la Seguridad Social, ni cuando se encuentre percibiendo la prestación de desempleo, o cuando tenga la condición de pensionista de jubilación o de incapacidad permanente o, de tratarse de pensionista de viudedad o en favor de familiares, cuando tenga 65 o más años. Tampoco existirá la obligación de suscribir este convenio especial durante el tiempo en que la cuidadora no profesional esté disfrutando de los periodos de excedencia laboral en razón de cuidado de familiares, que tengan la consideración de períodos de cotización efectiva en virtud de lo dispuesto en la LGSS. Ahora bien, cuando, como consecuencia de la realización de los cuidados no profesionales, la persona cuidadora haya de reducir su jornada de trabajo y la correspondiente retribución, el convenio especial sólo se aplicará para mantener la base de cotización que se tenía en la actividad que se vea reducida. Para poder suscribir este convenio especial se exigirá la aportación de la resolución por la que se haya concedido la prestación económica a la persona atendida, así como la documentación acreditativa del parentesco con aquélla. Y en el caso de que la persona cuidadora no profesional hubiese suscrito un convenio especial con la Seguridad Social de los contemplados en la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, que regula los convenios especiales en el Sistema de la Seguridad Social, procederá la extinción de este y la suscripción del contemplado en el art. 2.1 del RD 615/2007, de 11 de mayo.

En cualquier caso, la cotización por este convenio especial únicamente tiene por objeto la cobertura de las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente y muerte y supervivencia, "*derivadas de accidente, cualquiera que sea su carácter, o de*

[829] Art. 1. del RD 615/2007, de 11 de mayo, tal como fue redactado por Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

[830] Que se remite a su vez, como ya vimos, a los requisitos y condiciones de acceso a las prestaciones económicas que establezca "*la comunidad autónoma o Administración que, en su caso tenga la competencia, teniendo en cuenta los acuerdos que adopte el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*".

[831] Resultando de aplicación supletoria lo dispuesto en el capítulo I de la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre, por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social, tal como indica el art. 5 del RD 615/2007, de 11 de mayo.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

enfermedad, con independencia de su naturaleza", así como la cobertura de la formación profesional[832]. Ello implica que quedan excluidas del convenio especial las situaciones de incapacidad temporal, nacimiento y cuidado de menor y riesgo durante el embarazo, así como la protección por desempleo y el recurso al Fondo de Garantía Salarial, lo que sigue confinando a este perfil cuidador a un segundo piso de protección social de la seguridad social encaminado a cubrir ciertos riesgos de carácter limitado, para prevenir las situaciones de pobreza y/o exclusión social. Como rasgo distintivo de esta figura legal, habría que resaltar que el coste de la cotización a la Seguridad Social sigue siendo asumido "*directamente por convenio con la Tesorería General de la Seguridad Social por la Administración General del Estado*"[833].

Otro subsector de los cuidados que merece destacar, pues como hemos podido comprobar a lo largo de este estudio sigue estando en un segundo nivel de protección social, es el de las empleadas/cuidadoras del hogar, que a pesar de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar, no se terminan de equiparar, al menos de forma manifiesta, con la situación del resto de las personas trabajadoras por cuenta ajena, donde quedan encuadradas la mayoría de las profesionales del cuidado que trabajan en el SAAD, que cuentan con mayores garantías de cobertura, por lo que aquéllas quedan profesionalmente en un nivel inferior. Interesa resaltar, no obstante, que ya es obligatorio formalizar un contrato por escrito, siendo la persona empleadora la única responsable de tramitar el alta y de ingresar las cuotas a la Seguridad Social, con independencia del número de horas de trabajo al mes que tenga acordadas con la persona empleada, teniendo en cuenta que, ante el incumplimiento de sus obligaciones de alta y de cotización, la Tesorería General de la Seguridad Social podrá dar de alta a la persona trabajadora, reclamando el pago de las cuotas debidas desde el inicio de la actividad, con los correspondientes recargos[834]. En la actualidad, las situaciones protegidas por la Seguridad Social para las empleadas de hogar, que pueden dar lugar a prestaciones económicas o en especie, siempre que se cumplan los requisitos establecidos legalmente, son: la protección de la salud y la atención sanitaria universal[835], baja médica por enfermedad común o accidente no laboral (incapacidad temporal derivada de contingencias comunes), baja médica por enfermedad profesional o accidente laboral (incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales), nacimiento y cuidado de menor (incluida la

[832] Arts. 3 y 4.4 del Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, y Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación (art. 3. Apartado 12). Se modifica la disposición adicional decimocuarta, sobre el Régimen jurídico de los convenios especiales de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia (apartado 3), donde se establece que las cuotas a la Seguridad Social y por Formación Profesional (0,2% aplicable a la base de cotización para el año en curso), establecidas cada año en función de lo previsto en el art. 4 del Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, serán abonadas conjunta y directamente por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) a la Tesorería General de la Seguridad Social.

[833] Art. 4.5 del RD 615/2007, de 11 de mayo. Vid., Lozano Lares, F.: "Los déficits de protección social del trabajo femenino", ob. cit., p. 119.

[834] Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Guía práctica del empleo en el hogar (2025). Tesorería General de la Seguridad Social.

[835] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2018-10752. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

corresponsabilidad en el cuidado del lactante[836]), riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, incapacidad permanente, prestaciones familiares, jubilación, muerte y supervivencia (viudedad y orfandad), cuidados de menores por cáncer u otra enfermedad grave, desempleo y la cobertura del Fondo de Garantía Salarial ante casos de insolvencia de la persona empleadora[837].

Se trata, como podemos observar, de un avance muy significativo, aunque el Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, no haya llegado a la equiparación plena de la acción protectora, manteniendo ciertos tratamientos diferenciados. Echamos en falta, por ejemplo, alguna mención expresa al subsidio por corresponsabilidad en el cuidado del lactante, aunque creemos que es subsanado el acceso al derecho a esta prestación económica gracias al art. 184 de la LGSS, donde se exigen los mismos requisitos y en los mismos términos y condiciones que los establecidos para la prestación por nacimiento y cuidado del menor[838], situación protegida que ya tiene reconocida este colectivo. Algo similar ha de entenderse con la protección por las lesiones permanentes no invalidantes, que son indemnizaciones a tanto alzado que la Seguridad Social reconoce a las personas trabajadoras que sufren lesiones, mutilaciones y deformidades causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, sin llegar a constituir una incapacidad permanente, pero que supone una disminución de la integridad física de la persona[839]. Esta prestación está incluida dentro de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social, por lo que el Real Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, al disponer que será de aplicación la normativa laboral común en lo que resulte compatible con las peculiaridades derivadas

[836] Con fecha 7 de marzo de 2019, se publicó el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación, cuya entrada en vigor, para las prestaciones por nacimiento y cuidado de menor, así como los permisos por nacimiento, adopción y progenitor diferente de la madre biológica, fue el 1 de abril de 2019 (hechos causantes desde el 01/04/2019). En este Real Decreto-ley se recoge la modificación (art. 4, apartado 9 del Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo) del capítulo VII del título II de la LGSS (antes destinado a la paternidad), que pasa a denominarse corresponsabilidad en el cuidado del lactante, y se establece en sus artículos 183 a 185 el régimen jurídico de la nueva prestación económica denominada ejercicio corresponsable del cuidado del lactante, cuya entrada en vigor fue el 8 de marzo de 2019. Por lo que a tenor del art. 183 de la LGSS, *"a efectos de la prestación económica por ejercicio corresponsable del cuidado del lactante, se considera situación protegida la reducción de la jornada de trabajo en media hora que, de acuerdo con lo previsto en el párrafo cuarto del artículo 37.4 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, lleven a cabo con la misma duración y régimen los dos progenitores, adoptantes, guardadores con fines de adopción o acogedores de carácter permanente, cuando ambos trabajen, para el cuidado del lactante desde que cumpla nueve meses hasta los doce meses de edad".* Esta prestación está incluida dentro de la acción protectora de todos los regímenes del Sistema.

[837] Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. BOE-A-2025-3780. Orden PJC/178/2025, de 25 de febrero, por la que se desarrollan las normas legales de cotización a la Seguridad Social, desempleo, protección por cese de actividad, Fondo de Garantía Salarial y formación profesional para el ejercicio 2025 (arts. 15 y 35); Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Guía práctica del empleo en el hogar (2025). Tesorería General de la Seguridad Social.

[838] Lozano Lares, F.: *Manual de Seguridad Social, Laborum*, Murcia, 4ª Edición, 2025, ob. cit., p. 495.

[839] Para poder optar a estas indemnizaciones a tanto alzado, las lesiones, mutilaciones y deformidades causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales deben aparecer necesariamente recogidas en el baremo establecido al efecto, según Orden ISM/450/2023, de 4 de mayo, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no incapacitantes (BOE-A-2023-10874), y que por Disposición derogatoria única de la norma, queda derogada la Orden ESS/66/2013, de 28 de enero, por la que se actualizan las cantidades a tanto alzado de las indemnizaciones por lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

del carácter especial de esta relación, estaría posibilitando su reconocimiento a las empleadas de hogar[840]. También echamos en falta alguna referencia a la cotización por Formación Profesional, lo que, a criterio de la doctrina, "se puede interpretar como una dilación *sine die* de la articulación de esas acciones profesionalizantes. Esto, obviamente, se ha de traducir en el mantenimiento de la feminización del trabajo al servicio del hogar familiar"[841]. Podemos por tanto concluir que, para tranquilidad de las trabajadoras del sector, el sistema de protección social del Régimen para Empleados de Hogar se ha mejorado significativamente, y que ante los residuos de carencias aún existentes, el propio Sistema especial permite solventar sin dificultad los problemas técnicos que las peculiaridades del colectivo afectado pudiera plantear, sin llegar a disminuir demasiado la acción protectora de las trabajadoras del hogar[842], tal como pide la OIT de cara a la consecución de un trabajo decente en este ámbito.

5.- La necesidad de superar los déficits de trabajo decente asociados a los estereotipos de género.

No quiero, sin embargo, terminar este análisis sin realizar una última consideración de interés. Imaginemos un futuro en el que se unen dos objetivos ya cumplidos: la igualdad entre géneros y el trabajo "de cuidados" decente. Reflexionemos sobre ellos empezando por el primero. El punto de partida es el reconocimiento de la existente desigualdad entre sexos, no siendo suficientes hasta el momento los progresos acaecidos en todas las dimensiones sociales. Por lo que la adopción de medidas que sigan promoviendo la igualdad entre los géneros y trabajar en el *empoderamiento* de las mujeres es de suma importancia para el desarrollo de un futuro en el que se aseguren los derechos sociales en condiciones de igualdad, oportunidades de participación y liderazgo en la economía, o la posibilidad de adoptar decisiones en la vida política, entre otras muchas cuestiones. Para ello es evidente que los gobiernos deben seguir eliminando todos aquellos posibles obstáculos que impidan la equidad, prestando un apoyo suficiente a esa labor en sus variadas formas: atendiendo a las necesidades sociales del momento e impulsando la capacidad para movilizar recursos internos[843]. La eliminación de todas las formas de discriminación es, asimismo, provechosa para mejorar el potencial de las mujeres como impulsoras de cambios y mejoras en el desarrollo social, siendo para ello necesario la derogación de cualquier normativa discriminatoria (si aún persisten), o la eliminación de barreras formales, a fin de asegurar reformas institucionales que garanticen la incorporación de la perspectiva de género en sus diferentes actividades, y la adopción de enfoques innovadores que hagan frente a las prácticas no reguladas o dañinas que obstaculizan la igualdad entre los géneros. Sin olvidar que es necesario tener especial consideración

[840] El artículo quinto del Decreto-ley 16/2022, de 6 de septiembre, viene a modificar el art. 3 b) del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

[841] Quintero Lima, M.G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", ob. cit. p. 121.

[842] El sistema especial para empleados de hogar fue integrado en el Régimen General el 1 de enero de 2012, por Ley 27/2011, de 1 de agosto. Lozano Lares, F.: *Manual de Seguridad Social (2023)*, ob. cit., p. 96 y 97.

[843] ONU: *El futuro que queremos*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas, 2012, apartados números 31, 37, 45, 237 y 240; Blázquez Agudo, E.M. y Sierra Hernaiz, E. (Dirs.): *Transición justa desde la perspectiva de género*, Aranzadi S.A.U., Pamplona 2022, p.78.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

con las mujeres y niñas más vulnerables, aquellas que proceden de entornos rurales, minorías étnicas, que sufren dependencias y discapacidades o que puedan verse afectadas por intersecciones en la discriminación[844]. Igualmente para combatir las desigualdades es necesario un cambio de mentalidad, quizás de las cuestiones más importantes, por lo que es especialmente relevante un compromiso constante de la sociedad para promover la igualdad de acceso de las mujeres y las niñas a la educación en todas las etapas de la vida, pues así es como se consigue. Es preciso, por tanto, hacer frente a las barreras estructurales y a los estereotipos de género para lograr que las mujeres participen en dicho aprendizaje y se beneficien del mismo. Las políticas relacionadas con el aprendizaje deben situar la igualdad en el centro del desarrollo y del progreso social[845]. El último compromiso que, en apariencia, no está siendo del todo serio y riguroso, a nuestro criterio, es el relacionado con la recopilación, el análisis y el uso de indicadores que tengan en cuenta las cuestiones de género y los datos desglosados por sexos, en el marco de las políticas, diseños de programas y posteriores supervisiones, de conformidad con las circunstancias y capacidades de las naciones, a fin de cumplir la promesa de alcanzar un desarrollo justo e igualitario para todas las personas. El hecho de no situar la igualdad en el centro del desarrollo y del progreso, apoyándose en el análisis empírico de género, puede tener un efecto adverso, que quizás pueda marginar aún más a las mujeres[846].

Ahora bien, desde un punto de vista algo más práctico, como hemos podido apreciar en nuestro estudio, y en vista de la importante concentración de personal femenino en la economía del cuidado, la situación de las trabajadoras de este sector, incluidas las trabajadoras domésticas, se caracteriza por los mismos problemas a los que se enfrentan las trabajadoras en el mercado de trabajo en general, tales como la segmentación y segregación por motivo de género, condiciones de trabajo precarias que afecta ineludiblemente a su protección social, la baja remuneración, la disparidad salarial con respecto a los varones e incluso un mayor riesgo de violencia y acoso[847]. Es obvio que, a día de hoy, los estereotipos de género siguen deformando el brillante papel que las mujeres ejercen en la sociedad, especialmente en relación con los cuidados, contribuyendo a la segregación profesional y a la subvaloración del trabajo que realizan, tanto dentro como fuera del sector profesional del cuidado, dependiendo si es trabajo remunerado o no. Inexplicablemente, los gobiernos y las instituciones internacionales aún siguen sin reconocer ni valorar el papel del trabajo no remunerado

[844] ONU, *El futuro que queremos*, ob., cit., p. 71. Apartado 238; En este sentido, vid. la interesante reflexión de Blázquez Agudo sobre la interseccionalidad en las políticas de empleo y la discriminación de las mujeres, donde distingue entre los diferentes tipos de discriminaciones que pueden afectar a la mujer en el ámbito laboral: "la discriminación múltiple es una denominación genérica, que incluye la discriminación interseccional y la acumulativa"; su pensamiento concluye con que "las políticas de igualdad de ámbito laboral deben estar dirigidas principalmente a la evitación de la discriminación interseccional, superando el análisis desde la discriminación por sexo más generalista". Blázquez Agudo, E.M. (Dirs.): "La interseccionalidad en las políticas de empleo. La discriminación por ser mujer agravada por la interacción de otra circunstancia personal", *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios De Género*, vol. 9, núm. 1, pp. 4-7, 2024.

[845] ONU, El futuro que queremos, ob., cit., p.71 y 72. Apartado 241; OIT: *Un paso decisivo hacia la igualdad de género: en pos de un mejor futuro del trabajo para todos*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019, p. 92.

[846] ONU, *El futuro que queremos*, ob., cit., p. 71. Apartado 239; OIT: *Un paso decisivo hacia la igualdad de género: en pos de un mejor futuro del trabajo para todos*, ob. cit., p. 92.

[847] OIT: *Garantizar un trabajo decente para el personal de enfermería y los trabajadores domésticos, actores claves en la economía del cuidado de personas*. Conferencia Internacional del Trabajo 110.ª reunión, 2022, p. 30.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

dentro del hogar en la formulación de políticas económicas y sociales, pese a que este aporta entre el 20 y el 60% del producto interno bruto (PIB) de los países[848]. Todo esto demuestra que aún no existe conciencia plena acerca de las brechas de género existentes, y que para cerrarlas solo tenemos que insistir en el cumplimiento de los ODS de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (aún tenemos tiempo, restan 5 años), en particular en el ODS 5 sobre el logro de la igualdad de género y del empoderamiento de todas las mujeres y niñas, y en el ODS 8 sobre la promoción del crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todas las personas[849]. Los avances por cerrar las brechas de género están estancadas, y al menos en el sector de los cuidados lo hemos podido comprobar cuando las mujeres quieren trabajar pero siguen sin conseguir empleos con condiciones de trabajo decentes, teniendo en cuenta que la calidad de sus empleos dejan mucho que desear, apostando muchas de ellas por el mercado informal. A lo que se suma el agravante, bastante visible en este sector, de la interacción del género con otras características, sea el origen étnico, la situación migratoria o la discapacidad, que se traduce en un aumento de las diferencias de género y de las desigualdades entre las mujeres[850]. Por otra parte, controlar la brecha en educación (incluida la tecnológica), a nuestro juicio es fundamental para lograr que un mayor número de mujeres trabajen en condiciones aceptables y mantengan el empleo, y aun así el control de esta brecha no es suficiente por sí sola, teniendo en cuenta el papel que han de desempeñar las estructuras económicas para contribuir a la promoción de un crecimiento económico inclusivo, como marca el ODS 8. Es evidente que los cuidados son indispensables para el bienestar humano y el desarrollo de las capacidades de las personas, pero, si quien los presta dedica a ellos la mayor parte del tiempo de que disponen, a estas personas se les impide acceder al empleo remunerado, permanecer en él y progresar profesionalmente, o se les reducen las probabilidades de que esto ocurra. Se estima que la brecha de género en términos del tiempo dedicado al trabajo de cuidados no remunerado no se cerrará hasta el año 2.228; en otras palabras, cerrar la brecha nos va a llevar todavía 203 años[851]. Lo hemos podido comprobar a lo largo de este estudio, pues parte de las trabajadoras del sector optan por la contratación a tiempo parcial para poder prestar cuidados familiares y atender a su propio hogar, por lo que la conciliación de la vida laboral y familiar, así como la falta de acceso a servicios e infraestructuras de cuidados, constituyen un importante desafío para el acceso al trabajo en condiciones de igualdad. Sin embargo, si bien las mujeres y los hombres ya reconocen estos retos, los sistemas de protección social en algunos países siguen apoyando la idea preconcebida de que son las mujeres quienes han de desempeñar este doble papel, lo que ocasiona la consecuente penalización en el empleo vinculada con la maternidad, proyectándose sobre sus salarios, sus condiciones de seguridad social y la falta de acceso a cargos directivos o de liderazgo. Por último, la brecha de género se expande de forma exponencial con la violencia, anulando por completo a la mujer, que, con independencia de donde ocurra, puede socavar la capacidad de la víctima de conseguir un trabajo, mantenerlo y atender a su buen desempeño. La igualdad de género nunca

[848] *Ibídem*, p. 31.

[849] ONU, *El futuro que queremos*, ob., cit., p. 71. Apartado 239; OIT: *Un paso decisivo hacia la igualdad de género: en pos de un mejor futuro del trabajo para todos*, ob. cit., p. 24.

[850] OIT: *Un paso decisivo hacia la igualdad de género: en pos de un mejor futuro del trabajo para todos*, ob. cit., p. 29.

[851] *Ibídem*, p. 37.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

podrá avanzar, y el trabajo decente tampoco podrá existir, en un clima de violencia y acoso[852].

También hemos podido comprobar que la voz y la representación de las mujeres de nuestro sector es débil, por lo que no es la primera vez que apelamos al papel prioritario que han de jugar los agentes sociales a través de la negociación colectiva y la adopción de convenios colectivos que avancen hacia el trabajo decente. Entre otras cuestiones, habría que negociar el fomento de las contrataciones, la captación y retención del talento femenino, así como el apoyo a los grupos infrarrepresentados de mujeres para el acceso a los puestos de dirección y liderazgo de los servicios sociosanitarios y asistenciales. Tales medidas pueden incluir especialmente la promoción de la conciliación de la vida laboral y familiar, la protección de la maternidad, así como la equidad salarial, medidas para el desarrollo profesional, mejoras en las condiciones laborales y de protección social, así como medidas antidiscriminatorias y contra la violencia, abordando la segregación ocupacional de género tanto vertical como horizontal[853]. Porque no somos conscientes, o parece que cuesta entenderlo, que la negociación colectiva puede llegar a ser una de las herramientas más eficaces para responder a estos desafíos, porque la igualdad de género en el lugar de trabajo beneficia, además de a las personas trabajadoras (las más interesadas en realizar desempeños de calidad y desarrollar sus vidas), a las personas empleadoras y a los representantes de los trabajadores. Las ventajas para las personas empleadoras serán, entre otras: la mejora de la productividad, la retención de talentos (mediante el establecimiento de licencias de maternidad, paternidad y parentales adecuadamente remuneradas), la disminución del absentismo[854] o de las bajas por enfermedades profesionales por las mejoras en las condiciones laborales. Entre las ventajas para los sindicatos podría citarse el logro de la igualdad entre géneros, la eliminación de la discriminación y una mayor justicia social, así como la respuesta a las demandas de las trabajadoras en cuanto al equilibro entre trabajo y conciliación familiar y vital, entre otras cuestiones[855].

Por tanto, implementando eficientemente estos mecanismos e imaginando un futuro donde ya se han alcanzado tales objetivos, la igualdad entre géneros, por un lado, y el trabajo "de cuidados" decente, por otro, podríamos pensar que se conseguiría hacer frente finalmente a la subvaloración del trabajo de cuidados, entre otras cuestiones por haber conseguido sensibilizar a la opinión pública sobre el valor social y económico de este tipo de trabajo, y a la desigual distribución del trabajo de cuidados remunerado y no remunerado, porque se distribuiría equitativamente entre ambos géneros y la sociedad; se habría alcanzado, así, la inclusión y la autonomía económica de las mujeres no solo en el ámbito laboral de los cuidados, sino también mediante la

[852] *Ibídem*, p. 40-47 y 52.

[853] OIT: *Garantizar un trabajo decente para el personal de enfermería y los trabajadores domésticos, actores claves en la economía del cuidado de personas*, ob. cit. p. 39;

[854] Blázquez Agudo, E. M.: *Cláusulas de igualdad de género en la negociación colectiva como instrumento de lucha contra el absentismo.* En Blázquez Agudo, E.M. (Coord.): *La negociación colectiva como vehículo para la implantación efectiva de medidas de igualdad*, Edición digital: Servicio de Biblioteca Universidad Carlos III, Madrid, 2017, p. 77.

[855] OIT: *Relaciones laborales y negociación colectiva*. *Negociando por la igualdad de género*. Nota de información núm. 4. Servicio de Mercados Laborales Inclusivos, Relaciones Laborales y Condiciones de Trabajo (INWORK), 2016, p. 1.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

transformación de las normas sociolaborales y los estereotipos de género relacionados con los roles del cuidado[856]. Sería sin duda, un nuevo y gran avance social.

Como conclusión, espero haber puesto de manifiesto con esta tesis la urgencia de convertir estas reflexiones teóricas en una necesidad práctica, teniendo en cuenta que los datos que se aportan no provienen de una mera especulación sino que han sido el resultado de un estudio preciso, riguroso y al que se le ha dedicado un gran esfuerzo. El objetivo no ha sido otro que dar sentido laboral a las singularidades acaecidas en el ejercicio de los cuidados, que parecen no tener cabida en el ámbito de la normativa laboral. Los defectos encontrados, además de entenderse como desafíos para un futuro, han de ser vistos ante todo como oportunidades de mejora para este colectivo profesional, cuyas condiciones de trabajo necesitan seguir avanzando hacia los postulados del trabajo decente. Esperamos cuando menos que esta tesis sea una herramienta para seguir avanzando y que, acaso más tarde, pueda llegar a cristalizar en otros proyectos afines. Sin duda, pienso que las limitaciones únicamente las ponen las personas y que, como dijo Hawking: "espero inspirar a la gente de todo el mundo a mirar hacia las estrellas y no hacia sus pies"[857], pues lo que deseo transmitir es que, los cuidados a personas dependientes, indistintamente de cómo puedan ser estudiados, siguen siendo todo un "universo" por descubrir.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.

1ª.- El trabajo doméstico y la atención asistencial fueron concebidos por las sociedades patriarcales como actividades marcadas por el género, caracterizadas tradicionalmente por su poco reconocimiento y su invisibilidad. A día de hoy, es la mujer quien sigue encargada de la mayor parte de las labores domésticas no remuneradas, así como de los cuidados a personas dependientes y otros grupos desfavorecidos. Actividades que todavía no se suelen medir en términos cuantitativos, ni se valoran en las cuentas nacionales, por lo que la contribución de la mujer al desarrollo económico se ve seriamente subestimada, y, por consiguiente, su reconocimiento social aún está muy limitado.

2ª.- El incremento constante de las necesidades de cuidados ante los cambios demográficos, sobre todo aquellos relacionados con el envejecimiento poblacional, y con los cambios en las estructuras familiares, han contribuido a la externalización de los cuidados mediante la oferta progresiva de servicios públicos y privados. Motivo principal por el que persiste la necesidad de seguir trabajando en la redistribución equitativa entre mujeres y hombres, además de entre familias y Estado, para de ese modo allanar el camino hacia la igualdad de género, que no solo concluiría por descargar de las tareas de cuidados a las familias y sobre todo a las mujeres, sino que además contribuiría a su accesibilidad universal.

3ª.- Es importante destacar el ámbito objetivo ilimitado de la asistencia social, dadas las funciones de complementariedad y suplementariedad que tienen asignadas sus

[856] OIT: *Resolución relativa al trabajo decente y la economía del cuidado*. 112.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, 2024. Apartado IV. Promoción del trabajo decente en la economía del cuidado, núm. 30, letras e) y f), p. 6.

[857] Hawking, S: Properties of expanding universes (doctoral thesis). *University of Cambridge*, 1966. https://doi.org/10.17863/CAM.11283

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

prestaciones. Gracias a ello, el nuevo Sistema Nacional de Atención a la Dependencia ha podido incorporar una serie de ayudas económicas y servicios sociales que ya empezaban a desbordar el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social, ofreciendo a la par otro tipo de prestaciones sociales de naturaleza netamente asistencial, con caracteres propios y definidos, y que operan como una técnica de protección externa a nuestro Sistema de la Seguridad Social.

4ª.- Lo significativo de la Ley de dependencia es que, aun no apareciendo mencionadas en el catálogo de prestaciones de la Seguridad Social establecido en el art. 42 de la LGSS, hace suyas las prestaciones y servicios asistenciales que la LGSS venía otorgando tradicionalmente a las personas dependientes, ya fuese por razón de edad o discapacidad, además de acuñar nuevas prestaciones sociales hasta entonces inexistentes que, con una financiación adecuada, han llegado a convertirse en un emergente factor de creación de empleo en el sector del trabajo de cuidados.

5ª.- Para superar el actual Sistema de autonomía y atención a la dependencia se debería observar con mayor interés algunos de sus servicios. Especialmente, debe tenerse en cuenta asuntos relacionados con el aumento del gasto público para poder ofrecer más servicios y más innovadores, como los nuevos modelos de atención residencial, la mejora de las prestaciones económicas de las personas cuidadores, la flexibilización de la atención, combinando servicios y prestaciones, la mejora de la equidad territorial y una modernización de la atención sociosanitaria apoyada en su digitalización. Asimismo debería haber una mayor preocupación por los sistemas de auditorías, de supervisión y control, en favor de la mejora de la calidad de los servicios, e incluso cabría plantearse la posibilidad de implantar nuevos sistemas de cobertura de la contingencia de la dependencia, ya sean públicos o privados, a través de cotizaciones o mediante el establecimiento del aseguramiento obligatorio de la contingencia de dependencia, posibilitando que, quienes tengan recursos suficientes, suscriban un seguro privado a tal fin, lo que podría ayudar a descongestionar las funestas listas de esperas, las cuales dejan a muchas personas dependientes sin atención, por desgracia, en el "limbo" de la dependencia.

6ª.- El Sistema de atención a personas dependientes está haciendo previsiones para hacer frente al crecimiento del envejecimiento y al futuro de la dependencia. En este caso se está impulsando un nuevo prototipo de servicios, a nivel global, que comparte nuevos elementos: la desinstitucionalización, que será sustituida por una mayor atención domiciliaria y por la creación de unidades de convivencia; la atención asistencial igualmente se ve reducida a favor de la atención centrada en la persona, la autonomía personal y la vida integrada en la comunidad; compaginado todo ello, ciertamente con una presencia creciente en el sector de la tecnología digital (teleasistencia avanzada, telemedicina, sensores, IoT, IA, domótica, robótica). Es en este contexto donde se está empezando a desarrollar la atención y cuidados de personas dependientes, escenario al cual debe estar muy atento el/la profesional del cuidado.

7ª.- La formación es uno de los elementos clave para mejorar las condiciones laborales y el prestigio social del sector. Cada vez más, como en el resto de los sectores profesionales, se necesita mayor especialización tanto de las personas acreditadas para realizar tareas de cuidados, como para los que no tienen certificaciones profesionales y están ocultos; en el caso de estas últimas, la formación contribuiría a su regulación laboral, a la transparencia y a la mejora de la atención a las personas dependientes.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

8ª.- La especialización profesional aludida demanda una incorporación completa, en igualdad de condiciones que otros tipos de estudios, en los Sistemas de formación reglada. Urge particularmente en los niveles superiores de cualificación. Por lo que se requieren acciones formativas actualizadas a los nuevos cambios sociales, en temas asociados a la atención a la dependencia en instituciones de nivel superior, en clave de estudios de postgrado. Sin lugar a dudas, habría que oficializar y regular la formación requerida a las nuevas claves europeas de grados y postgrados.

9ª.- Un módulo formativo específico laboral es imprescindible en todos los Certificados Profesionales del sector. Estas competencias laborales ayudan a empoderar al colectivo y aportan confianza a los/as futuros/as profesionales. Principalmente requieren en todas las áreas de intervención sociosanitarias (profesional o no) más formación en: prevención de riesgos laborales y salud laboral de las personas cuidadoras; medidas establecidas por la legislación vigente para la conciliación de la vida laboral y familiar; el manejo de contratos laborales; conocimiento de los convenios colectivos aplicables al sector profesional; medidas de conflicto colectivo y los procedimientos de solución de conflictos; entornos de organización del trabajo; sostenibilidad medioambiental aplicada al sistema productivo; o conocimiento sobre el papel de la Seguridad Social como sistema de protección y sus regímenes, así como hacer hincapié en la confidencialidad, la ética o la deontología profesional.

10ª.- Aparecen nuevos roles competenciales profesionales de referencia que el sector profesional debe atender (gestores de casos, conectores comunitarios o asistentes personales); de tal modo que el perfil del profesional en atención sociosanitaria a personas dependientes y no dependientes, pero con necesidad de atención, viene acompañado de las siguientes competencias generales y transversales necesarias para las diferentes áreas de intervención en: a) derechos humanos y sociales; b) atención sociosanitaria centrada en la persona; c) gerontología y atención a la discapacidad; d) coordinación y recursos sociosanitarios; e) trabajo multidisciplinar y en equipo; f) *soft skills*: gestión de conflictos, mediación, empatía, liderazgo, inteligencia emocional; g) competencias sociolaborales y ética profesional; h) manejo de tecnologías: IA, ciberseguridad, domótica, robótica; i) género e igualdad; j) transición ecológica y justa.

11ª.- La situación actual del sector profesional es la siguiente: tendencia constante hacia el aumento prospectivo del empleo en el ámbito de los cuidados, aunque sus condiciones laborales no lo respalden. Entre los motivos, hemos podido comprobar cómo existe una elevada proporción de mujeres y personas extranjeras con una edad promedio superior a la del total del mercado laboral, por lo que se siguen reforzando los roles de género asignados en el sistema patriarcal. Sigue en alza la demanda de servicios del sector, pero aún hay muchas cuidadoras no profesionales y empleadas domésticas que realizan tareas de cuidados de manera informal. Asimismo, nos hemos encontrado con la dificultad añadida de la falta de relevo generacional en el sector, lo que imposibilita cubrir los cada vez más necesarios puestos vacantes. La precariedad en el empleo es el principal motivo, salarios bajos, penosas condiciones de empleo, déficits en el sistema prestacional, falta de valoración social, estigmatización laboral, entre otros motivos. Podríamos encuadrar, claramente, a este perfil laboral sociosanitario dentro de la descripción de trabajadores atípicos que especifica la OIT. Habría que aumentar, de forma conjunta, los esfuerzos para lograr la retención de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

talento, principalmente mejorando las condiciones laborales de estos/as profesionales bajo los cánones del trabajo decente.

12ª.- Destacar la importancia que para este colectivo tienen la libertad sindical, la negociación colectiva y el diálogo social en favor de la protección efectiva de los derechos laborales de todas las personas trabajadoras de la economía del cuidado. Por lo que no solo es importante eliminar los obstáculos legislativos y prácticos que impidan a los trabajadores del cuidado y a sus empleadores ejercer su derecho a constituir organizaciones y a afiliarse a ellas, sino que igualmente se tendrían que adoptar otras medidas activas que fomenten y apoyen la creación de organizaciones, asociaciones y colegios profesionales de trabajadores del cuidado y domésticos, así como de empleadores en el multisector de los cuidados, sean directos o indirectos.

13ª.- Para mejorar el sector sociosanitario, lo importante es "comprenderlo", por lo que es esencial analizar no solo las funciones y tareas del personal, sino también otros aspectos como la estructura organizativa y de poder dentro de las instituciones y en los demás servicios, subrayando la importancia de examinar quién ocupa los puestos de liderazgo y la toma decisiones sobre la distribución del trabajo, así como la composición de género en los roles directivos; es necesario, sin duda, superar la visión simplista "emocional" del cuidado arraigado al género femenino, para dar paso a un nuevo enfoque que permita una comprensión más amplia y matizada de lo que implica cuidar, destacando tanto las competencias emocionales como las físicas y técnicas involucradas.

14ª.- Es crucial visibilizar el "trabajo sucio de los cuidados", un término que se refiere a las tareas físicas y, en ocasiones, desagradables que conllevan estos trabajos, pero que a menudo son invisibilizadas o desvalorizadas en el discurso público. Este enfoque integral, que incluye tanto la dimensión emocional como la física y técnica del trabajo de cuidados, es clave para avanzar hacia una revalorización justa y equitativa de esta labor. Solo reconociendo su complejidad y evitando enfoques y estereotipos simplistas de género se podrá dignificar este trabajo, promoviendo su profesionalización y asegurando que se le otorgue el valor social y económico que merece.

15ª.- Mientras sigamos desatendiendo los problemas estructurales y organizativos, además de otros factores a tener en cuenta a la hora de regular, seguiremos contribuyendo a crear desigualdad y precariedad en las condiciones de trabajo de este sector. La legislación actual aún no aborda de manera efectiva la precariedad laboral existente: los contratos temporales, parciales, y la subcontratación de servicios han generado situaciones laborales al límite de la legalidad, ha intensificado la discriminación de género, alejándose de los estándares del trabajo decente y aumentando, por desgracia, el riesgo de violencia en el ámbito laboral.

16ª.- Para proteger eficazmente los derechos y el bienestar de las trabajadoras del cuidado, es crucial además abordar las desigualdades interseccionales y acumulativas que puedan afectar a las mujeres en el trabajo (no sólo discriminación en base al género, sino también aquellos rechazos que puedan afectar a las mujeres por su clase social, la raza, la orientación sexual o la discapacidad), que influyen, sin ningún género de duda, en las condiciones laborales y la igualdad en el lugar de trabajo; será necesario asimismo entender la interconexión entre el bienestar de las personas trabajadoras y el

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de las beneficiarias de los servicios de atención a la dependencia, para atender al reparto y al ejercicio exitoso del conjunto de tareas.

17ª.- Aun así restaría desarrollar políticas y prácticas que verdaderamente mejoren tanto las condiciones laborales de los cuidados como la calidad de la atención sociosanitaria. Llegar a consolidar el cuidado como un Derecho universal, revalorizarlo y enfocarlo de una forma corresponsable, sería todo un éxito. Por ello, *de lege ferenda*, el marco jurídico de atención a la dependencia necesita marcar unas normas claras sobre todas estas cuestiones, redefiniendo los tipos de cuidadores/as, así como sus funciones, y mejorando sustancialmente sus condiciones laborales, formativas y de protección social desde la perspectiva del trabajo decente.

18ª.- Por tanto, implementando eficientemente estos mecanismos e imaginando un futuro donde ya se han alcanzado los objetivos de la igualdad entre géneros, por un lado, y el trabajo "de cuidados" decente, por otro, podemos pensar que se conseguirá hacer frente finalmente a la subvaloración del trabajo de cuidados, entre otras cuestiones por haber conseguido sensibilizar a la opinión pública sobre el valor social y económico de este tipo de trabajo, y a la desigual distribución del trabajo de cuidados remunerado y no remunerado, porque se distribuiría equitativamente entre ambos géneros y la sociedad. Se habría alcanzado, así, la inclusión y la autonomía económica de las mujeres no solo en el ámbito laboral de los cuidados, sino también mediante la transformación de las normas sociolaborales y los estereotipos de género relacionados con los roles del cuidado.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

BIBLIOGRAFÍA

- AA. VV.: *Comentario sistemático a la Ley de Dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y Normas Autonómicas*, Aranzadi, Navarra, 2008.

- AA.VV.: "Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores", *NLM or the National Institutes of Health,* Congreso "Internacional Conference, Transforming health systems for Chronic Patients, The challenge of implementation", Bilbao, 2010.

- AA. VV.: *La economía de la Seguridad Social. Sostenibilidad y viabilidad del sistema*, Laborum, Murcia, 2006.

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos): *Los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos*. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Ginebra, 2012.

- Aguado Díaz, A.L.: *Historia de las deficiencias*, Escuela Libre Editorial Fundación ONCE, Madrid, 1995.

- Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A.: "La escala de valoración de términos asociados con discapacidad en una muestra de EGB", *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 25, núm. 103, 1999.

- Alonso, J.M. y Alemán, C.: "Las prestaciones de atención a la dependencia y su consideración como derechos sociales", *Revista de Derecho Político*, núm. 100, 2017.

- Alonso Seco, J.M. y Gonzalo González, B.: *La asistencia social y los servicios sociales en España*, Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2000.

- Álvarez Cortés, J.C. y García de la Vega, M.: "Sobre el período de carencia para obtener una pensión del extinto Seguro de Vejez e Invalidez. Sentencia 557/2005, de 23 de diciembre, Juzgado de lo Social núm. 5 de Málaga", *Temas Laborales*, núm. 86, 2006.

- Amigos de los Mayores: "Plan contra la soledad de personas mayores", *Fundació Privada Amics de la Gent Gran*, 2019.

- Anguita Osuna, J.E.: "Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la "Ley de Beneficencia de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852", *Aportes*, núm. 99, 2019.

- Arenal de García Carrasco, C.: *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Imprenta del Colegio de Sordomudos y de Ciegos, Madrid, 1860.

- Arnau Ripollés, S.; Rodríguez-Picavea Mantilla, A. y Romañach Cabrero, J.: "Asistencia personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad) en España", *Foro de Vida*

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Independiente UNED, 2007, accesible en https://uplalaunion.org/wp-content/uploads/2020/04/Asistente_personal.pdf

- Arroyo Méndez, J. y Cruz González, E.: "Bloque I. La asistencia personal", en AA.VV.: *Situación de la asistencia personal en España*, Predif, Madrid, 2015.

- Asociación de Directoras Y Gerentes de Servicios Sociales: *Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia*, ADGSS, Madrid, 2021.

- Barnosell, G.: "L'associació de teixidors de Vic, 1840-43", *Ausa*, núm. 138, 1997.

- Barrios Baudor, G.L.: "La valoración de la dependencia", *Documentación Laboral*, núm. 102, vol. III, 2014.

- Beltrán Aguirre, J.L.: *El régimen jurídico de la acción social pública*, Instituto Vasco de Administración Pública, Bilbao, 1992.

- Berghman J.: "Los nuevos riesgos sociales", *Foro de Seguridad Social*. Asociación Profesional del Cuerpo Superior de Técnicos de la Administración de la Seguridad Social (TASS), núm. 1, 2000.

- Bermejo García, L.: "La situación de los sistemas de formación y de cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes. Propuestas de avance en la elaboración de perfiles ocupacionales y en la formación por competencias", Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, núm. 50, 2006.

- Beveridge Beveridge, W.H: *El seguro social y sus servicios conexos*, Editorial Jus, México, 1946.

- Blázquez Agudo, E. M. (Coord.): *Economía de la inclusión. El reto de la desigualdad y la vulnerabilidad social*. Fundación Mutualidad Abogacía, Madrid, 2023.

- Blázquez Agudo, E.M. (Dirs.): "La interseccionalidad en las políticas de empleo. La discriminación por ser mujer agravada por la interacción de otra circunstancia personal", *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios De Género*, vol. 9, núm. 1, 2024.

- Blázquez Agudo, E.M. (Coord.): *La negociación colectiva como vehículo para la implantación efectiva de medidas de igualdad*, Edición digital: Servicio de Biblioteca Universidad Carlos III, Madrid, 2017.

- Blázquez Agudo, E.M. y Sierra Hernaiz, E. (Dirs.): *Transición justa desde la perspectiva de género*, Aranzadi S.A.U., Pamplona, 2022.

- Bravo, G. y González, R. (Eds.): *Formas de morir y formas de matar en la Antigüedad romana*, Madrid-Salamanca: Signifer, 2014.

- Cachón Rodríguez, L.: "La formación y los nuevos yacimientos de empleo en España", *Reis*, núm. 77-78, 1997.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Callau Dalmau, P.: "Referentes supranacionales de los principios de igualdad y no discriminación en materia laboral y su adopción en el trabajo a tiempo parcial", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. II, núm. 2, 2017.

- Camps Cervera, V.: "Los derechos y deberes de los cuidadores". Encuentro celebrado por Jubilare, la comisión del Colegio de Registradores de España, dedicada a combatir el edadismo desde la crítica constructiva, Madrid, 2024.

- Cavalcante, M.T., Aceros J.C, y Domènech M: "Teleasistencia publica en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios", *Educación Social*, núm. 5, 2012.

- Cantó Blasco, F.: *Asistencia domiciliaria*. El Genio Médico-Quirúrgico, Madrid, 1873.

- Carrasco Bengoa, C.: "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, núm. 1, 2013.

- Carrillo Prieto, I.: "Varia (derecho e ideología)", *Instituto de Investigaciones jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México*, 1989. [en línea]. Disponible en: https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/727-varia-derecho-e-ideologia

- Casado D, Estivill J. y Font M.: *Del socorro de los pobres*, hacer Editorial, Madrid, 1991.

- Castro Alfín, D.: *Las necesidades sociales y su cobertura: 1800-1868, en Historia de la Acción Social Pública en España, Beneficencia y Previsión*, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990.

- Castro, C.: *La revolución liberal y los municipios españoles*, Alianza, Madrid, 1985.

- Cervilla Garzón, M.J.: "La necesaria dignificación del trabajo de los cuidadores no profesionales de personas dependientes, que no desarrollan otra actividad profesional, en el contexto del Pilar Europeo de Derechos Sociales", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, núm. 2, 2021.

- CES: *Informe 03/2020 sobre el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, CES, Madrid, 2020.

- CES: *Dictamen 3/2006 sobre el anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, CES, Madrid, 2006.

- CESCR (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Naciones Unidas): *Observación General No. 19: El derecho a la seguridad social (art. 9)*. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2008, E/C.12/GC/19.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Comas-d'Argemir, D.: "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados", *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 49, 2019.

- Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE): *La "Asistencia Personal": Fundamentos, justificación y derechos*. Suárez Llanos, L.: PARTE I La institución jurídica de la "asistencia personal": justificación y desarrollo crítico, Asturias, 2021.

- Confederación sindical de CCOO: *El empleo en la atención a la dependencia. Hacia un sector productivo de calidad. El acuerdo de Acreditación de centros y servicios del SAAD y su impacto sobre la mejora de la calidad del empleo. Un análisis del sector y sus características actuales desde la negociación colectiva*, Cuaderno Sindical Confederación sindical de CCOO, Madrid, 2008.

- Confederación Sindical de CCOO: *Propuesta de CCOO por un Pacto Integral y Estatal de Cuidados*, Grupo de Trabajo confederal Secretaría de Mujeres, Igualdad y Condiciones de Trabajo, Madrid, 2023.

- Contreras Hernández, O.: "La inclusión de los riesgos psicosociales en el cuadro de enfermedades profesionales: evidencias y propuestas para una revisión legal", IV Congreso Internacional y XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social, 2021.

- Cristóbal Roncero, M.R.: "El permiso de formación para el empleo (análisis del artículo 23 del estatuto de los trabajadores)", *23 Colección de Derecho del Trabajo y Seguridad Social*, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, Madrid, 2024.

- Cruz Villalón, J.: "Balance y perspectivas de desarrollo del Pilar Europeo de Derechos Sociales", *Temas Laborales*, núm.168, 2023.

- Cruz Villalón, J.: "La protección social de la dependencia", *Temas laborales*, núm. 89, 2007.

- Cruz Villalón, J.: "Técnicas jurídicas en la regulación de las medidas laborales y de Seguridad Social ante la crisis sanitaria por el coronavirus", *Revista de Estudios Jurídicos y Criminológicos*, núm. 1, Universidad de Cádiz, 2020.

- CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas): Un perfil de las personas mayores en España 2023. Indicadores estadísticos básicos. Informes, núm. 30, 2023.

- Dema Moreno, S. y Estébanez González, M.: *Informe. Las condiciones laborales del personal auxiliar del servicio de ayuda a domicilio*, Producción Bibliográfica de UniOvi: Recopila, 2022.

- Demetrio Castro, A.: "Las necesidades sociales y su cobertura: 1800-1868. Historia de la Acción Social Pública en España. Beneficencia y Previsión", *Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, 1990.

- Demetrio C. y Guillen E.: *Introducción a los Servicios Sociales*, Acebo 2º Edición, San Diego (California), 1988.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Donabedian, A.: *La evaluación de la necesidad. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, Biblioteca de la Salud, Avedis. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

- Durán Bernardino, M.: "La distribución constitucional y legal de competencias en el modelo de protección social a la dependencia", *Aranzadi Social*, núm. 8, 2013.

- Durán Bernardino, M.: *Protección jurídico-social de los extranjeros dependientes*, en García Castaño F. J. y Kressova, N. (Coords.), Instituto de Migraciones, Granada, 2011.

- Elorza Guerrero, F.: "Aspectos jurídico-laborales de la atención gerontológica en España", *Derecho global. Estudios sobre derecho justicia, SciELO Analytics*, vol. 8, núm. 24, Guadalajara, 2023.

- Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO: *Personal gerocultor en residencias. El día a día y las condiciones de trabajo*, ISTAS-CCOO, Madrid, 2018.

- Fernández-Cano M.I., Navarro A., Feijoo-Cid M., Salas-Nicás S.: *Estudio CuidémoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud*. Barcelona: Powah, Gremsas, UAB, 2023.

- Fernández Collados, M. B.: "Los cuidados en el entorno familiar más de una década después: los vaivenes en su regulación, su aplicación por la doctrina judicial y sus efectos en materia de igualdad, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 210, 2018.

- Ferrando García, M.F.: "La circunstancia de parentesco en la tutela antidiscriminatoria laboral", *Labos*, vol. 1, núm. 2, 2020.

- Fiorella Benedetti, F., Acuña J. y Fabiani, B.: *Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), División de Protección Social y Salud, nota técnica núm. IDB-TN-2475, 2022.

- Foro Andaluz de Dependencia (FADE): "Convenio Colectivo Dependencia 2023", disponible en: https://forodependencia.es/publicado-en-el-boe-el-viii-convenio-estatal-de-la-dependencia/

- Franco Rebollar, P., Ruiz, B., y Martinez Ten, L. (Coord.): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, Sª del Sector de Salud, Sociosanitario y Dependencia FeSP UGT, 2018.

- Frey, C. B. y Osborne, M. A.: "The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation?", *Technological Forecasting and Social Change*, vol. 114, 2017.

- Frías, M.: *La interseccionalidad de la discriminación por razones de raza, etnia y género*. Proyecto "Convivir sin discriminación: un enfoque basado en los derechos humanos y la perspectiva de género", Madrid, 2022.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Fundación HelpAge International España: "El derecho a los cuidados de las personas mayores", *Colección Los derechos humanos de las personas mayores en España*: *La igualdad de trato y la no discriminación por razón de edad*, 2021.

- Fustel de Coulanges, N.D.: "La ciudad antigua", *Colección Obras Maestras* Barcelona, 1971.

- García Alonso, J.V. (Coord): *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales*. Fundación Luis Vives, Madrid, 2003.

- García González, G.: "Los inicios de la previsión social en España: responsabilidad patronal y seguro de accidentes en la ley de accidentes del trabajo de 1900", *Lex Social*, vol. 5, núm. 2, 2015.

- Garland, R.: *The eye of the beholder*. *Deformity & Disability in the Graeco—Roman world*, Duckworth, London, 1995.

- Gonzalo González, B.: "Reparto Competencial y Complementariedad de las Prestaciones Sociales Básicas", *FSS*, núm. 1, 2000.

- González Moreno, J. M.: "El derecho a la vida privada en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos: ¿un "caballo de Troya" para legitimar/legalizar la eutanasia?", *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 55, 2021.

- González Ortega, S.: "El cuidador no profesional de las personas en situación de dependencia en la Ley 39/2006", *Temas Laborales*, núm. 89, 2007.

- González Ortega, S. y Quintero Lima, M.G., (Coord.): *Protección social de las personas dependientes*, La Ley, Madrid, 2004.

- González de Patto, R. M.: "La reforma de la protección social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia. Retrocesos e incertidumbres", *Aranzadi Social*, núm.11, BIB, 2014.

- Gracia Ibáñez, J.: "Vulnerabilidad y cuidado. Una aproximación desde los derechos humanos", *Oñati socio-legal series*, vol. 12, Issue 1, 2022.

- Grau Pineda, C.: "La formación profesional en el empleo doméstico: análisis del estado de la cuestión", *Lan Harremanak*, núm. 44, 2020.

- Hawking, S: Properties of expanding universes (doctoral thesis). *University of Cambridge*, 1966. https://doi.org/10.17863/CAM.11283

- Hernández Gómez, R.: "Introducción a la medicina ortopédica", *Boletín de Estudios y Documentación del SEREM*, núm. 7, 1977.

- Heras Hernández, M. M.: "Claves de la protección social de la dependencia en Italia: discapacidad y edad avanzada de la persona no autosuficiente", *Revista Derecho Social y Empresa*, núm. 8, 2017.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

-Imprenta Real de Cádiz: MDCCCXII. [en línea]. Disponible en: https://www.congreso.es/cem/const1812

- Imprenta Nacional de Madrid: *Colección de Leyes y Decretos de las Cortes*, Tomo XX.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): *Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del Sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*, Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia, 2017.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): Censo de residencias. Nota de prensa (a fecha de 27 de abril de 2024), de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2024/04/NOTA-PRENSA-Censo-de-Residencias-1.pdf

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P: *Evaluación y gestión de riesgos psicosociales en la actividad de cuidado de personas mayores. Método para la evaluación y gestión de factores psicosociales en pequeñas empresas.* Edita (INSST), O.A., M.P., Madrid, 2024.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.: *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo*, 2023-2027, edita (INSST), O.A., M.P., 2023.

- Izard, M.: *Industrialización y obrerismo: las Tres Clases de Vapor 1869-1913*, Ariel, Barcelona, 1973.

- Jiménez-martín, S. y Andrea Viola, A.: *Estudios sobre la Economía Española*, Observatorio de la dependencia FEDEA, Quinto informe, Madrid, 2024.

- Kahale Carrillo, D.T.: "El encaje competencial de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia", *Revista Ceflegal CEF*, núm. 101, 2009.

- Laín Entralgo, P.: *Historia de la medicina* (8ª reimpresión de la 1ª edición de 1978), Barcelona: Salvat, 1988.

- Lantarón Barquín, D.: "Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: conclusiones de su lectura", *Información Laboral*, núm. 1, 2006.

- Ledesma Heras, J.A.: *La imagen social de las personas con discapacidad*, Cinca, España, 2008.

- Leyes de Manú: *Instituciones religiosas y civiles de la India*, Casa editorial Garnier Hermanos, París, 1924.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Loiseleur-Deslongchamps, A.: *Lois de Manou, comprenant les institutions religieuses et civiles des indiens, suivies d'une notice sur Les Védas, Trd. y notas, Garnier Frères*, París, 1909.

- López Fernández, Candela Soto P., y Sánchez Pérez, M.C.: Cuidados "en cadena" cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores, *Sociología del Trabajo*, núm. 101, 2024.

- López Gandía, J. y Agudo Díaz, J.: *Nueva regulación de las enfermedades profesionales*, Albacete, Bomarzo, 2007.

- López-Pulido, A.: "Kairotanasia y ancianidad en la antigüedad clásica", *Revista Humanidades*, vol. 7, núm. 1, 2017.

- López Segura, N.: "La protección social de las personas dependientes", *Revista de trabajo y seguridad social*, CEF, núm. 25, 2008.

- Lorenzana, F. A.: *Venerables Párrocos*, Mercurio Histórico y Político, 1778.

- Lozano Lares, F.: *El mutualismo patronal en la encrucijada. De la doctrina del riesgo profesional a la debida prevención de riesgos laborales*. Mergablum Ediciones, Sevilla, 2002.

- Lozano Lares, F.: "La Eficacia Jurídica del concepto de Trabajo Decente", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 4, núm. 4, 2016.

- Lozano Lares, F.: "La nueva estrategia de la OIT sobre pisos de protección social", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 9, número especial sobre Nuevas formas de protección social, 2021.

- Lozano Lares, F.: *La protección social de las personas migrantes*, Bomarzo, Albacete, 2017.

- Lozano Lares, F.: "Los déficits de protección social del trabajo femenino", *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, núm. 58, 2021.

- Lozano Lares, F.: "Los efectos sinérgicos de la prestación de servicios en plataformas on line, el trabajo de cuidados y el trabajo no declarado como retos de trabajo decente en la nueva sociedad digital", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. 6, núm. 2, 2021.

- Lozano Lares, F.: *Manual de Seguridad Social*. Ediciones Laborum, Murcia, 2023.

- Lundgren, A. et altri. "Digital Health Care and Social Care, Regional development impact in the Nordic countries". *Nordregio Report* 2020.

- Maldonado Molina, J. A.: "Bloque V. Normativa", en AA.VV.: "Situación de la asistencia personal en España", *Predif*, Madrid, 2015.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Maldonado Molina, J.A.: *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro,* Tirant lo blanch, Valencia, 2003.

- Maldonado Molina, J.A.: "La protección de los migrante-dependientes", *Documentación Administrativa,* núm. 276-277, 2007.

- Maneiro Vázquez, Y.: "Discrimination by association from the doctrine of the European Court of Justice to national courts. New challenges of the ¿new? forms of discrimination", *Revista de Trabajo y Seguridad Social*. CEF, núm. 463, 2021.

- Maraña, J.J, Llorens, I., y Villatoro, K.: *Precisiones sobre la asistencia personal bajo el modelo de vida independiente*. Foro de Vida Independiente y Divertad, Federación Vida Independiente, 2017.

- Marbán Gallego, V.: "El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas", *VIII Informe FOESSA,* Documento de trabajo 4.9, 2019.

- Marín, G.: "Los márgenes de la solidaridad. Sociedades de socorros mutuos y mutualismo en España", *Intus-Legere Historia*, vol. 9, núm. 2, 2015.

- Mark, Joshua J.: *La vida cotidiana en el antiguo Egipto*, World History Encyclopedia, 2016.

- Mark, Joshua J.: *Los regalos de Isis: la posición de la mujer en el antiguo Egipto*, World History Encyclopedia, 2012.

- Martín Carmona, J.M., y Valdivieso Sánchez, C.: *Servicio de Ayuda a Domicilio. Manual de planificación y formación*, 3ª Edición, Editorial Médica Panamericana, S.A., Madrid, 2012.

- Martin, P. y Molero Marañón, M.L.: "El sistema de protección social de las personas dependientes en Francia", *Revista Derecho Social y Empresa*, núm. 8, 2017.

- Martín Quetglas, G.: "¿Qué es la digitalización?", *Análisis del Real Instituto Elcano*, núm. 64, 2019.

- Martín Sánchez, I.: *Los cuidados paliativos: un estudio jurídico*. Dykinson, Madrid, 2020.

- Martínez Barroso, M.R.: "Sobre las enfermedades profesionales no listadas. A propósito de un supuesto de síndrome de desgaste profesional o de burn-out", *Revista de Derecho Social*, núm. 10, 2000.

- Martínez Moreno, C., Álvarez Cuesta H., Grau Pineda, C. y Castro Franco, A.: *Revisión jurisprudencial de las dolencias y patologías que sufren las camareras de piso. Propuestas para su reconocimiento como enfermedad profesional,* Instituto de las Mujeres, Madrid, 2023.

- Martínez Otero, J.M.: "Vulneración del honor y la propia imagen de una persona con discapacidad, por nulidad del consentimiento otorgado para aparecer en un programa

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

televisivo de carácter humorístico. Comentario a la STC 208/2013, de 16 de diciembre (RTC 2013, 208)", *Revista Boliviana de derecho*, núm. 18, 2014.

-Martínez Qués, A.A.: "La Dependencia, los Cuidadores y la Necesidad de Formación", *Artículo Editorial enfermería Docente*, núm. 87, 2007.

- Maslow, A.H.: "A Theory of Human Motivation", *Psychological Review*, vol. 50, 1943.

- Mercader Uguina, J. R.: "El fin de la prevalencia del convenio de empresa en materia salarial: ¿punto de llegada o de partida?", *Labos: Revista de Derecho del Trabajo y Protección Social*, vol. 3, núm. extra, 2022 (ejemplar dedicado a la reforma laboral de 2021).

- Mercader Uguina, J. R.: "Titularidad, valoración y reconocimiento de las situaciones de dependencia", *Temas Laborales*, núm. 89, 2007.

- Mercader Uguina, J. y Muñoz Ruiz, A.B.: *La protección social de la dependencia. Comentario sistemático a la legislación reguladora de las pensiones*, Comares, Granada, 2004.

- Ministerio de Asuntos Sociales (Instituto Nacional de Servicios Sociales): *Plan Gerontológico*, Madrid, 1992.

- Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030: *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (SAAD)*, 2022.

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social: *El futuro del trabajo que queremos. Conferencia Nacional Tripartita. Iniciativa del Centenario de la OIT (1919-2019)*, Madrid, 2017.

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: Documento elaborado por el Grupo de trabajo sobre TME de la CNSST. Normas técnicas y métodos de evaluación.

- Ministerio de Igualdad: *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: Valoración económica*, Instituto de la Mujer, Madrid, 2008.

- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Secretaria de Estado de la Seguridad Social y Pensiones, Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. *Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). Informe anual (2023)*, Madrid, 2024.

- Ministerio de Sanidad: Clasificación internacional de enfermedades 10.ª revisión. Modificación clínica. Edición española. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos. https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/browser/diagnosticos

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid, 2005.

- Ministerio de Trabajo y Economía Social: *El empleo en España en el sector de los Cuidados de Larga Duración* (y su estudio prospectivo), Observatorio de las Ocupaciones del SEPE, Madrid, 2024.

- Ministerio de Trabajo y Economía Social: *Informe del Mercado de Trabajo Estatal 2024* (Datos 2023), Observatorio de la ocupaciones del SEPE, Madrid, 2024.

- Ministerio de Trabajo y Economía Social: *Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres Estatal 2024* (Datos 2023), Observatorio de la ocupaciones del SEPE, Madrid, 2024.

- Ministerio de Trabajo e Inmigración: "Informe sobre el desarrollo del Pacto de Toledo", *Publicaciones Secretaría de Estado de Seguridad Social*, vol. 1, 2008.

- Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social: *Atención domiciliaria. Mi lugar de trabajo. La organización del trabajo y las altas exigencias físicas y posturales*. ISTAS-CCOO, 2018.

-Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social: *Estudio sobre las condiciones laborales de las trabajadoras de asistencia a domicilio*, Madrid, 2017.

- Molero Marañón, M.L.: (Dir.): *Dependencia (long term care) y empleo en el Estado de Bienestar*, Aranzadi, Pamplona, 2017.

- Molero Marañón, M.L.: "Las trabajadoras del cuidado. Por un futuro de trabajo decente", *Revista de Derecho Social*, núm. 89, 2019.

- Molero Soto, L y Reina Aguilar, P.: *Emisión y gestión de llamadas salientes en un servicio de teleasistencia*, MAD S.L., Sevilla, 2012.

- Molina-Martínez, A.: *Historia de un suicidio: Marcus Salvius Otho*, 2013.

- Molina Navarrete, C.: "Las relaciones entre el "SAAD" y el Sistema de Seguridad Social: entre concurrencia y complementariedad", *Documentación Administrativa*, núm. 276-277, 2007.

- Mondragón Lasagabaster, J. y Trigueros Guardiola I.: *Manual de ayuda a domicilio. Formación teórico-práctica*. Siglo Veintiuno de España Editores S.A., 2002.

- Monereo Pérez, J.L.: "El Modelo de protección de la dependencia: el derecho subjetivo de ciudadanía social", *Documentación Administrativa*, núm. 276-277, 2007.

- Monereo Pérez, J.L. y Fernández Bernat, J. A.: "El Convenio OIT n. 102 de 1952 sobre norma mínima de Seguridad Social como delimitador del estándar mundial y sus límites actuales", *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 7, número especial de Conmemoración del Centenario de la OIT, 2019.

- Monereo Pérez, J.L y Moreno Vida, M.N.: "Las políticas de formación profesional: su centralidad para el derecho al trabajo decente y la inclusión social", *Temas Laborales*, núm.160, 2021.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Montaigne, A.: *Humanisme Intégral*, París, 1936.

- Moreno Cámara, S., Palomino Moral, P.A., Frías Osuna, A. y Del Pino Casado. R.: "En torno al concepto de necesidad". Artículos especiales teorizaciones. *Índex de Enfermería*, vol. 24 núm.4, 2015.

- Moreno Seco, M. (coord.), Fernández Sirvent, R. y Gutiérrez Lloret, R.A. (eds.): Del siglo XIX al XXI. *Tendencias y debates: XIV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea*, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Alicante 2019.

- Muñoz González, Ó., y Pitxer, J. V.: "Condiciones laborales de las cuidadoras remuneradas en el ámbito doméstico. Estudio cualitativo en el área metropolitana de València tras la Gran Recesión". *Sociología del Trabajo*, núm.101, 2022.

- Muñoz González, Ó. y Pitxer, J.V.: "El servicio de ayuda a domicilio en el área metropolitana de Valencia", *Zerbitzuan*, núm. 66, 2018.

- Muñoz González, Ó. y Pitxer, J.V. (dir.): *Los cuidados de larga duración a personas mayores y/o en situación de dependencia en la esfera del hogar en un contexto de crisis económica. Estudio cualitativo para el Área Metropolitana de València*, Universitat de València, València, 2021.

- Novísima Recopilación de las Leyes de España. Libros VI y VII. Tomo Tercero. Leyes proclamadas entre los S.XVI hasta el S.XVIII [en línea]. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/publicacion.php?id=PUB-LH-1993-63

- Nugent, R.: *La seguridad social: su historia y sus fuentes*, cap. 33, p. 606. [en línea]. Disponible en: https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv

- Nussbaum, M.C.: *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, MA: Harvard University Press, Cambridge, 2007.

- OIT: *Conferencia Internacional del Trabajo 87.ª reunión, Trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1999.

- OIT: *Conferencia Internacional del Trabajo 108.ª reunión, Construir un futuro con trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019.

- OIT: *El empleo atípico en el mundo: Retos y perspectivas*. *Presentación resumida del informe*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2016.

- OIT: *El futuro del trabajo que queremos. Conferencia Nacional Tripartita. Iniciativa del Centenario de la OIT (1919-2019)*, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Madrid, 2017.

- OIT: *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019.

- OIT: *Estadísticas sobre trabajo, empleo y subutilización de la fuerza de trabajo*. 19ª Conferencia Internacional de Es-tadísticos del Trabajo. Resolución I. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2013.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- OIT: *Garantizar un trabajo decente para el personal de enfermería y los trabajadores domésticos, actores claves en la economía del cuidado de personas*. Conferencia Internacional del Trabajo 110.ª reunión, 2022.

- OIT: *Normas de Seguridad Social de la OIT: Aprender, Ratificar y Aplicar*, Foco en la protección social (Nota de la OIT), Genève, 2020.

- OIT: *Relaciones laborales y negociación colectiva*. *Negociando por la igualdad de género*. Nota de información núm. 4. Servicio de Mercados Laborales Inclusivos, Relaciones Laborales y Condiciones de Trabajo (INWORK), 2016.

- OIT: *Resolución relativa al trabajo decente y la economía del cuidado*. 112.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, 2024.

- OIT: *Trabajo decente para los trabajadores domésticos*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2010.

- OIT: *Un paso decisivo hacia la igualdad de género: en pos de un mejor futuro del trabajo para todos*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2019.

- OMS (1980): *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*, Instituto Nacional de Servicios Sociales. Colección Rehabilitación, Madrid, 1983.

- ONU: *El futuro que queremos*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas, 2012.

- ONU: *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2023)*. Edición especial, 2023.

- Palacios Ceña D., Salvadores Fuentes P. (Coord.): "Conceptos Generales de Geriatría y Gerontología". Manual docente de enfermería geriátrica y gerontológica (I). Limitación funcional en las personas mayores. Intervención multidisciplinar; *Servicio de publicaciones Universidad Rey Juan Carlos*, 2010.

- Palacios Rizzo, A. y Romañach Cabrero, J.: "El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional", *Ediciones Diversitas-AIES*, Madrid, 2006.

- Palacios Rizzo, A.: "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", *Cinca*, Madrid, 2008.

- Palacios Rizzo, A. y Bariffi Artigue, F.: *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Cinca, Madrid, 2007.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Parra Merino, T. y Alamín Guijo, L.: "Ayudas menores para la movilización y transferencia de personas en los ámbitos sanitario y sociosanitario", *Edita INSST*, O.A., M.P., NTP 1.197, 2024.

- Peces-barba Martínez, G.: "Los Derechos del Hombre en 1789. Reflexiones en el segundo centenario de la Declaración Francesa". *Anuario de filosofía del Derecho VI*, 1989.

- Pérez Álvarez, M.: "Proyecto docente. Área: personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Perfil: Psicoterapia (modificación de conducta)". *Universidad de Oviedo,* 1988.

- Pérez Guerrero, M.L.: "Subrogación de los trabajadores en el ámbito de la sucesión de contratas en la Administración Pública. Subrogación ex pliegos de condiciones de contratas y concesiones administrativas. Sentencia del Tribunal Supremo (C-A), de 18 de junio de 2019", *Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, núm. 149, 2019.

- Pérez Guerrero, M. L., Castellano Burguillo, E. y Pérez Domínguez, F.: "Trabajo atípico en la Unión Europea", *Scielo. Gaceta Laboral*, vol. 14, núm. 3. Maracaibo, 2008. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-85972008000300001.

- Pérez-Orozco, A., y López-Gil, S.: *Desigualdades a flor de piel. Cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y las políticas públicas*, ONU Mujeres, Madrid, 2011.

- Pitts, V. y Gimlin, D. L.: "Body work: Beauty and self-image in American Culture". *Contemporary Sociology*, vol. 32, núm. 5, 2003.

- Poyatos Chacón, M.F.: "Impacto de la IA y la robótica en la atención sociosanitaria", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. VII, núm. 1, 2022.

- Poyatos Chacón, M.F.: "El contenido y alcance de las tareas de cuidado en los centros de atención residencial. Su consolidación tras la Sentencia 1024/2020, de 24 de noviembre, de la sala lo social del Tribunal Supremo", *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social*, núm. 3, 2021.

-Poyatos Chacón, M.F.: *Evaluación de la dependencia, mejora de la calidad*. Verticebooks, Málaga, 2012.

- Poyatos Chacón, M.F.: "Transición Justa en la Economía de los Cuidados", en Blázquez Agudo, E. M. y Sierra Hernáiz, E. (dir.): *La transición justa desde la perspectiva de género*, Thomson Reuters Aranzadi, Navarra, 2022.

- Prieto, C.: "¿Mercado de trabajo?", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 47, 1991.

- Puyol, R. y Abellán, A. (eds.): *Envejecimiento y Dependencia*. Mundial Assistance, Madrid, 2006.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Querejeta González, M.: "La clasificación de la OMS: dificultades para usar un lenguaje común", *Zerbitzuan*, núm. 37, 1999.

- Quintanilla Navarro, B.: "La conciliación de la vida laboral y familiar en el marco jurídico actual". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 23, núm. 1, 2005.

- Quintero Lima, M.G.: "El valor de los cuidados la necesidad de profesionalización, aunque no sólo", en Blázquez Agudo, (coord.): *Economía de la inclusión el reto de la desigualdad y la vulnerabilidad social*, Fundación Mutualidad Abogacía, Madrid, 2023.

- Quintero Lima, M. G.: "La desprecarización de un colectivo discriminado: una norma de urgencia para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar familiar. ¿Oportunidades perdidas?", *Revista de Trabajo y Seguridad Social CEF*, núm. 473, 2023.

- Quintero Lima, M.G., y Barcelón Cobedo S.: "Las situaciones de dependencia personal como nueva contingencia protegida por el Sistema de Protección Social", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales*, núm. 60, Madrid, 2006.

- RAE: Diccionario de la lengua española, edición del Tricentenario, Actualización 2021 [en línea]. Disponible en: https://dle.rae.es/necesidad?m=form

- RAE: Diccionario histórico de la lengua española, 5.ª entrega, Actualización 2018. [en línea]. Disponible en: https://www.rae.es/dhle/nosorgania

- Ramírez-Navarro J.M., Revilla Castro A., Fuentes Jiménez M., Sanz Yagüez D., Martínez i Llopis M., García Alonso E., y Cavero Cano G.: *XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Ed. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España, Málaga-España, 2024.

- Razavi, S. y Staab, S.: "Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado", *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 129, núm. 4, 2010.

- Requena Montes, O.: *Formación profesional continua y prestación de trabajo: El artículo 23 del Estatuto de los Trabajadores como mecanismo de conciliación*, Tesis doctoral, disponible en acceso abierto en TESEO, 2019.

- Rendón Vásquez, J.: *Derecho de la seguridad social*, Tarpuy, Lima, 1992.

- Reyes Siles Saturnino, R.: *Archivo de la Diputación de Sevilla, Siglos XIX-XXI*, 2015.

- Rodríguez Cabrero, G.: "El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España", *Gestión Y Análisis De Políticas Públicas. Nueva época*, núm. 2, 2009.

- Rodríguez Escanciano, S.: Los cuidados a las personas mayores: aspectos organizativos, subjetivos y asistenciales de los denominados "servicios públicos de proximidad", *Lex Social*: *Revista De Derechos Sociales*, vol.11, núm. 2, 2021.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Rodríguez Iniesta, G.: "La valoración y determinación de la situación de dependencia. Un proceso administrativo con más sombras que luces", *Revista Derecho Social y Empresa*, núm. 10, 2019.

- Rodríguez Martín-Retortillo, M.C.: "Los contratos de teleasistencia en la doctrina de los Tribunales Administrativos de Contratación", *Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña*, vol. 23, 2019.

- Rodriguez-Piñero Royo, M.: "Gestión privada, contratación temporal y calidad en el empleo", *en Temas Laborales*, núm. 135, 2016.

- Rodríguez Rodríguez, E.: "Aspectos jurídicos de la dependencia en la comunidad autónoma de Galicia", *Dereito*, vol. 19, núm. 2, 2010.

- Rodriguez Rodríguez, P.: "El sistema de Servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia", *Fundación Alternativas*, núm. 87, 2006.

- Rodríguez Rodríguez, P. (Ed.): "Viviendas para personas mayores en Europa: nuevas tendencias para el siglo XXI", *Serie Papeles de la Fundación*, núm. 3, Fundación Pilares, 2018.

- Rodríguez Rodríguez, P. y Valdivieso Sánchez, C.: *Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares. 2ª Edición*, Editorial Médica Panamericana (orig. 2003), 2009.

- Rodríguez Sastre, A.: *Datos para el estudio y organización de la beneficencia pública y privada*, Imprenta Palomeque, Madrid, 1934.

- Roqueta Buj, R. (Coord.): *La protección de la dependencia. Comentarios a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2007.

- Roqueta Buj, R.: "Principios básicos del sistema de protección social de la dependencia: el principio de igualdad territorial a debate", *Documentación Laboral*, núm. 102, vol. III, 2014.

- Rueda Monroy, J.A.: "La asistencia personal, ¿una relación laboral "típica"?", *e-Revista Internacional de la Protección Social (e-RIPS)*, vol. VI, núm. 2, 2021.

- Sabater J.: Educación Social 67, *Libros recuperados, "Del socorro de los pobres"*, hacer Editorial, Valencia, 1992.

- Salas Porras, M.: "Aportaciones de la seguridad y salud en el trabajo para la implementación global del trabajo decente en la sociedad digital-robotizada", *Revista Internacional y Comparada de relaciones laborales y derecho del empleo*, vol.7, núm. 4, 2019.

- Salas Porras, M.: " La jurisprudencia del Tribunal de Luxemburgo como motor de las reformas legislativas: prestación por desempleo y servicio doméstico", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. VII, núm. 2, 2022.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Salas Porras, M.: “Las nuevas tecnologías en el ámbito laboral. Una aproximación al estado de la cuestión desde la perspectiva femenina”, *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 37, 2023.

- Sampedro A. y Barbón J.J.: “Los ojos en el Código de Hammurabi”, *Archivo sociedad española de oftalmología*, sección histórica, vol. 84, núm. 4, 2009.

- Sánchez-Girón Martínez, B.: “Los elementos delimitadores de la discriminación por asociación”, *Labos*, vol. 2, núm. 3, 2021.

- Santaella Ruiz, R.D. y Tejero Durán, R.: “De la beneficencia a la asistencia social en diputación provincial de Jaén”, *Boletín del Instituto de Estudios Giennenses*, núm. 207, 2013.

- Santiago Castillo, S.: “El trabajo a través de la historia. Actas del II Congreso de la Asociación de Historia Social”, *Asociación de Historia Social de Córdoba*, 1996.

- Sanz Sáez, C.: “ Profesionalización efectiva del servicio doméstico. Un trabajo pendiente”, *Lex Social*, vol. 9, núm. 2, 2019.

- Scheerenberger, R.C.: “Historia del retraso mental”, *Servicio Internacional de Información sobre Subnormales* (Versión castellana de A History of Mental Retardation. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.), 1983.

- Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid: *Condiciones de trabajo y su impacto en la salud: Ayuda a domicilio y Teleasistencia*, Ediciones GPS Madrid, Madrid, 2016.

- Sempere Navarro, A.V.: “La protección por desempleo en el Sistema Especial de Empleo Doméstico”, *Revista de Jurisprudencia Laboral*, núm. 3, 2022.

- Sempere Navarro, E.: “El estrés laboral como accidente de trabajo”, *AS*, núm. 20, 2000.

- Silveiro de Barros, M.: “La protección social de las personas dependientes en Portugal”, *Revista de Derecho Social y Empresa*, núm. 8, 2017.

- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG): “50 recomendaciones de planificación y atención gerontológica centrada en la persona", *Grupo de calidad, SEGG*, 2014.

- Tejada Fernández, J.: “Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación”, *Revista de educación inclusiva*, vol. 2, núm. 2, 2009.

- Twigg, J.: *Bathing: The body and community care*, Routledge, 2000.

- Urrutia Pujana, L.: “El cuidado en residencias de mayores. Una evaluación crítica de la legislación vasca desde una perspectiva de género”, *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios De Género*, vol. 9, núm. 3, 2024.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Valenzuela Candelario, J.: “Derecho al trabajo y beneficencia. La hospitalidad domiciliaria madrileña a mediados del siglo XIX” en Santiago Castillo (coord.): “El trabajo a través de la historia”, *Actas del II Congreso de la Asociación de Historia Social*, Asociación de Historia Social, Córdoba, 1996.

- Vidal Galuche, F.: “El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid”, *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, núm. 1, 1987.

- Vives, J.L.: Del socorro de los pobres / De subventione pauperum, Edición castellana de 1992.

- Vizard P., Fukuda-Parr S. y Elson D.: “Introducción: El enfoque de capacidades y derechos humanos”, *Journal of Human Development and Capabilities*, vol. 12, núm. 1, 2011.

- Yanguas J.: “Los derechos y deberes de los cuidadores”. Encuentro celebrado por Jubilare, la comisión del Colegio de Registradores de España, dedicada a combatir el edadismo desde la crítica constructiva, Madrid, 2024.

- Zalakain, J.: “La organización de los servicios de atención a la dependencia en Europa”, *Revista Zerbitzuan*, núm. 77, 2022.

- Zilboorg, G. y Henry, G.W.: “Historia de la psicología médica”, *Psiqué*. (Versión castellana de A History of Medical Psychology, Nueva York: *W.W. Norton*, 1941).

- Zimmermann Verdejo, M.: *Actividades prioritarias en función de la siniestralidad. Datos 2023*, Edita INSST, O.A., M.P., 2024.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA