
Una aproximación a los cuidados de las personas mayores dependientes en el País Vasco

A preliminary view of elderly care in the Basque Country

En este artículo se lleva a cabo una aproximación a la gestión de los cuidados de las personas mayores dependientes en el País Vasco. Para ello, en un primer apartado abordamos, utilizando las bases de datos de EUSTAT, el análisis de los procesos de envejecimiento de la población y sus consecuencias sociodemográficas en las últimas cuatro décadas y sus perspectivas de futuro. El segundo apartado se centra en el análisis de la provisión actual de cuidados a personas mayores en el País Vasco. Para ello se toma como referencia teórica la economía feminista, más concretamente la conocida como economía de cuidados. La metodología seguida ha consistido en la revisión bibliográfica y consulta de diversas bases de datos. El artículo concluye resaltando la importancia de las políticas públicas, ya que los cuidados deben ser considerados una inversión social de futuro.

Artikulu honetan, Euskal Autonomia Erkidegoan mendekotasuna duten adineko pertsonen zainketen kudeaketaren nondik norakoak lantzen dira. Horretarako, lehenengo atalean, Eustaten datu-baseak baliatuta, ondorengo aztertzen da: biztanleriaren zahartze-prozesua, horrek azken lau hamarkadetan izan dituen ondorio soziodemografikoak eta, azkenik, etorkizunari begira izango dituen balizko ondorioen aurreikuspenak. Bigarren atalean, berriz, Euskal Autonomia Erkidegoan adinekoei ematen zaizkien zainketak aztertzen dira. Horretarako, erreferentzia teorikotzat ekonomia feminista hartzen da, zehazki, zaintza-ekonomia deiturikoa. Lan horretarako erabilitako metodologia hainbat datu-baseren kontsultan eta bibliografiaren berrikuspean oinarritu da. Bukatzeko, artikuluak dio zaintzak etorkizuneko inbertsio sozialtzat hartu behar direla eta, beraz, politika publikoen garrantzia azpimarratzen du.

This paper presents an approach to elderly and dependent care management in the Basque Country. We first present an analysis of aging processes and their socio-demographic consequences using EUSTAT data bases. The second section of the paper focuses on an analysis of the current provision of care for the elderly in the Basque Country. For this, we adopt a feminist economics perspective and, more specifically, of care economics. The methodology adopted consists in a review of the literature and analysis of various data bases. The article concludes highlighting the critical significance of public policies as care has to be considered as social investment for the future.

Mertxe Larrañaga Sarriegui
Arantxa Rodríguez Álvarez
Yolanda Jubeto Ruíz

Economía Aplicada I, Facultad de Economía y Empresa
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

171

Índice

1. Introducción
2. Longevidad y modernización demográfica en la CAE
3. La economía de cuidados, marco teórico de las políticas de envejecimiento
4. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Palabras clave: longevidad, cuidados, Euskadi.

Keywords: longevity, care, Basque Country.

Nº de clasificación JEL: H75, I31, J14

Fecha de entrada: 08/07/2019

Fecha de aceptación: 08/10/2019

1. INTRODUCCIÓN

La creciente longevidad en el presente contexto de reducida natalidad y el aumento de la media de edad y de la proporción de personas de más de 65 años en el conjunto de la población, se ha convertido en un tema de enorme trascendencia social, económica y política y una cuestión de máxima preocupación a escala local e internacional. Un buen ejemplo es la declaración de Christine Lagarde, como directora del FMI, en el Foro de Davos de 2019 señalando el cambio climático y el envejecimiento de la población como los dos grandes problemas mundiales que podrían desestabilizar el sistema financiero internacional.

Pero, aunque la creciente visibilidad y atención que está recibiendo en los últimos tiempos puede dar la impresión de que es un fenómeno reciente, en realidad, el envejecimiento demográfico es el resultado de la evolución de dos tendencias, el descenso de la mortalidad y de la fecundidad, que discurren paralelas desde mediados del siglo XVIII y que se consolidan y aceleran a lo largo de los dos siglos siguientes como conse-

cuencia de cambios económicos, sociales, políticos, jurídicos y culturales de gran alcance (Alustiza, 2002). Ambas dinámicas son interdependientes y forman parte de lo que Pérez Díaz (2005, 2010; 2018) denominan la «revolución reproductiva» o «democratización de la supervivencia generacional hasta la madurez», verdadera causa del envejecimiento demográfico.

En el contexto europeo, el salto cualitativo en la dinámica poblacional se produce a mediados del siglo XIX, con el descenso de la mortalidad infantil y la generalización de la supervivencia más allá de las edades reproductivas femeninas a consecuencia de cambios socioeconómicos y en las formas de vida vinculadas a la industrialización. La fecundidad, sin embargo, no registra cambios significativos hasta principios del siglo XX, cuando comienza una tendencia a la baja que discurre en paralelo a la mejora de las probabilidades de supervivencia en cada generación. El aumento de la supervivencia y la caída de la fecundidad se combinan para impulsar la transición demográfica. Pero como señala Pérez Díaz (2018), la revolución reproductiva no es un resultado automático de ciertos avances médicos o económicos sino de la mejora de la supervivencia, es decir, del esfuerzo acumulado de generaciones por dotar a sus descendientes de mejores condiciones para la supervivencia: mejor alimentación, higiene, estudios, atención sanitaria, cuidados y afecto y renunciando a obtener de ellos rentas del trabajo.

Esa dinámica de mejoras intergeneracionales constituye en sí misma un potente motor del cambio reproductivo al poner en marcha un círculo virtuoso en el que cada generación impulsa a la siguiente: la mayor tasa de supervivencia posibilita fecundidades menores, lo que a su vez facilita a las siguientes generaciones dedicar una mayor cantidad de tiempo y recursos por descendiente y esto incrementa de nuevo las probabilidades de que sobrevivan hasta la edad de procrear; el propio descenso de la fecundidad se convierte así en un factor fundamental en la mejora de la supervivencia que permitirá no solo un aumento de la población (a pesar del descenso del número de descendientes por mujer) sino de la longevidad.

Desde el feminismo, Folbre (1983, 1994), entre otras, subraya que tanto el patriarcado como la emancipación de las mujeres juegan un papel central en la explicación de la caída de la fecundidad. El control patriarcal favorece las tasas de fecundidad elevadas porque los costes del cuidado recaen desproporcionadamente sobre las mujeres lo que, combinado con el interés en la trasmisión de la propiedad a la siguiente generación, explicaría el mantenimiento de una fecundidad alta, especialmente en periodos de alta mortalidad. La emancipación permite a las mujeres quebrar en parte los controles patriarcales y ganar independencia económica, lo que hace posible un mayor control y capacidad de decisión sobre su sexualidad y fecundidad. La caída de la fecundidad no puede explicarse, por tanto, como una simple acumulación de elecciones individuales sobre tener o no descendencia, sino como un proceso acumulativo y circular de conflicto sobre la distribución de los costes de las criaturas que evoluciona a la par que los cambios tecnológicos asociados con el declive de la fertilidad (Folbre, 1994: 111).

La dinámica de la fecundidad exige tener en cuenta la evolución de un conjunto de factores que incluyen el patriarcado, la distribución de los costes de la reproducción social, las estructuras familiares y la negociación intergeneracional, es decir, la interacción entre los cambios técnicos e institucionales y las estructuras restrictivas que dependen de la clase, nación, edad y orientación sexual.

El progresivo aumento de la longevidad tiene, por tanto, múltiples aristas por lo que puede enfocarse también desde múltiples perspectivas. En general, esta progresión del comúnmente denominado «envejecimiento demográfico» se presenta en clave de las amenazas y riesgos que representa para la sustentabilidad de los sistemas de bienestar social, los sanitarios, las pensiones, el mercado laboral, etc. Esta perspectiva alarmista domina buena parte del discurso de gobiernos e instituciones internacionales y a menudo sirve de palanca para impulsar y justificar recortes sociales y reformas de los sistemas de pensiones o laborales fuertemente regresivas¹.

En contraste, desde una perspectiva más ponderada, la «democratización de la supervivencia» hasta la vejez se presenta como la revolución sociodemográfica más importante de la humanidad; una tendencia relativamente reciente que no tiene precedentes, resultado del cambio en la dinámica reproductiva provocada por un reequilibrio entre los nacimientos y la esperanza de vida; y una expresión del desarrollo económico y social. Más allá de los retos de un ajuste a corto y medio plazo – que en modo alguno justifica que necesariamente sean en clave de recortes y políticas regresivas– esta evolución plantea, sin lugar a dudas, también oportunidades y potencialidades individuales y colectivas (Pérez Díaz, 2005).

Por otra parte, el colectivo de personas mayores es muy diverso y lo es cada vez más a medida que aumenta la esperanza de vida. No obstante, los estereotipos existentes en torno a las personas de mayor edad generan algunos de los obstáculos más importantes para formular buenas políticas relativas al envejecimiento. Así, asociado a esta diversidad, los discursos públicos se han polarizado en torno a los estados funcionales más extremos existentes en los últimos tramos de la vida humana. Por un lado, el modelo centrado en las carencias considera la vejez como un período de vulnerabilidad y desconexión, en el que los responsables de tomar decisiones se deben centrar en el «cuidado de las personas mayores» y preocuparse fundamentalmente de lo que se representa como situaciones de dependencia, y, por lo tanto, de necesidad de cuidados de larga duración (CLD), con las consiguientes mayores demandas a los sistemas de salud, seguridad social y servicios sociales que esta supone.

Por otro lado, están los modelos que hacen hincapié en la importancia de la participación social en la edad avanzada, la contribución que las personas mayores pueden hacer en todos los ámbitos de la vida social y el potencial que presentan para que esto sea lo habitual y no una excepción. Desde este punto de vista, los años 70 se convierten

¹ Ver, por ejemplo, European Commission (2018) The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). Institutional Paper 079. May 2018. Brussels. [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economy-finance-and-euro-publications_en].

en los nuevos 60 y los responsables de tomar decisiones deben procurar superar los estereotipos anticuados y fomentar el envejecimiento activo o pleno, con el fin de crear una sociedad donde las contribuciones de las personas mayores superen de modo general las inversiones sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay algo de verdad en cada una de estas dos perspectivas (OMS, 2015).

Siendo conscientes de que la diversidad es una realidad que abarca múltiples aspectos, incluidos los estados de salud y estados funcionales, es evidente que a medida que avanza la edad cronológica lo hace también la probabilidad de tener un mayor nivel de dependencia (OMS, 2015). Aquí limitamos el término dependencia al concepto de dependencia de cuidados, que ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo, sin ayuda, las tareas básicas de la vida cotidiana (OMS, 2015). Cuando en las personas mayores la dependencia alcanza un determinado nivel, son necesarios los que la OMS denomina cuidados de larga duración (CLD), entendiéndolos como tales las actividades llevadas a cabo por terceras personas para que quienes han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca, o corren riesgo de tenerla, puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos y sus libertades fundamentales de acuerdo con la dignidad humana.

Para hacer frente a las necesidades generadas por la dependencia, se suele contar de forma creciente con los avances tecnológicos que permiten cuidar a distancia, como por ejemplo la teleasistencia. Asimismo, la presencia de robots empieza a ser visible en el cuidado de mayores, sobre todo en el apoyo a su movilidad y desplazamiento, aunque no exclusivamente. La industria tiene interés en fomentar este tipo de asistencia porque observa que en los próximos años su demanda va a crecer de forma notoria, ante el incremento del colectivo demandante de estos servicios y, por lo tanto, el potencial nicho de negocio que esto puede suponer. No obstante, es constatable que ninguno de esos medios sustituye plenamente al cuidado presencial y personalizado, que es altamente costoso en tiempos de atención, sino que lo complementa y facilita su realización. Así, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018) asegura que la naturaleza relacional del trabajo de cuidados limita el potencial de sustitución de la mano de obra humana por robots y otras tecnologías. De todos modos, parece que la tecnología cambiará el mundo de los cuidados, aunque no podemos olvidar la relevancia del componente emocional y relacional, básicos en las actividades de cuidados y atención humana.

Garantizar el cuidado de mayores dependientes se encuentra entre los principales retos de las sociedades occidentales (Jubeto, Larrañaga y Rodríguez, 2017). De hecho, los cuidados de las personas mayores se encuentran en el centro de la atención pública de los países de la OCDE (OCDE, 2015) puesto que el envejecimiento plantea muchos retos y también algunas oportunidades. Así, una de las cuestiones que tienen que resolver las sociedades de forma urgente es la de la organización de los cuidados de las personas mayores, porque afrontar la última etapa de la vida en condiciones de discapacidad y dependencia es extraordinariamente costoso en cual-

quier lugar, tanto en recursos individuales como colectivos, tanto monetarios como no monetarios (Durán, 2016).

En este artículo vamos a abordar la dinámica del envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) y sus consecuencias sobre los cuidados dirigidos al colectivo de personas mayores dependientes. Somos conscientes, por lo tanto, que solamente vamos a considerar a una parte de las personas mayores, ya que las características de estas son muy diferentes en función de su edad, estado de salud, sexo, nivel de renta, situación familiar y entorno, entre otras. Por lo tanto, también las necesidades de cuidados variarán, pero está claro que estas necesidades aumentan a medida que lo hace el grado de dependencia. Así, las personas mayores autónomas tienden a vivir en su propio hogar. De hecho, puede decirse que el modelo dominante en la CAE es el de envejecimiento en casa mientras las circunstancias personales y económicas lo permitan². Pero, a medida que la dependencia avanza se pasa a necesitar una serie de servicios, que pueden ser públicos o privados. Al igual que sucede en otros estados europeos, en nuestro contexto también se da una combinación de prestaciones económicas, atención diurna, domiciliaria y residencial. Y en la actualidad, las Administraciones Vascas están inmersas en nuevos proyectos relacionados con el envejecimiento, tal como sintetizaremos posteriormente.

Este artículo se estructura en dos apartados. En el primero abordamos el análisis de los procesos de envejecimiento de la población y sus consecuencias sociodemográficas en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) en las últimas cuatro décadas y sus perspectivas de futuro. El segundo apartado se centra en la provisión actual de cuidados a personas mayores en Euskadi. Para ello se toma como referencia teórica la economía feminista, más concretamente la conocida como economía de cuidados.

2. LONGEVIDAD Y MODERNIZACIÓN DEMOGRÁFICA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI (CAE)

Al igual que muchos otros países de nuestro entorno, el envejecimiento demográfico en la CAE emerge de forma paulatina a lo largo del último siglo como elemento integral de una dinámica demográfica que evoluciona en paralelo a los cambios sociales, económicos y políticos. Así, durante la primera mitad del siglo XX la población vasca crece a un ritmo moderado con una tasa que, exceptuando la década de la guerra civil, se sitúa por encima del 1% anual. Este crecimiento viene impulsado por tasas de natalidad muy elevadas, superiores al 20‰, aunque con una clara tendencia a la baja, y un descenso paulatino de la mortalidad. Tras el fin de la guerra y hasta mediados de los 70, el ritmo de crecimiento de la población se acelera, especialmente en la década de 1960 con tasas en torno al 3%, resultado del aumento de la natalidad –el fe-

² Esta es la preferencia de las personas mayores. Según el Estudio sobre las Condiciones de Vida de las Personas de 55 años y más en Euskadi, 2014, el 85% de las personas mayores de 65 años prefiere vivir en su propia casa en caso de necesitar ayuda (85% de mujeres y 82% de hombres).

nómeno del *baby boom*³– y de los intensos flujos migratorios. El crecimiento demográfico acompaña el dinamismo económico de este periodo, una pauta que se mantendrá igualmente cuando, a partir de 1976, el inicio de la crisis económica señala también el cambio de tendencia en la evolución de población, cuyo crecimiento se ralentiza a causa de la fuerte caída tanto de las tasas de natalidad como de los flujos migratorios con una pérdida, en términos absolutos, de población en las siguientes dos décadas (Arregi y Larrañaga, 2000; Alustiza, 2009). La consolidación de esta tendencia de desaceleración pone fin a la larga etapa de crecimiento sostenido de la población de la CAE a lo largo del siglo XX y abre paso a una nueva fase marcada por la baja intensidad demográfica, la estabilidad del tamaño de la población y su progresivo envejecimiento (Luxán y Martín, 2012).

Cuadro nº 1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN E INDICADORES DEMOGRÁFICOS EN LA C.A. DE EUSKADI 1900-2016

	Población	r (%)	TBN (‰)	TBM (‰)	TBSM (‰)	EV hombres	EV mujeres	ISF
1900	603.596		33,5	22,3	-0,2			'
1910	673.788	1,16	29,7	19,5	2,8	46,4	48,7	'
1920	766.775	1,38	27,7	15,8	3,1	49,4	52,8	'
1930	891.710	1,63	19,8	14,1	1,2	46,4	58,2	3,49
1940	955.764	0,72	18,9	11	2,6	58,8	65,1	2,62
1950	1.061.240	1,10	21,6	8,6	12,5	64,9	70	2,55
1960	1.371.654	2,93	23,1	7,7	15,8	68,3	74,7	3,14
1970	1.878.636	3,70	20,4	7,9	0,6	69,9	77,3	2,86
1981	2.141.809	1,40	9,9	6,8	-4,5	72,9	80,8	1,54
1991	2.104.041	-0,18	7,7	7,1	-1,2	74,8	82,9	0,99
2001	2.082.587	-0,10	8,5	8,3	3,8	77,6	85	1,15
2011	2.179.815	0,47	9,7	8	3,8	78,9	85,4	1,33
2016	2.176.577	-0,01	8,4	9,8	4,1	80,3	86,2	1,35

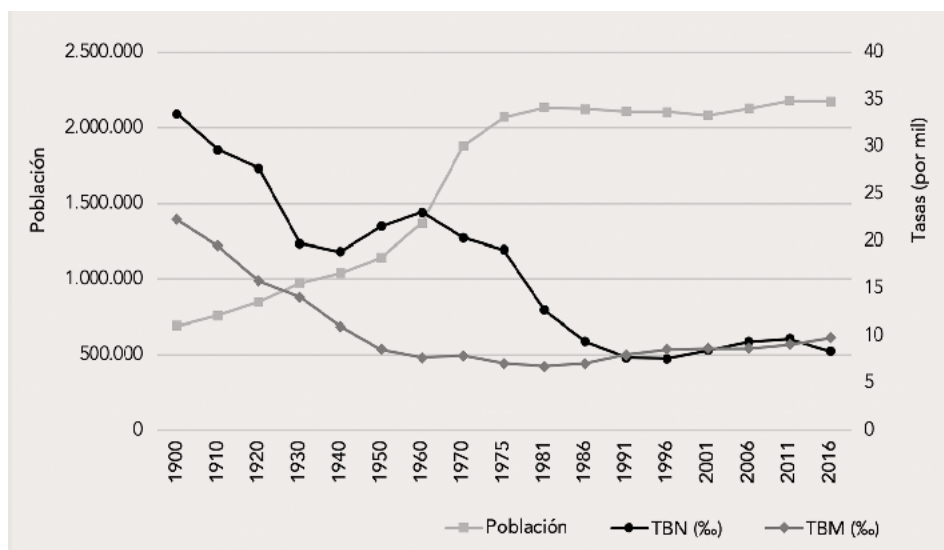
Nota: Población total, tasa crecimiento continuo (r), tasa bruta de natalidad anual por mil habitantes (TBN), tasa bruta de mortalidad anual (TBM), tasa bruta de saldo migratorio anual (TBSM), esperanza de vida (EV) en hombres y mujeres e Índice Sintético de Fecundidad (ISF).

Fuente: Elaboración a partir de Eustat y Luxan y Martín, 2009.

³ El *baby boom* se produjo después de la IIGM (entre 1946-1964) pero en España fue más tardío. Entre 1957 y 1977, nacieron en España casi 14 millones de niños y niñas, 2,5 millones más que en los veinte años anteriores que se corresponden con la etapa de la inmediata posguerra, y 4,5 millones más que en los veinte años siguientes (IMSERSO, 2016).

En efecto, la evolución de las últimas cuatro décadas parece confirmar el fin del ciclo de la dinámica demográfica expansiva que caracterizó buena parte del siglo XX y la consolidación de una nueva era de estabilidad demográfica de baja intensidad. En términos absolutos (cuadro nº 1), las grandes cifras de población de la CAE reflejan una caída continuada de la población desde el año 1981 hasta el año 2001, con una pérdida de casi 60.000 personas (2,8% de la población). A partir del 2001 se recupera la dinámica de crecimiento sumando, hasta el 2011, cerca de 92.000 personas (4,4%), alcanzando niveles superiores a los del inicio de la fase de contracción demográfica. La tendencia vuelve a invertirse en el último quinquenio, con una pérdida de población de en torno a 3.000 personas, aunque datos más recientes de la estadística municipal muestran una tímida tendencia al alza⁴. Esta evolución demográfica viene determinada por cambios en el Movimiento Natural de la Población, que incluye nacimientos y defunciones, y por la evolución de los movimientos migratorios.

Gráfico nº 1. **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA POBLACIÓN Y TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD EN LA C.A.E., 1900-2016**



Fuente: Eustat. Elaboración propia.

En relación a la natalidad-fecundidad, cabe señalar que la natalidad sigue una tendencia descendente desde principios del siglo pasado, pero se intensifica desde

⁴ En los tres últimos años, las estadísticas municipales reflejan un giro en la dinámica demográfica de la CAE. La atonía del periodo anterior deja paso, a partir del año 2017, a una tendencia al alza que lleva la población vasca a un máximo histórico de 2.188.017 personas a 1 de enero de 2019, superando el anterior pico de 2.181.590 alcanzado en el año 2012. Esta evolución no permite, sin embargo, fundamentar cambios significativos en las tendencias y proyecciones demográficas planteadas a medio y largo plazo que apuntan a la consolidación de un modelo de baja intensidad y estabilización demográfica.

mediados de la década de los 70 cuando, tras el pico de nacimientos de 1976, se da una fuerte caída de la natalidad. A partir de ese momento, se instala una dinámica descendente de los nacimientos que se mantiene durante 2 décadas, hasta mediados de la década de 1990, cuando se toca fondo en el número de nacimientos y se inicia una tímida recuperación de la natalidad que se mantiene hasta finales de la década de 2000, momento en que vuelve a descender tras diversas fluctuaciones el número de nacimientos. La natalidad registra igualmente valores muy bajos a lo largo de todo el periodo, especialmente si se compara con otros países de nuestro entorno. En las cuatro décadas transcurridas entre el año 1975 y el 2016, el índice de fecundidad –número medio de hijos por mujer– cae del 2,7 al 1,3, por debajo del índice de reemplazo generacional (2,1). El descenso de la natalidad viene apuntalado por el retraso progresivo de la edad de maternidad del primer hijo o hija cuya media, en el año 2016, se sitúa en los 32,9 años. Además, las mujeres de más de 35 años ya suponen un 37% de los nacimientos. La combinación de baja fecundidad y la cada vez más elevada edad media de la maternidad contribuye decisivamente a la consolidación de una dinámica demográfica débil que, con una tasa bruta de natalidad de 8,4‰ en el año 2016, muy lejos del casi 20‰ del año 1976, sitúa a la CAE como una de las regiones europeas de menor fecundidad (Eustat, 2010).

Por otra parte, la evolución de las defunciones sigue, al igual que la tasa de mortalidad, una dinámica ascendente en las últimas décadas, lo que se explica por el aumento de la proporción de personas de edad avanzada, resultado, a su vez, de la mejora sustancial de la esperanza de vida al nacer de la población, que ha pasado de una media, entre 1975-1976, de 69,6 años para los hombres y 76,9 para las mujeres, a 80,3 y 86,2 años respectivamente en el periodo 2016-2017. Además, el diferencial entre las esperanzas de vida de mujeres y hombres se ha reducido significativamente en este periodo, situándose en 5,9 años en 2016 (8,7 en 1991). La mejora de la longevidad camina así en paralelo a la caída de la fecundidad, una pauta que la demografía señala como interdependiente y uno de los elementos característicos de la revolución reproductiva y demográfica (Pérez Díaz, 2010).

Además de los componentes del crecimiento vegetativo, natalidad y mortalidad, la dinámica demográfica viene determinada por la evolución de las migraciones. En este sentido, la Estadística de Movimientos Migratorios, que se realiza anualmente desde el año 1988, muestra los cambios en la evolución del saldo migratorio. Después de casi tres décadas de flujos de inmigración muy importantes en la CAE, los saldos migratorios se frenan y se invierten en la década de 1980 con saldos migratorios negativos que se mantienen hasta el año 2000. Desde ese año, el saldo migratorio es positivo debido sobre todo al aumento significativo de las inmigraciones que en apenas una década (1998-2008) se multiplican por 5. La emigración aumenta igualmente, aunque con menor intensidad. A partir del año 2007, los saldos migratorios fluctúan como resultado de variaciones relacionadas con el descenso de la inmigración y el aumento de la emigración, una tendencia que se mantiene hasta el año 2014, cuando se registra un

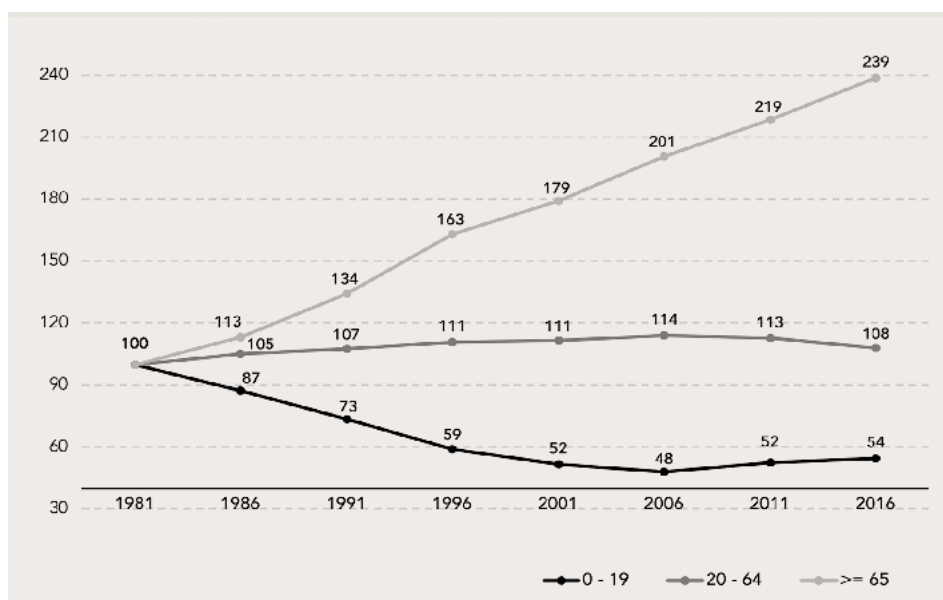
incremento significativo de la inmigración resultando un saldo migratorio positivo que se mantiene hasta la actualidad.

2.1. Longevidad y cambios en la estructura de la población por edades y sexo

La nueva etapa de estabilidad y atonía demográfica viene acompañada de cambios importantes en la distribución de la población por grupos de edad, específicamente, de la pérdida de población en los segmentos más jóvenes y el aumento progresivo de la población de mayor edad. Esta reorganización de la estructura por edad de la población es clave para entender el proceso de envejecimiento en las últimas décadas.

La estructura por edades refleja la evolución de las variables demográficas (natalidad, mortalidad, fecundidad, migraciones, etc.) al mismo tiempo que determina la dinámica demográfica futura. En la CAE, la evolución de la estructura demográfica por edades en las últimas cuatro décadas continúa la tendencia seguida a lo largo del siglo XX de descenso continuado de la población en edades más jóvenes y un aumento progresivo en las edades más maduras. Pero esta tendencia se intensifica a mediados de la década de 1970 que, tras el pico histórico de nacimientos del *baby boom*, marca el punto de inflexión y la transición del modelo de demografía expansivo a uno de estancamiento o retroceso poblacional.

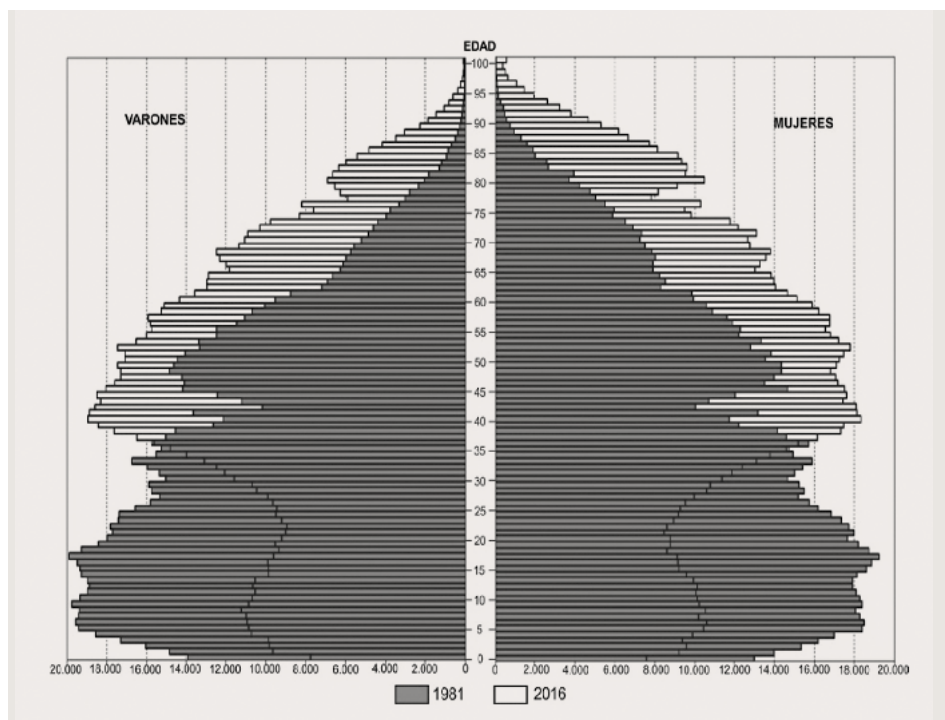
Gráfico nº 2. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA C.A. DE EUSKADI SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 1981-2016. (AÑO BASE 1981=100)



Fuente: Eustat. Elaboración propia.

El cambio registrado en la estructura por edades de la población de la C. A. de Euskadi se percibe con claridad cuando se comparan las pirámides de población de los años 1981 y 2016. La pirámide de población de 2016 resume las principales características de la evolución demográfica de las últimas décadas.

Gráfico nº 3. **PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE LA C.A. DE EUSKADI 1981 Y 2016**



Fuente: Eustat, 2018.

El rasgo más llamativo de la pirámide de población del 2016 es el estrechamiento de la base que refleja la pérdida de población en el grupo de edad de los más jóvenes desde principios de la década de los 80 hasta finales de la década de los 90 a consecuencia de la brusca caída de la natalidad desde mediados de los años 70 y sus fluctuaciones a lo largo de las décadas siguientes. Esta tendencia se invierte temporalmente en la década del 2000, cuando a la recuperación de las tasas de natalidad se suma el efecto de los flujos de inmigración. La década siguiente frena esta evolución, consolidándose la dinámica demográfica descendente. Así, entre 1981 y 2016, el grupo de los menores de 20 años ha perdido más de la mitad de sus efectivos (54%) y su peso en el conjunto de la población ha caído del 34,2% (una de cada tres personas) al 18,3%; (una de cada cinco). Esta evolución se ve apuntalada por unas tasas de cre-

cimiento descendentes de este grupo de edad hasta mediados de la década del 2000, cuando se registra un tímido repunte de estas tasas.

Mientras tanto, los avances en la longevidad y el aumento de la esperanza de vida han permitido que un mayor porcentaje de la población alcance la madurez y sobreviva hasta edades más avanzadas, provocando un ensanchamiento de la pirámide por su cúspide. La comparación entre ambas pirámides de población evidencia el creciente peso de los grupos de más edad. En efecto, en este periodo, las personas mayores de 65 años duplicaron su peso en el conjunto de la población, pasando de representar el 9,2% al 21,6%. Al mismo tiempo, la población de 85 y más años se ha más que quintuplicado y representa ya el 3,7% del total (0,7% en 1981). De manera que, si en 1981 por cada persona de 65 y más años había casi 4 jóvenes de 20 y menos años (una relación de 0,3); en el año 2016, el número de personas mayores ya supera al de jóvenes en una relación que ha pasado a ser de 1,2 a favor de los mayores, invirtiéndose el tradicional predominio de la población joven en la estructura demográfica.

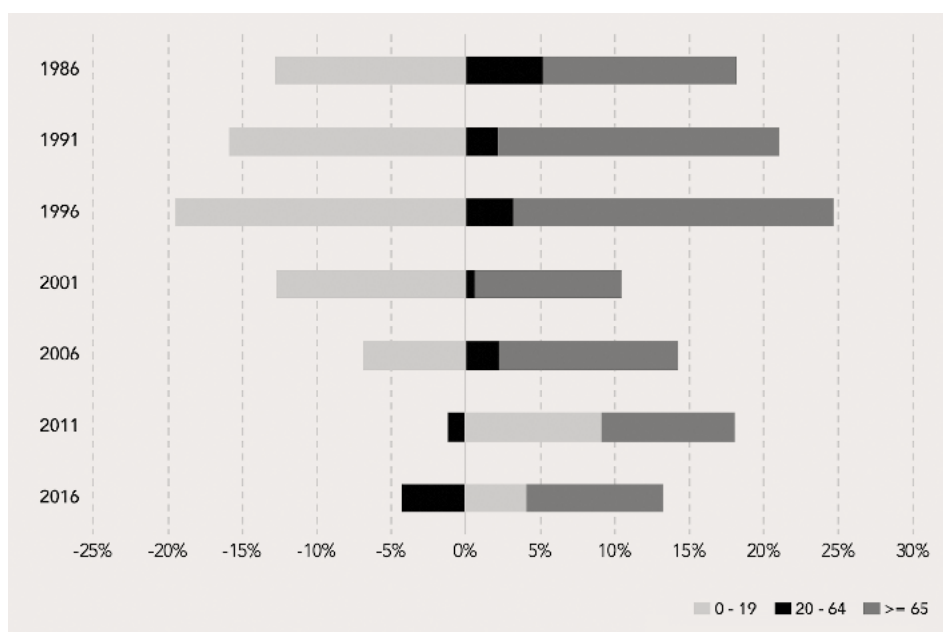
Este cambio en la proporción de jóvenes menores de 20 años y el consiguiente aumento de la edad media de la población de 32,8 años en 1981 a 42,5 años en 2016, es una de las manifestaciones más claras del proceso de envejecimiento. El grupo de edad más numeroso sigue siendo el de entre 20 y 64 años, aunque su peso en el conjunto de la población también ha variado, especialmente en las edades centrales, entre los 40 y 55 años, que hace cuatro décadas concentraba el 19% de la población y en el año 2016 supone el 24%, un indicador más de la progresión hacia una estructura demográfica más madura.

Por otra parte, además de mostrar la estructura demográfica actual por edad y sexo, la pirámide de población apunta también las posibles tendencias de la dinámica demográfica futura en base al tamaño de la población en los distintos grupos de edad. Destaca, en este sentido, el peso decisivo que las generaciones del *boom* de natalidad de los años 70 tendrán en las próximas décadas, a medida que avanzan en su ciclo de vida, y su contribución a los procesos de envejecimiento en un futuro cercano. La llegada a la madurez y la longevidad de estos grupos de edad tendrá consecuencias significativas en la demanda de servicios de salud y de cuidado, pero también supondrá ajustes importantes en el mercado de trabajo, especialmente en un contexto en que la pérdida de población en los grupos de edad más jóvenes, que forman la base de la pirámide, condiciona drásticamente las posibilidades de relevo laboral. Así, el cambio en la proporción entre la población de mayor edad y los más jóvenes, apuntado anteriormente, supone que mientras en 1981, por cada 10 personas de 60-64 años había 21 de entre 20 y 24 años, esa relación había bajado a 15 en el año 2001 y a 6 en el 2016.

La transformación de la estructura por edades de la población vasca muestra también variaciones importantes en función del sexo. La mayor longevidad de las mujeres respecto a los hombres se traduce en una sobrerrepresentación de estas en-

tre las personas de 65 y más años, especialmente en los tramos de mayor edad si bien los datos reflejan algunas pautas de cambio significativas. Así, mientras en el año 1981, la proporción de mujeres entre las personas de 65 y más años era de casi dos tercios (61%), esa proporción cae ligeramente en el año 2016 (58%) dejando entrever una tendencia a la equiparación entre mujeres y hombres en relación a la esperanza de vida, como se verá más adelante. Si se tiene en cuenta la población de más de 85 y más años, que en el año 2016 supone ya un 5% de la población, las diferencias por sexo son aún más pronunciadas; las mujeres representan más de dos tercios (69%) de la población de ese segmento de edad, lo que indica que el sobreenvjecimiento es esencialmente femenino. La feminización de la vejez es, de hecho, una de las consecuencias más visibles de la creciente longevidad de la población o democratización de la supervivencia y un factor decisivo en el aumento de las situaciones de dependencia entre las mujeres, asociado a los problemas de salud en las edades más avanzadas.

Gráfico nº 4. **TASAS DE CRECIMIENTO DE LOS GRANDES GRUPOS DE EDAD, 1986-2016**



Fuente: Eustat. Elaboración propia.

2.2. Proyecciones demográficas: escenarios 2016-2031 y 2061

En un horizonte de medio plazo, las proyecciones demográficas realizadas por Eustat a partir de las tendencias recientes de la fecundidad, mortalidad y migraciones y de un conjunto de supuestas variables en relación a las posibles trayectorias de

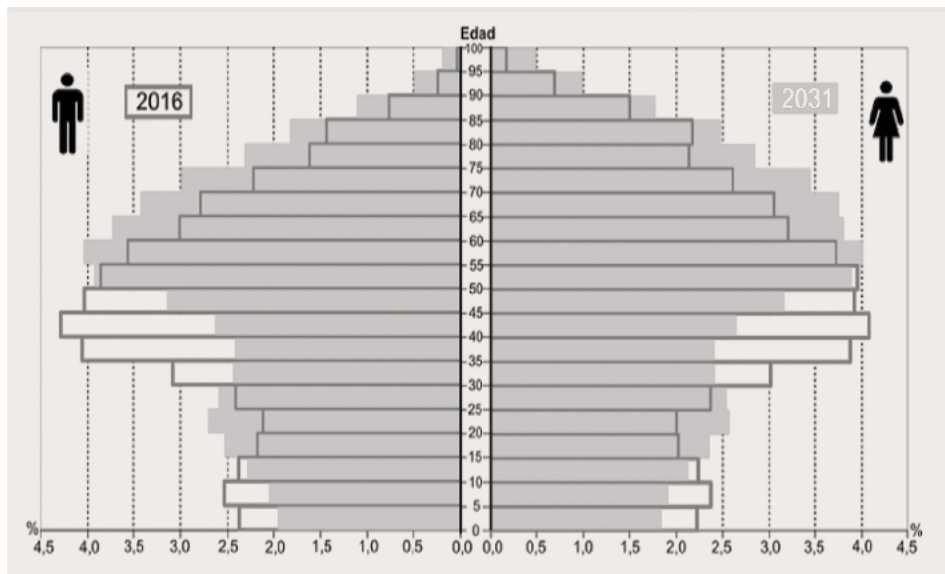
los componentes del crecimiento demográfico, permiten identificar diferentes escenarios de futuro para la población de la CAE. El escenario de referencia a medio plazo es el que plantea las Proyecciones de Población 2031 (Eustat, 2017).

En base a esta prospectiva, se estima que, entre 2016 y 2031, la población de la CAE tendería a estabilizarse a partir de una tasa de crecimiento anual del 0,04% alcanzando en 2031 los 2.186.200 habitantes (población a 1 de enero), el 51,6% de los cuales serán mujeres. Este crecimiento de la población resulta de la combinación de los saldos en los dos componentes del crecimiento demográfico: el natural (nacimientos menos defunciones) y el migratorio (inmigraciones menos emigraciones). El primero de ellos tendería a saldos cada vez más negativos debido al menor número de nacimientos y el aumento de las muertes. Esta tendencia se compensaría con una evolución positiva del saldo migratorio que, en el escenario previsto, es responsable de la estabilización de la población (contribuyendo con 88.500 personas), compensando el aumento de las defunciones y la disminución de los nacimientos (en conjunto, una disminución estimada en 74.200 personas). El número de inmigrantes en todo el periodo proyectado se estima en torno a los 36.500 anuales, mientras que la emigración tendría una evolución descendente debido al menor peso de la población joven, la de mayor tendencia a la emigración.

Una segunda dinámica prevista por las Proyecciones de Población 2031 es la prolongación del proceso de envejecimiento de la población. En efecto, la evolución demográfica de las últimas décadas y la actual estructura por edades de la población de la CAE hacen suponer que en las próximas décadas se profundizará en la transformación de la pirámide de población debido no solo a la fuerte inercia que caracteriza las estructuras demográficas, sino a que la propia distribución de la población por edades condiciona en gran medida la dinámica demográfica futura. Así, en función de estas inercias, las pirámides de los diferentes escenarios de futuro a medio plazo estiman que la población menor de 20 años continuaría perdiendo peso en el conjunto de la población cayendo al 17% en 2031, una pérdida de casi 25.000 personas. El grupo de población adulta, entre 20 y 64 años, también perdería población (unas 111.900 personas) y peso (reducción del 8,5%) con una pérdida relativa mayor en las edades centrales, entre 29 y 51 años, y un incremento relativo de las edades mayores, de 52 a 64 años. Por último, la población de 65 o más años podría aumentar en 150.900 personas lo que supondría que aumentaría su proporción llegando al 28,2%.

Al mismo tiempo, en el escenario planteado a 2031, el aumento de la esperanza de vida continuaría al alza, alcanzando los 88,8 años para las mujeres y los 83,7 años para los hombres en 2030, y continuaría la tendencia convergente entre hombres y mujeres que pasaría de la diferencia actual de 5,9 años a 5,1. Esta mejora en la esperanza de vida de la población vasca, sumada a los cambios en la distribución por edades de la población, fundamenta la previsión de prolongación del proceso de envejecimiento demográfico.

Gráfico nº 5. **PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE LA CAE (PROYECCIÓN), 2016 Y 2031**



Fuente: Eustat. Elaboración propia.

Por otra parte, las proyecciones demográficas de 2031 apuntan a una recuperación de la fecundidad hasta alcanzar los 1,53 hijos por mujer. Sin embargo, ese aumento de la fecundidad no compensaría la disminución del número de mujeres en edades fértiles, entre 25 y 39 años⁵, y el número de nacimientos continuaría descendiendo.

En una perspectiva de más largo plazo, prolongando la proyección para el periodo 2016-2031 al horizonte del año 2061 y con hipótesis alternativas para las tendencias de evolución futura de la mortalidad, la fecundidad y las migraciones, Eustat (2018) plantea cinco escenarios alternativos además del de referencia, que se elabora con las hipótesis medias de evolución demográfica. Cada uno de estos escenarios contempla hipótesis alternativas de evolución variable de los distintos componentes demográficos. Sin entrar en las proyecciones específicas de cada uno de los escenarios, es significativo que, independientemente de las hipótesis de evolución de los diferentes componentes demográficos, todos ellos proyectan un crecimiento vegetativo negativo y decreciente para todos los años del periodo 2016-2061. Esta tendencia de fondo hacia un crecimiento natural cada vez más negativo en todos los escenarios viene marcada en gran medida por la estructura demográfica de la población que determina los niveles futuros de mortalidad y natalidad por lo que, aunque estos pueden modular en parte esa tendencia, no pueden revertirla.

⁵ Intervalo de edad utilizado en las Proyecciones de Población 2031 (Eustat, 2017).

Finalmente, cabe señalar que las previsiones del cambio demográfico en la CAE sugieren también que el proceso de envejecimiento será más acusado que en el resto del Estado y la UE-27.

3. LA ECONOMÍA DE CUIDADOS, MARCO TEÓRICO DE LAS POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO

La perspectiva conceptual en la que enmarcamos las cuestiones relacionadas con los cuidados ligados al envejecimiento, que abordamos en este artículo, es la denominada «economía de los cuidados», la cual ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas.

Inicialmente, el análisis de los cuidados se centró en aquellos trabajos no remunerados desarrollados en el hogar (Graham, 1983) que eran imprescindibles para la reproducción de la vida. No obstante, pronto esta visión estrecha de los cuidados fue ampliada, y se comenzó a subrayar que los cuidados no se circunscriben exclusivamente al hogar, ni se orientan solo a la crianza o al cuidado de las personas adultas sanas del entorno familiar. Así, se abrió el concepto de cuidados hacia la dependencia, incorporando los cuidados, informales o no, prodigados en la esfera pública (Ungerson, 1983, 2005).

De este modo, el concepto de los cuidados ha experimentado una importante evolución desde su conceptualización inicial hasta que Mary Daly y Jane Lewis (2000) propusieron la noción de modelo de «organización social del cuidado» (*social care*) como categoría analítica, que permitía poder adentrarse en el conjunto de las actividades y las relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas dependientes, así como en los marcos normativos, económicos y sociales en donde se asignan y se desarrollan (Martínez, 2017). Esta reconceptualización de los cuidados permitió salir de una visión focalizada en «lo femenino» y trasladarla hacia la discusión sobre las necesidades y la provisión de bienestar. En esta propuesta, los cuidados son un trabajo socialmente organizado en el que participan distintos grupos, instituciones y espacios sociales, que se articula y distribuye de acuerdo con distintos patrones socioculturales y económicos (Carrasquer, 2013).

Asimismo, en las últimas décadas hemos constatado una creciente «crisis de los cuidados» en las sociedades occidentales, debida tanto al envejecimiento de la población como a otros factores vinculados, principalmente, con el mercado laboral. En palabras de Cristina Carrasco «*el envejecimiento demográfico junto a la cada vez mayor participación laboral de las mujeres ha llevado a una situación crítica, puesto que la oferta de trabajo de las mujeres no era infinita, como parece que se suponía. Una situación crítica en relación al cuidado de las personas, básicamente, de las personas mayores muy dependientes que requieren presencia constante de otra persona adulta*» (Carrasco, 2013).

Así pues, en la crisis de asistencia y de cuidados han incidido dos tendencias: la primera se refiere al aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente de la población anciana, que no se ha acompañado de un aumento equivalente de los servicios de asistencia a las personas mayores. Para el caso de la CAE, las necesidades de cuidados a largo plazo han aumentado mucho en los últimos años y se dispararán en el corto y medio plazo porque los llamados *baby boomers* (nacidos entre 1957-1977) se están aproximando a la jubilación. La segunda tendencia se refiere al aumento del número de mujeres empleadas de manera asalariada fuera de los hogares, lo que ha supuesto una reducción de la contribución de estas mujeres a la reproducción de sus familias (Carrasco, 2013), ya que su inserción en el mercado laboral no ha implicado una reducción generalizada de la jornada laboral de la población ocupada. Las mujeres han dejado el rol de cuidadoras a tiempo completo en el hogar⁶ y ello ha derivado en cambios en el modelo familiar dominante que ya no es el de «hombre ganador de pan/mujer ama de casa», sino que se ha ido imponiendo (por razones económicas, culturales y sociales) un modelo de familia de doble ingreso también denominado «modelo de ganador y medio de pan». En la práctica, estos cambios se han materializado en la desaparición de las mujeres de la llamada «generación sándwich» (Moreno *et al.*, 2013) encargadas de las tareas de cuidado y atención a las personas dependientes de la familia, pero no ha logrado todavía que los hombres se corresponsabilicen de los cuidados y los compartan.

Por ello, la crisis de cuidados se ha convertido en un concepto que permite comprender mejor los cambios demográficos, sociales y económicos que se han producido en las últimas décadas, tanto en los países del Norte como del Sur. Y en la base de esta crisis está, así, el desequilibrio entre la demanda y la oferta, que exige que se tomen medidas para aumentar la oferta de cuidados ligados a las personas mayores y, especialmente, mayores dependientes, y que transformen simultáneamente la organización de los tiempos en los trabajos remunerados y no remunerados de mujeres y hombres.

Para hacer frente al déficit en la provisión de cuidados, debido en gran parte al proceso de envejecimiento de la población, y a un cambio en las estructuras familiares que han pasado de estructuras extensas a familias nucleares diversas en su composición, surgió como solución parcial el recurso a la mercantilización de una parte de los cuidados. Así, se abrieron oportunidades de empleo para mujeres que fueron tomadas inicialmente por mujeres rurales que emigraban a los entornos urbanos (Wikander, 2016) y en las últimas décadas han sido ocupadas a menudo por muje-

⁶ El descenso en el número de amas de casa es constante, aunque sigue habiendo muchas más mujeres que hombres realizando estas tareas. Así, según el INE, en 2019 hay en Euskadi 155,5 mil amas de casa y en 2006 eran 223,5 mil. El número de amos de casa en ese mismo periodo ha pasado de 8,8 a 14,4 mil. Hace cuatro décadas, en 1976, el número de personas dedicadas a las labores del hogar era de 468,6 mil (probablemente casi todas mujeres).

res migrantes (Pérez Orozco, 2006, Parella, 2007). Así, se conformaron las denominadas cadenas globales de cuidados, que pueden entenderse como la plasmación de la globalización en el ámbito de los cuidados de las personas. Estas cadenas han sido generadas por el recurso a la contratación de mujeres inmigrantes para el cuidado de dependientes y la realización de trabajos domésticos en el hogar⁷, que en los países del sur de Europa se ha materializado en la contratación de servicios domésticos y de cuidados, frecuentemente con condiciones laborales precarias y vulneraciones destacables de sus derechos laborales.

3.1. Tipología y agentes principales de los cuidados

Son varias las clasificaciones de trabajos de cuidados que pueden hacerse. Así, según sea su relación con el mercado, se distinguen los trabajos mercantiles/pagados y los no mercantiles/no pagados⁸. Como su nombre indica, el trabajo pagado de cuidados es realizado por trabajadores y trabajadoras del cuidado a cambio de una remuneración económica. Comprenden una gran diversidad de empleos vinculados con servicios personales, como el personal de enfermería, el médico, y los trabajadores y trabajadoras del cuidado personal y del servicio doméstico (OIT, 2018). Los trabajos remunerados pueden ser a su vez formales e informales. Estos trabajos remunerados se suministran principalmente a través de los hogares como empleadores de servicios domésticos, las administraciones públicas o las empresas.

Los trabajos de cuidados no remunerados son los que se desarrollan en el ámbito familiar sin que medie remuneración monetaria, y son realizados fundamentalmente por miembros de la unidad familiar (principalmente por mujeres), aunque una pequeña parte puede suministrarse de manera extrafamiliar (redes de apoyo, voluntariado, etc.).

En cuanto al sujeto que lo lleva a cabo, los cuidados tienen tres protagonistas principales: a) las personas que se autocuidan, plena o parcialmente; b) las cuidadoras no remuneradas; y c) quienes realizan trabajos de cuidados remunerados (Durrán, 2016). Los trabajadores y las trabajadoras del cuidado comparten características distintivas: al proporcionar cuidados, entran en contacto directo con quienes se benefician de los cuidados, y a menudo entablan relaciones de cuidado prolongadas; muestran diversas calificaciones, aunque estas no suelen reconocerse o remunerarse; experimentan con frecuencia tensiones entre aquellos a quienes cuidan y las condiciones en las que deben prestar cuidados, y son en su mayoría mujeres. Sin embargo, no son un grupo homogéneo: existen diferencias y jerarquías entre los y las trabajadoras del cuidado, también en términos de remuneración, condiciones de trabajo y estatus.

⁷ Esta tendencia no se ha producido en todos los estados europeos, aunque sí en el nuestro.

⁸ Al hacer referencia a esta distinción también se utiliza la distinción trabajos productivos/trabajos reproductivos.

Si se ordenan los cuidados en función de los espacios en los que se desarrollan, pueden distinguirse los trabajos en el hogar⁹ y los desempeñados en el espacio público. Los primeros son desarrollados, sobre todo, por familiares sin remuneración económica, pero una parte se realiza mediante la contratación laboral, principalmente de mujeres y a menudo mujeres migrantes. Esta contratación puede realizarse de manera directa y también a través de empresas intermediarias¹⁰. En este tipo de cuidados se pueden distinguir los trabajos indirectos y los directos¹¹: los indirectos son los tradicionalmente llamados trabajos domésticos (limpiar la casa, cocinar...) y los trabajos directos comprenden la atención directa a las personas (suministrar alimentos, higiene...). En este artículo, cuando utilizamos el término de cuidados, nos referimos tanto a los trabajos domésticos como a los específicos de cuidado.

En cuanto a los agentes suministradores, el sistema de cuidados abarca a familiares, amistades y personas voluntarias que prestan asistencia y apoyo, los equipos de profesionales sanitarios, de cuidadores remunerados y no remunerados, la coordinación de la atención, los servicios basados en la comunidad y la atención institucional, así como los servicios que sirven de apoyo a las personas cuidadoras y garantizan la calidad de la atención que ofrecen (por ejemplo, los servicios de cuidados temporales y las iniciativas para proporcionar información, educación, acreditación, financiamiento y capacitación) (OMS, 2015).

Un denominador común de los trabajos de cuidados es su carácter universal y su importancia en todos los contextos. En el recuadro nº 1 se sintetizan algunos datos que dan cuenta del peso de los cuidados en el empleo mundial. Otra característica compartida es que son cruciales para el bienestar personal, familiar y social y, por lo tanto, son claves para el funcionamiento del sistema socioeconómico actual. Además, todos estos trabajos tienen una dimensión directa, física y material, pero también un componente emocional importante. Puede afirmarse, asimismo, que sea cual sea su relación con el mercado, el espacio en el que se desarrolle y el agente responsable, son mayoritariamente trabajos realizados por mujeres, aunque el nivel de corresponsabilidad de los hombres y de las instituciones puede variar según los contextos. Y ello es así a pesar de los grandes cambios que se han producido en las últimas décadas en la participación social, política y económica de las mujeres.

⁹ Cuando hablamos de hogar no nos referimos exclusivamente al espacio interno del hogar, puesto que estos se pueden suministrar en parques, plazas, etc.

¹⁰ Obviamente, algunos servicios subvencionados/suministrados por las administraciones públicas (por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio) también se suministran en el hogar.

¹¹ Aunque esta distinción puede ser válida para los cuidados remunerados realizados fuera de los hogares, no es habitual analizar las diferentes actividades por separado.

Recuadro nº 1. **LA IMPORTANCIA DE LA ECONOMÍA DE CUIDADOS EN EL MUNDO (2018)**

A escala mundial, sin excepción, las mujeres realizan las tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado, a saber, el 76% de las horas dedicadas al mismo (en Europa se estima que el porcentaje es de 67%). Las mujeres dedican en promedio 3,2 veces más tiempo (en Europa 2,1 veces más) que los hombres a la prestación no remunerada de cuidados.

Los trabajadores y trabajadoras del cuidado son las caras y las manos de la prestación de servicios de cuidado remunerados. La fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados comprende, asimismo, a las trabajadoras y trabajadores del cuidado que trabajan en los sectores del cuidado (la educación, la salud y trabajo social), así como a aquellos que trabajan en otros sectores, a las trabajadoras y trabajadores domésticos, y a quienes, sin prestar cuidados, trabajan en los sectores del cuidado brindando apoyo a la prestación de estos servicios. El empleo relacionado con el cuidado es una fuente de empleo importante en todo el mundo, especialmente para las mujeres.

En total, la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados asciende a 381 millones de trabajadores: 249 millones de mujeres y 132 millones de hombres. Estas cifras representan el 11,5% del empleo mundial total, el 19,3% del empleo femenino mundial y el 6,6% del empleo masculino mundial. En la mayoría de los lugares, cuanto mayor es la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados como porcentaje del empleo total, mayor es la proporción de mujeres en ella. Son mujeres aproximadamente dos tercios de la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados, y esta proporción supera las tres cuartas partes en las Américas y en Europa y Asia Central.

Fuente: Care Work and Care Jobs for the future of decent work, OIT 2018.

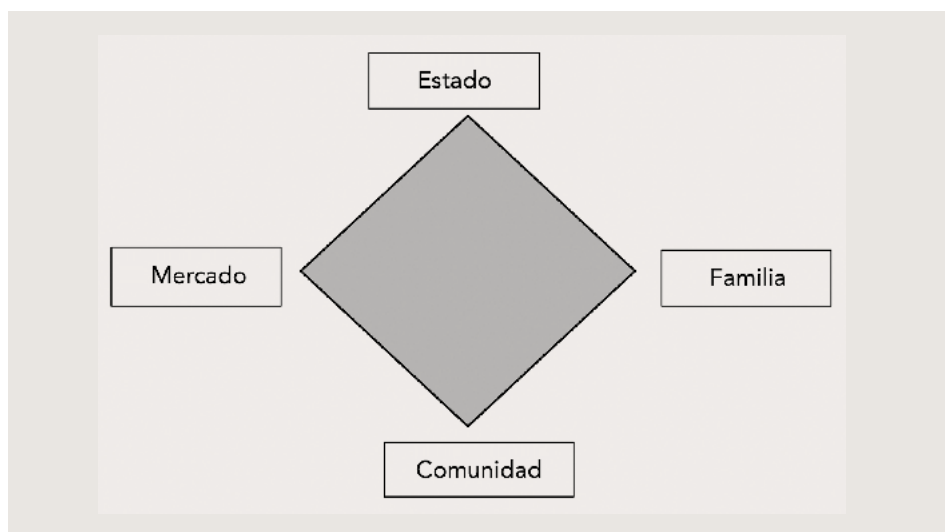
3.2. **El diamante de los cuidados en la CAE**

Todos los trabajos de cuidados suministrados por diferentes agentes y en diferentes espacios constituyen la economía de los cuidados. Esta economía comprende, por lo tanto, un conjunto amplio de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades humanas más básicas que tienen que ver con la existencia y reproducción de las personas a través de diferentes tipos de lógica e intercambio (Gálvez, 2016; Batthyany, 2004; Gardiner, 1997; Folbre, 2008). Una parte importante y creciente de esta economía de cuidados está destinada a suministrar cuidados a personas mayores, en general, y a mayores dependientes, de manera particular, cuidados que se caracterizan, entre otras, por el elevado nivel de exigencia física y emocional.

Al analizar la provisión de cuidados a través de las instituciones, actores y sectores participantes, Shashra Razavi (2007) utiliza la noción del «diamante del cuidado», representación geométrica de la organización social del cuidado a partir de cuatro ángulos, en los que sitúa a las principales instituciones involucradas con el mismo: el estado, el mercado, la familia y la comunidad. A través de esta arquitectura del diamante,

la autora analiza no solo las políticas sociales orientadas a cubrir las necesidades de cuidado intenso, es decir, los cuidados a menores, mayores y personas con enfermedades crónicas o con discapacidades físicas o mentales, sino también las provisiones de cuidado intermedias como el trabajo doméstico realizado por familiares a cambio de una remuneración, o los servicios proporcionados por el mercado, pero que cuentan con ayudas públicas. Además, permite estudiar la cuestión tanto desde el lado de quienes reciben cuidados como desde quienes los proveen (Martínez, 2017).

Gráfico nº 6. **DIAMANTE DE RAZAVI**



Fuente: Razavi, 2007.

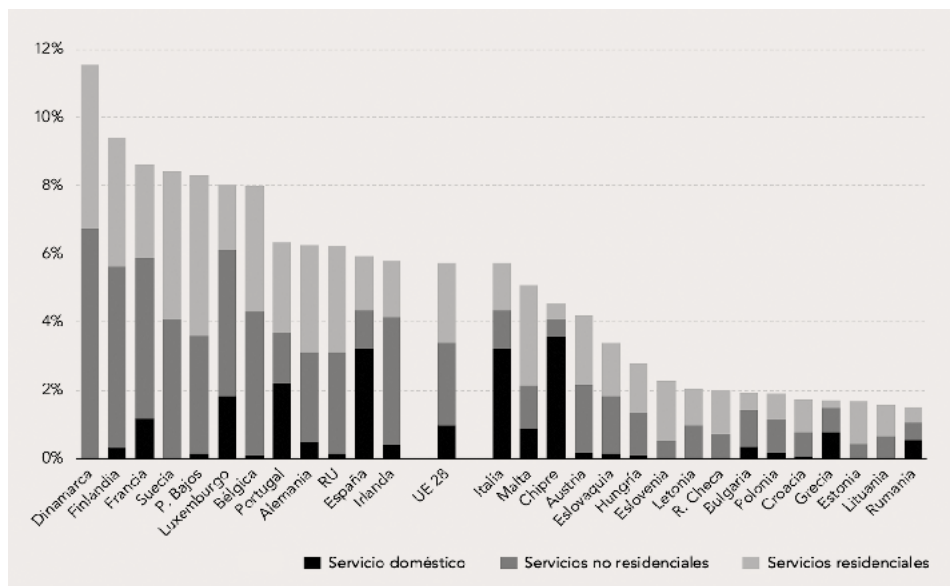
Las sociedades organizan los cuidados combinando la provisión desde los distintos vértices del diamante y ello refleja distintos tipos de sociedad y también diferentes grados de desigualdad (Gálvez, 2016). El diamante no debe entenderse como una estructura estática, sino que se producen flujos entre los distintos vértices en función, entre otros, de los cambios socioeconómicos y culturales, de los ciclos económicos y de las oportunidades laborales. En Europa, las transferencias de cuidados de un vértice a otro responden a dinámicas de des/re «familiarización», mercantilización, privatización, «ONGización», etc.

En general, los países en los que la provisión de cuidados recae fundamentalmente en el Estado son los más equitativos en redistribución de la renta y en relaciones de género (modelo tradicional nórdico). Aquellas en las que la familia tiene un papel fundamental (modelo mediterráneo) son más desiguales, pero la mayor desigualdad se da en las sociedades en las que la provisión de cuidados pasa fundamentalmente por el mercado (Gálvez, 2016).

Recuadro nº 2. EL EMPLEO DE CUIDADOS EN LA UE-28

El gráfico nº 7 nos acerca a la diversa realidad europea en la gestión de los cuidados¹¹ remunerados. Se observa, en primer lugar, que el peso de servicios ofertados fuera de las familias (residenciales y no residenciales) y servicios domésticos es bastante desigual y esto significa que existen grandes diferencias en la importancia del sector de cuidados: en el conjunto de la UE-28 el empleo en estos sectores supone el 6% del empleo total y el peso oscila entre el 12% de Dinamarca y el 1% de Rumania (España se sitúa en la media europea). En segundo lugar, cabe señalar la desigual importancia que tiene el sector de servicios domésticos. Estos servicios se suministran en el hogar, y puede entenderse que en los hogares que contratan personal doméstico el cuidado recae también en gran medida en familiares. El peso de los servicios domésticos en la UE-28 en el conjunto de los tres sectores seleccionados es de 17%, y el porcentaje más elevado corresponde a países mediterráneos: Chipre (79%), Italia (56%), España (54%) y Grecia (45%). Por último, los datos de Eurostat señalan que estos sectores son muy feminizados en todos los países: así, en el conjunto de la Unión Europea el 83% del personal empleado son mujeres y el grado de feminización oscila entre el 77% de Alemania y el 94% de Estonia (el porcentaje en el estado español es de 86%).

Gráfico nº 7 EMPLEO EN SECTORES RELACIONADOS CON CUIDADOS DE DEPENDIENTES EN LA UE-28, 2018 (% del empleo total)



Fuente: EFT, Eurostat. Elaboración propia.

¹² En el gráfico nº 7 se han seleccionado los sectores Q87, Q88 y T97 de la clasificación NACE. No hay datos disponibles de servicios domésticos de Dinamarca, Suecia, Eslovenia, Letonia, Estonia y Lituania. Se trata de una mera aproximación a los cuidados de mayores dependientes, puesto que si bien la mayoría de servicios residenciales y no residenciales se destinan a este colectivo, la diversidad en el caso de los servicios domésticos es bastante mayor.

- Aunque la separación por agentes resulta un tanto artificial, puesto que a menudo el ámbito privado y público se entremezclan tal y como se observa en el recuadro nº 2, trataremos de utilizar como base los vértices del diamante para reflexionar y analizar la prestación de cuidados en la CAE.

La comunidad

De los cuatro vértices, el comunitario es el que menos atención ha recibido, probablemente porque su papel es el menos definido y aparentemente de menor peso cuantitativo en la actualidad en las sociedades occidentales. Silvia Federici señala el continuo «proceso de crecimiento urbano y de gentrificación de los barrios obreros, que han destruido las redes sociales y los diversos modelos de apoyo mutuo en los que podían confiar las personas mayores que se encontraban viviendo solas (...). La consecuencia de todo ello es que para una gran parte de estas personas los efectos positivos de la mayor esperanza de vida se convierten en efectos negativos, transformándose en soledad, exclusión social e incremento de su vulnerabilidad frente a abusos físicos y psíquicos» (Federici, 2013).

En relación a la clasificación territorial, los países de Europa Central (Austria, Alemania, Países Bajos) son reconocidos como territorios donde la comunidad no solamente participa abiertamente en el suministro de atención personal, sino que es considerada como una palanca clave para la formación de los sistemas públicos de bienestar. Por contra, en los países de Europa del Sur, donde la implementación de la protección social pública se produce de forma tardía, al tiempo que existe una profunda delegación de los cuidados en las familias, es habitual que la literatura no reconozca la presencia del sector comunitario o del voluntariado.

En nuestro entorno, destaca sobre todo la contribución de las entidades del Tercer Sector. Así, el 13,4% de la población vasca ha ejercido el voluntariado en alguna organización del tercer sector en 2017 (241.907 personas). Hay una proporción muy similar de hombres y mujeres que ejercen voluntariado en estas organizaciones (13,6% y 13,1% respectivamente). Cabe indicar que el 5,2% es voluntariado ocasional, que participa en momentos puntuales, mientras que el 8,1% es voluntariado habitual de las organizaciones.

Si nos centramos en los apoyos prestados a otras personas fuera del ámbito familiar, esto es, el tiempo dedicado a otras personas fuera del hogar y fuera del marco de una organización¹³, los datos recogen que más de la mitad de las personas consul-

¹³ Este apartado se refiere específicamente al tiempo no remunerado ni obligatorio que la población dedica a actividades de ayuda a personas fuera del ámbito familiar y también al margen del marco de las organizaciones. En concreto, se han analizado las siguientes materias: ayuda en cuestiones vinculadas a las tareas propias del hogar (lavar la ropa, cocinar, planchar, coser, etc.); apoyo en los cuidados a terceras personas (cuidar a personas mayores, menores –por ejemplo, niños o niñas enfermas que sus padres/madres tienen que ir a trabajar–, incluimos también el cuidado de mascotas –por ejemplo, cuando hay un viaje...–); acompañamientos y visitas (acompañar a hacer alguna compra o alguna gestión –por

tadas (55,6%) ha prestado durante 2017 algún apoyo de este tipo. No obstante, el porcentaje de personas que realiza este tipo de tareas de manera habitual¹⁴, es el 13,4%. Por sexo parece que la proporción de mujeres que prestan de manera habitual alguno de estos apoyos es algo superior a la de los hombres (15,6% y 11,3%) así como las personas entre 30 y 49 años (14,9%). Además, Gipuzkoa presenta un índice algo mayor que el del resto de territorios (14,8%). El 15% de las personas afirma haber prestado algún tipo de ayuda a terceras personas en cuestiones vinculadas a las tareas del hogar en el último año. Un 3,1% lo hace además de manera habitual (Gobierno Vasco, 2018).

En la última década, la Gran Recesión ha incrementado los procesos de privatización, pero también ha impulsado algunas respuestas colectivas, como las cooperativas de convivencia de personas mayores o el fomento de redes de voluntariado, para promover entre los mayores la permanencia en su entorno de vida (Vega-Solís y Martínez-Buján, 2017). Es en este ámbito de iniciativas comunitarias donde incluiríamos experiencias como el Cohousing, que son un tipo de comunidades autopromovidas y autogestionadas por sus propios residentes, que nacieron en Dinamarca y Holanda a comienzos de la década de 1970 y que han llegado hace pocos años a nuestra comunidad. El Cohousing es un modelo residencial formado por viviendas de uso privativo y zonas comunitarias que se diseñan como extensión de la vivienda (Del Monte, 2017).

En la actualidad en el contexto vasco existen otros formatos de convivencia y apoyo mutuo, como las comunidades de convivencia, eco-aldeas, comunidades intencionales y personas que se han ido a vivir juntas para cuidarse mutuamente (Mogollón y Fernández, 2016). Modelos que, como el Cohousing, son, sin duda, de mucho interés y probablemente vayan extendiéndose a lo largo del tiempo, pero su expansión parece estar ligada a las posibilidades económicas de las personas mayores y a día de hoy son experiencias claramente minoritarias.

Las familias

Las familias son instituciones en las que coexisten la cooperación y los conflictos (UN Women, 2019), y constituyen el espacio primario de los cuidados, donde se concentra la mayoría de los mismos, tal como se afirma en todos los estudios e informes (COM, 2018; OIT, 2018; IMSERSO, 2016). Es decir, el grueso del trabajo de

ejemplo, al banco, a la administración..., visitas al médico, transporte de personas, etc.); Apoyo para reparaciones del hogar (arreglar un grifo que gotea, una puerta que hace ruido...); Ayuda económica a personas particulares (prestar dinero); Asesoramiento y/o consejo profesional o de gestión del hogar (asesoramiento jurídico o económico, gestión de facturas, etc.).

¹⁴ La mitad de las personas que prestan alguno de estos apoyos de manera habitual (50,5%) invierte en ellos entre 1 y 5 horas a la semana y un 23% menos de una hora. Aproximadamente el 3,5% de estas personas dedican más de 15 horas. Con todo, se estima que de media estas personas dedican dos horas y quince minutos cada semana.

cuidados en todo el mundo es realizado por cuidadoras y cuidadores no remunerados, siendo mayoritariamente mujeres pertenecientes a las propias unidades de convivencia. Cuando estos trabajos son contratados por las familias, hecho cada vez más frecuente, suelen ser realizados por mujeres pertenecientes a grupos socialmente desfavorecidos.

En la CAE, según la última Encuesta de Presupuestos del Tiempo publicada (de 2013), el número de horas diarias dedicadas por las mujeres al cuidado de personas mayores es de 1,4 y el de los hombres de 1,2¹⁵. Asimismo, la Encuesta de conciliación señala que en 2017 en el cuidado de personas dependientes la dedicación diaria de las mujeres laboralmente ocupadas (2 horas) es mayor que la de los hombres (1,4 horas)¹⁶, y el 87% de las excedencias por cuidados de familiares en la CAE han sido solicitadas por mujeres (Emakunde, 2018).

La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2016¹⁷ llevada a cabo en España revela el enorme protagonismo del cuidado en el entorno familiar (Martínez, Roldán y Sastre 2018), ya que el porcentaje de familiares como cuidadores principales de personas con limitaciones supera el 70% (es de 80% en el caso de cuidados de personas con limitaciones graves y de 74% en el de personas con limitaciones moderadas). En este colectivo, el mayor peso corresponde a familiares distintos al cónyuge, que son el 53% de cuidadores principales de personas con limitaciones graves y el 41% de quienes tienen limitaciones moderadas. El peso de la pareja como cuidadora principal es mayor en hombres que en mujeres, tanto en los casos de limitaciones graves (39% frente a 20%) como en los de limitaciones moderadas (48% frente a 24%).

El 59% de quienes cuidan a personas mayores o con dolencias crónicas son mujeres y el porcentaje de mujeres aumenta a medida que sube el tiempo de cuidados: son mujeres el 53% entre quienes dedican menos de 10 horas, el 55% entre quienes cuidan entre 10 y 19 horas y el 64% entre quienes cuidan al menos 20 horas a la semana.

Además, según la ECV-2016, en el 16% de hogares españoles vivía en 2016 alguna persona necesitada de ayuda por su edad o por alguna dolencia crónica. En un 86% de estos hogares no existen cuidados remunerados. La utilización de cuidados remunerados está claramente vinculada al nivel socioeconómico del hogar, ya que

¹⁵ Hemos tomado los datos de tiempo medio por participante. El tiempo dedicado al cuidado de personas es escaso en comparación con los otros grandes grupos de actividades. Esto puede deberse, entre otras cuestiones, a la dificultad de capturar estadísticamente el tiempo que se dedica a estas actividades en su totalidad, especialmente cuando se desarrolla de manera simultánea a otras, lo que puede haber influido en la poca representación del trabajo de cuidados dentro del conjunto de actividades cotidianas (Bianchi y González, 2015). Además, hay mucho trabajo que habría que considerar de cuidado (organización, estar presente, etc.) que no necesariamente se recoge en las encuestas.

¹⁶ La brecha de género en cuidado de dependientes es menor que la que se da en cuidados de hijas e hijos (5,1 horas ellas y 3,3 ellos), probablemente porque en muchas parejas de personas mayores los hombres se convierten también en cuidadores de sus cónyuges.

¹⁷ Utilizamos la encuesta de 2016 porque el módulo de ese año se centró en el acceso a los servicios.

estos servicios se contratan en el 23% de los hogares con dependientes pertenecientes al quintil superior de ingresos, mientras que en el quintil inferior el porcentaje fue de 9% (Martínez, Roldán y Sastre, 2018).

Por otra parte, según la Encuesta de Familias y Hogares (EFH)-2015¹⁸ hay en Euskadi un total de 66.471 familias (8% del total de hogares) con sobrecarga de trabajo por atender a familiares mayores (19.519 por atender en el hogar y 46.952 por atenderlos fuera del hogar). Cabe señalar que según esta encuesta un total de 4.930 hogares no encuentran plaza en residencia para mayores y son 7.758 los hogares que declaran no encontrar personas adecuadas para el cuidado de mayores.

Ya se han resaltado algunos cambios que han incidido en la crisis de los cuidados. Ligado a ellos y a los cambios demográficos se ha producido también un envejecimiento de las familias. Así, según la EFH-2015, la edad media de las personas de referencia de los hogares es muy elevada (55,5 años). Cabe, asimismo, señalar que las mujeres constituyen la parte mayoritaria de las personas de referencia¹⁹ en los hogares vascos, puesto que son el 54,2% del total (este porcentaje alcanza el 87,2% en el caso de las familias monoparentales).

Este envejecimiento de las familias está relacionado con los cambios en los modelos de convivencia familiar y todo ello tiene repercusiones en los cuidados suministrados en el ámbito del hogar. Al aumentar la esperanza de vida, también lo hacen las probabilidades de que diferentes generaciones de una familia estén vivas al mismo tiempo. Sin embargo, aunque pueda haber aumentado el número de generaciones sobrevivientes en una familia, en la actualidad estas generaciones tienen más probabilidades que antes de vivir por separado. Según la EFH-2015 el 25% de los hogares de Euskadi son unipersonales, la edad media de las personas que habitan en estos hogares es de 61 años y el 60,7% están constituidos por mujeres.

El mercado

En este vértice del diamante se incluye la provisión de cuidados, tanto por parte de personas contratadas en el espacio privado como de empresas privadas, y de aquellas que contratan con los poderes públicos. El papel de las empresas privadas se ha reforzado debido a los procesos de externalización de los servicios públicos, incluidos los de cuidado, impulsados durante las últimas décadas, y acelerados durante la última Gran Recesión.

Se ha observado que el mercado puede resolver parte de las demandas de cuidado, pero solo para un colectivo muy pequeño y muy bien situado económicamente,

¹⁸ Esta encuesta no permite realizar un análisis desagregado por sexos.

¹⁹ En el caso de familias nucleares, se establece el principio de que la persona de referencia ha de ser el padre, o en su ausencia, la madre. En familias polinucleares, la persona de referencia será el padre, o en su ausencia la madre, de la generación más anciana y, dentro de la misma generación el de mayor edad (Eustat).

porque los cuidados de mercado son caros. Por ejemplo, el precio de estancia en las residencias privadas en el País Vasco es elevado, ya que el precio medio en 2017 es de 2.269 euros, el más elevado del estado (la media estatal es de 1.778 euros)²⁰.

En lo referente al empleo de hogar, una primera reflexión nos lleva a pensar que, si los trabajos domésticos y de cuidados no mercantiles han sido ignorados por la economía y los poderes públicos, no es de extrañar que al ser mercantilizados se hayan convertido en empleos de segunda y se desarrollen, muy a menudo, en condiciones de precariedad laboral. Según un reciente estudio realizado por Mundubat en la CAE, el sector de los cuidados «es complejo, con vulneraciones destacables que combinan jornadas laborales abusivas, salarios bajísimos, desprotección socio-laboral y altas responsabilidades y exigencias en clave de deberes que no siempre se compensan con el reconocimiento de derechos laborales para las trabajadoras» (Roco, 2018).

De acuerdo con los datos de la Seguridad Social, a comienzos de 2019 hay en Euskadi 29.214 personas afiliadas en el sistema especial de hogar y de ellas el 96% son mujeres. Estos serían los datos correspondientes al empleo formal en el sector, pero es sabido que la informalidad en el mismo suele ser elevada. Por ejemplo, el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, en un informe de 2011, calculaba que el 14,2% de los hogares contrataban empleo de hogar y de cuidados (Roco, 2018). Las discrepancias que suelen aparecer entre las diversas cifras relativas al sector puede ser un indicador de la informalidad en el sector. Además, incluso entre quienes cotizan a la Seguridad Social, a menudo lo hacen por menos horas que las reales. Por ejemplo, según una encuesta llevada a cabo por Oxfam Intermón entre 205 empleadas del hogar solo 18 cotizaban todo su trabajo (OXFAM, 2018).

Por otra parte, según los últimos datos suministrados por la ATH-ELE²¹, el 41% de consultas corresponden a trabajadoras internas que, en su inmensa mayoría son contratadas para atender a mayores dependientes. De ellas, el 72% son extranjeras no comunitarias procedentes mayoritariamente de países latinoamericanos y el 24% tienen doble nacionalidad. De las extranjeras no comunitarias, el 34% no tiene papeles. Los datos señalan que la gran mayoría de las internas realiza su trabajo en condiciones de gran precariedad en lo referente a jornada y descansos. Además, en el 90% de los casos, los salarios no alcanzan el mínimo interprofesional.

Las cifras reflejan que la crisis de cuidados a la que se ha aludido con anterioridad ha sido gestionada por muchas familias recurriendo a la contratación de mujeres pobres de países más pobres (Orozco, 2013). Así, en los países del sur de

²⁰ www.inforesidencias.com

²¹ Los datos de estas estadísticas corresponden a 592 casos atendidos en 2018 por la asesoría realizada por la Asociación de Trabajadoras de Hogar de Bizkaia. <http://ath-ele.com/eu/estadisticas/>

Europa, dadas las limitaciones de los Estados de Bienestar, la provisión de cuidados a las personas mayores dependientes por parte de las mujeres migrantes se está convirtiendo en una de las fórmulas más habituales para dar respuesta a las necesidades que plantean los nuevos escenarios sociodemográficos (Nogueira y Zalakain, 2015; Federici, 2013).

Las mujeres inmigrantes trabajadoras de hogar sufren una triple discriminación: por razón de género, por el origen (con consecuencias de disminución de derechos sociales, políticos y económicos por su condición de extranjera), y una discriminación por la clase social (con condiciones laborales deficientes y escaso acceso a sistemas de inspección, puesto que el trabajo se desarrolla en el hogar familiar) (Nogueira y Zalakain, 2015). De todas maneras, esta triple discriminación no debe entenderse como una simple suma de discriminaciones, sino que esta intersección entre desigualdades conlleva una nueva desigualdad, que podemos denominar «desigualdad interseccional» (Cruells, 2015).

El Estado

En el diamante de cuidados, el Estado tiene un papel crucial, en tanto que el Estado «habla» mediante sus leyes y, en este sentido, tiene eficacia simbólica (Gaba y Salvo, 2016). Además, aunque parezca contradictorio, la implicación del sector público en los cuidados puede potenciar al mercado, ya que gran parte de las políticas se centran en prestaciones económicas o en la subcontratación de servicios (Keller, 2017).

Son muchas las opciones de atención a personas mayores desde las administraciones públicas: teleasistencia y telealarma, adaptación del domicilio, ayudas técnicas en el domicilio, atención domiciliaria, centros de día, viviendas para mayores y residencias.

Según la información estadística del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a finales de 2018 el número de personas en la CAE con derecho a prestación por dependencia²² es de 78.811, de las que el 82% recibe dicha prestación (a nivel del estado este porcentaje es de 81%)²³. La lista de espera de 18% es un indicador insuficiente de la demanda de cuidados no cubierta por el sistema, porque es sabido que no todas las personas que necesitan atención la solicitan.

En el cuadro nº 2 se sintetizan los últimos datos disponibles a nivel de la CAE de los servicios y prestaciones económicas más importantes.

²² Las personas con derecho existentes en cada momento se ven influidas por el grado de quienes realmente necesitan cuidados lo solicitan, así como con la rapidez o demora del proceso de valoración y los criterios aplicados para conceder o denegar un grado de dependencia.

²³ Corresponde al País Vasco el 6% de personas con derecho a prestación cuando su peso en la población es de 4,6%.

Cuadro nº 2. SERVICIOS Y PRESTACIONES SOCIALES DESTINADAS MAYORITARIAMENTE A PERSONAS MAYORES, CAE 2016²⁴

Servicios	Número	Cobertura (%)
Plazas residenciales	20.400	4,3
Centros de día	4.414	0,9
Servicio de ayuda a domicilio	13.771	3,0
Prestaciones económicas		
PECEF	30.806	6,6
PEAP	5.182	1,1
PEVS	2.256	0,5

Fuente: Gobierno Vasco y diputaciones forales. www.memoriaz.org. Elaboración propia.

En el apartado de servicios, hay 20.400 plazas residenciales, lo que supone una cobertura de 4,3% de las personas mayores de 65 años²⁵. En los últimos ocho años ha habido un aumento de 2.292 plazas residenciales, pero a pesar de ello no se ha conseguido aumentar la tasa de cobertura²⁶ (en ese período la tasa de cobertura ha pasado de 4,5 a 4,3). En el caso de los centros de día, el número de plazas asciende a 4.414 en 2016. El aumento en el número de plazas en centros de día ha sido de 706 y la cobertura ha permanecido estable (0,9%). El Servicio de Ayuda a Domicilio se presta a 13.771 personas, destacando también la disminución en el número de personas beneficiarias del mismo (disminución de 3.273), lo que ha supuesto que su cobertura haya pasado de 4,2 en 2008 a 3,0 en 2015.

En muchos países europeos (Austria, Dinamarca y Francia, por ejemplo) el servicio de atención domiciliaria (SAD) tiene prioridad sobre la alternativa de las residencias, pero en otros estados europeos, los servicios que se ofrecen no están lo suficientemente desarrollados (España, Irlanda, Polonia, entre otros).

En el caso de las residencias, son públicas el 37% de las plazas y el resto son de titularidad privada o concertadas²⁷.

²⁴ Los últimos datos disponibles son todos de 2016, salvo los referidos al Servicio de ayuda a domicilio que son de 2015.

²⁵ Este indicador intenta aproximarse a la demanda potencial de servicios de cuidados de dependientes, pero tiene limitaciones evidentes puesto que no todas las personas de más de 65 años requieren estos servicios.

²⁶ La tasa de cobertura es el número total de plazas residenciales (tanto públicas como privadas) para mayores por cada 100 personas de 65 años y más.

²⁷ En la CAE, las residencias se dividen en públicas (de titularidad foral o municipal), privadas en régimen de convenio o concierto, y privadas sin financiación pública.

Cuadro nº 3. CENTROS PARA PERSONAS MAYORES EN LA CAE, 2016

	Centros	Plazas	P. usuarias	% sobre total
Total	432	20.400	18.532	100
Público	154	7.542	7.028	38
Privado	278	12.858	11.504	62

Fuente: Eustat, estadística de servicios sociales.

El 50,4% de personas residentes tiene más de 85 años. Las mujeres son mayoría (69%) entre las personas usuarias de residencias y este porcentaje se eleva hasta el 79% en el colectivo de mayores de 85 años²⁸. El personal que trabaja en servicios sociales está compuesto fundamentalmente por mujeres (84%)²⁹.

En el caso de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD)³⁰, son de tres tipos: a) Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y Apoyo a Personas Cuidadoras No Profesionales (PECEF); b) Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP); y c) Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS) (Díez, Etzezarreta y Larrañaga, 2018).

De los tres tipos de prestación económica, la opción mayoritaria es la del PECEF, porque tal como se ve en el cuadro nº 2, el 80,6% de las personas que reciben alguna prestación lo hacen en esta modalidad. A juzgar por los datos, parece que la opción de los últimos años ha sido la de aumentar el número de prestaciones económicas. Así, la tasa de cobertura³¹ del PECEF ha pasado de 2,5 a 6,6, la del PEAP de 0,1 a 1,1 y la de PEVS de 0,2 a 0,5. Las diferencias territoriales en los indicadores son significativas y llama especialmente la atención la diferencia en la cobertura del PEAP, ya que en Gipuzkoa es de 3,2, mientras que en Álava es de 0,2 y en Bizkaia de tan solo 0,03. De hecho, Gipuzkoa es, a nivel estatal, el territorio donde más se ha desarrollado la Prestación Económica de Asistencia Personal y el número de personas beneficiarias se ha

²⁸ Las mujeres también son mayoría entre las personas usuarias de centros de día. Por ejemplo, en Gipuzkoa el 70% de las 2.113 personas atendidas son mujeres.

²⁹ No disponemos del dato correspondiente al personal que trabaja en residencias de mayores, pero suponemos que será muy similar. Nos basamos en datos de la Encuesta de servicios sociales de Eustat.

³⁰ La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia entró en vigor en el año 2006. A nivel autonómico, la Ley 12/2008 de Servicios Sociales regula las condiciones básicas para garantizar el derecho a las prestaciones y servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, mediante la ordenación de un Sistema Vasco de Servicios Sociales de carácter universal. En la misma línea, el Decreto 24/2017 regula que el acceso a los servicios y prestaciones económicas del SAAD se hará a través de los servicios y prestaciones económicas del citado Sistema Vasco de Servicios Sociales (Díez, Etzezarreta y Larrañaga, 2018).

³¹ Las tasas de cobertura en prestaciones económicas expresan, por cada 100 habitantes, el número de personas beneficiarias, a 31 de diciembre, de la prestación económica correspondiente, y la cifra incluye todas las personas beneficiarias, tanto las de 65 y más años como las de una edad menor.

incrementado de 2008 a 2016 en 4.380, ya que la cobertura ha aumentado de 0,4 a 3,2. Por tanto, parece clara la apuesta de la Diputación Foral de Gipuzkoa por cambiar de dirección en el rumbo de las prestaciones económicas y desarrollar el modelo originario planteado en la Ley de Dependencia, que se decantaba por la prestación de servicios y cuidados profesionales (Díez, Etxezarreta y Larrañaga, 2018).

En este sentido, en la actualidad las administraciones vascas están desarrollando diversas políticas y planes vinculadas con el envejecimiento³². Así, está vigente la Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2030 del Gobierno Vasco que plantea doce objetivos que se engloban en tres áreas de actuación: a) Adaptación de la sociedad al envejecimiento. Un nuevo modelo de gobernanza; b) Anticipación y prevención para envejecer mejor; y 3) Amigabilidad y participación en la construcción de una sociedad del bienestar. Esta estrategia apuesta, por primera vez, por un modelo de atención integral y centrada en la persona, así como el desarrollo de acciones para promover su buen trato. Esta estrategia se basa en el discurso de la OMS y toma como referencia, entre otras, la Estrategia Europa 2020 y la Ley Vasca de Servicios Sociales.

En la misma línea, en enero de 2019 el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Bizkaia suscribieron un protocolo para impulsar la denominada «Economía Plateada» (*Silver Economy*), es decir, para el impulso de las actividades económicas que satisfacen las necesidades de las personas mayores. Se trabajarán tres vectores: el primero es el relacionado con la formación y capacitación especializada. El segundo con la innovación para el desarrollo de telemedicina y teleasistencia, y el tercero está ligado al desarrollo económico. Simultáneamente, la Diputación Foral de Gipuzkoa consensuó con el Ayuntamiento y la Autoridad Portuaria de Pasaia la ubicación del centro de referencia de atención al envejecimiento Adinberri³³.

4. CONCLUSIONES

La evolución demográfica de las últimas cuatro décadas en la CAE confirma el fin del ciclo de la dinámica demográfica expansiva y la consolidación de una nueva era de estabilidad demográfica de baja intensidad definida por una natalidad y una mortalidad muy bajas. Esta evolución tiene importantes consecuencias sobre la estructura demográfica por edades que determina no solo las características actuales sino la evolución futura de la población. Los factores que más han influido en la transformación de la estructura por edad han sido el aumento de la esperanza de vida y la caída y posterior estabilización de la natalidad. Los avances en la longevidad de la población vasca

³² Por ejemplo, Euskadi Lagunkoia, promovida por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y puesta en marcha por la Fundación Matia, tiene como objetivo incentivar la participación de las personas mayores y de la ciudadanía en general para la mejora de barrios y entornos en los municipios de Euskadi para que podamos seguir haciendo nuestra vida a medida que envejecemos.

³³ Se espera que genere 410 empleos, 110 de ellos directos y unos 300 indirectos. El conjunto ocupará una superficie de 26.900 metros cuadrados en la que se ubicarán el centro de referencia del envejecimiento, que contará con una residencia para 120 plazas, 25 apartamentos tutelados y un centro de día con zonas comunes con acceso a jardín y terraza y el espacio dedicado a la innovación.

han permitido que una mayor proporción en los diferentes grupos de edad alcance edades más avanzadas. En este periodo, la población de 65 y más años ha aumentado un 170%, aunque las diferencias en la longevidad por sexos han producido un proceso diferenciado de feminización de la vejez. Igualmente, se ha producido un progresivo envejecimiento debido a los mayores incrementos relativos en los grupos de mayor edad, especialmente de 85 o más años y en las mujeres.

La estabilidad en el tamaño de la población y su progresivo envejecimiento son los dos rasgos característicos de la evolución demográfica de la CAE que se proyectan hacia un futuro de corto y medio plazo. Así, las proyecciones demográficas a medio plazo realizadas por EUSTAT muestran que los principales elementos de cambio demográfico se mantienen. Estos aspectos incluyen: una previsión de ligero aumento poblacional con tasas de crecimiento anual en torno al 0,04% hasta el año 2031, la prolongación del proceso de envejecimiento demográfico y el aumento de la tasa de dependencia demográfica de las personas de edad. Esto hace prever un aumento significativo de la demanda de cuidados, especialmente de los cuidados de larga duración para personas mayores.

En el País Vasco, al igual que en la mayoría de los países europeos, estos cuidados de larga duración para personas mayores no conforman un campo de política social, como tal. De hecho, dicha provisión se caracteriza por la fragmentación de responsabilidades y la consiguiente falta de integración entre los aspectos sociales y sanitarios. Generalmente, los CLD cuentan con una financiación de distintas fuentes y se organizan en distintos niveles (horizontal y vertical).

Las familias son las principales proveedoras de cuidados a personas dependientes, teniendo un papel crucial las mujeres de las mismas. Desde la economía feminista se propone en este ámbito el reconocimiento, visibilización y reparto de todos estos trabajos de cuidados. Esto implica la corresponsabilidad de los cuidados tanto entre mujeres y hombres como una mayor implicación por parte de las administraciones públicas, ya que este no es un tema privado, sino público, porque nos afecta a toda la sociedad de forma muy relevante. Exige, asimismo, una reflexión social sobre el papel que deberían jugar las empresas en este proceso.

Cuando estos trabajos de cuidados salen a la esfera pública o se contratan en la esfera privada, se reproduce la falta de reconocimiento y valoración social de los mismos, lo que influye en que las condiciones laborales tiendan a ser muy precarias y con muy pocos derechos y esto se agrava en el caso de las trabajadoras internas.

Partiendo de que es necesaria la implicación de los cuatro vértices del diamante de Razavi, consideramos que el papel de las administraciones públicas en este sector es crucial, y más teniendo en cuenta las actuales tendencias demográficas. Por ello, es urgente considerar estos servicios como una inversión social y de futuro, ya que contribuyen de forma notable a la cohesión y equidad social al mejorar las condiciones de vida de una parte creciente de la población. Inciden también en la calidad de vida de toda la sociedad, ya que nos afectan a todas las personas en algún momento de nuestro ciclo vital y de las personas que queremos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALUSTIZA, A. (2003): *Población, Familia y Vejez en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Memoria de Investigación*. Departament de Geografia: Universitat Autònoma de Barcelona.
- ARREGI, B.; LARRAÑAGA, I. (2000): «Población», en *Panorama Social de la C.A. de Euskadi*. EUSTAT 2000.
- ARREGI, B.; LARRAÑAGA, I.; MARTÍN, U. (2007): «Demografía». *Informe EUSTAT 2006*.
- AWID (2004): «Interseccionalidad: Una herramienta para la justicia de género y la justicia económica», *Derechos de las mujeres y cambio económico* 9.
- BATTHYANY, K. (2004): *Cuidado infantil y trabajo: un desafío exclusivamente femenino: una mirada desde el género y la ciudadanía social*, OIT.
- BIANCHI, G.; GONZÁLEZ, Y. (2015): «El cuidado de personas en la familia», en Eustat (2015): *Dos décadas de cambio social en la CA de Euskadi a través del uso del tiempo. Encuesta de presupuestos del tiempo 1993-2013*, Eustat.
- CARRASCO, C. (2013): «El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía», *Cuaderno de Relaciones Laborales* 31.
- CARRASQUER, P. (2013): «El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología», *Cuadernos de Relaciones Laborales* 31.
- COM (2018): *Challenges in Long-Term Care in Europe. A Study Of National Policies*; Comisión Europea.
- CRUELLS, M. (2015): «La interseccionalidad política: tipos y factores de entrada en la agenda política, jurídica y de los movimientos sociales», tesis doctoral, Barcelona, Institut de Govern i Politiques Públiques de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- DALY, M.; LEWIS, J. (2000): «The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states», *British Journal of Sociology*, vol. 51-2.
- DEL MONTE, J. (2017): *COHOUSING. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal. Nº 4.
- DÍEZ, L.; ETXEZARRETA, E; LARRAÑAGA, M. (2018): «Cooperativa de cuidados: de la prestación económica de asistencia personal hacia la colectivización de las personas cuidadoras», *Zerbitzuan* 67.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2018): *Memoria 2017*. Departamento de políticas sociales, DFG/GFA.
- DURÁN, M.A. (2016): «El futuro del cuidado. El envejecimiento de la población y sus consecuencias», *Pasajes. Revista de pensamiento contemporáneo* 50.
- ELSON, D. (2008): «The Three R's of Unpaid Work: Recognition, Reduction and Redistribution», presentado en Expert Group Meeting on Unpaid Work, UNDP.
- EMAKUNDE (2018): *Cifras 2018. Mujeres y los hombres en Euskadi*, Emakunde.
- EUSTAT (2008): *Panorama Demográfico 2008. Informe*. EUSTAT: Vitoria-Gasteiz.
- (2010): *Euskadi en la UE-27. 27 Indicadores básicos para conocer la situación de nuestro país en la Unión Europea*. EUSTAT: Vitoria-Gasteiz.
- (2017): *Proyecciones de Población 2031. Análisis de Resultados* [http://www.eustat.eus/estadisticas/tema_163/opt_0/tipo_3/ti_Proyecciones_de_poblacion/temas.html]
- (2018): *Panorama Demográfico 2018*. EUSTAT: Vitoria-Gasteiz.
- (2018): *Escenarios demográficos. 2061. Análisis de Resultados* EUSTAT: Vitoria-Gasteiz.
- FEDERICI, S. (2013): *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*, Traficantes de Sueños.
- FOLBRE, N. (1994): *Who pays for the kids?* Londres: Routledge.
- (1980): «Of Patriarchy Born: The Political Economy of Fertility Decisions», *Feminist Studies*; Summer 1983; 9, 2; Periodicals Archive Online pg. 261.
- (2008): «Valuing children. Rethinking the economics of the family», *Harvard University Press*.
- GABA M.R.; SALVO, I. (2016): «Corresponsabilidad en el cuidado infantil y conciliación con la trayectoria laboral: Significaciones y prácticas de varones argentinos», *Psicoperspectivas* 15.
- GÁLVEZ, L. (DIR.) (2016): *La economía de los cuidados*, Deculturas.
- GARDINER, J. (1997): *Gender, Care and economics*, Macmillan Press.
- GOBIERNO VASCO (2018): «Voluntariado y otras formas de participación social en la CAPV.

- 2017». Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- GRAHAM, H. (1983): «Caring: A Labour of Love», Finch, J. y Groves, A.: *Labour of Love: Women, Work and Caring*, Routledge & Kegan Paul.
- IMRSO (2016): «Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas», *Colección Personas Mayores*.
- JUBETO, Y.; LARRAÑAGA, M.; RODRÍGUEZ, A. (2017): «Presentación», *Ekonomiaz* 91.
- KELLER, C. (2017): «Hacia una agenda feminista de los cuidados», en Ubasart, G.; Rius, A.; Keller, C.; y Domínguez, M.: «Políticas de género y calidad de vida en la ciudad», *Fuhem Boletín Ecosocial* 38.
- LEÓN, M. (2009): «Cambiar la economía para cambiar la vida. Desafíos de una economía para la vida», en Acosta, A. y Martínez, E. (comp.): *El buen vivir*, Quito, Abya-Yala.
- LUXÁN, M.; MARTÍN, U. (2012): «Demografía», en EUSTAT: *Informe Socioeconómico de la Comunidad Autónoma de Euskadi*. Gasteiz.
- MARCOS, J. (2006): «25 años de Historia Demográfica en la C.A. de Euskadi». *Primeras Jornadas sobre Población y Territorio en Álava: Claves explicativas de la Dinámica Demográfica Territorial y Desarrollo Local*. Universidad del País Vasco (EHU-UPV).
- MARTÍNEZ, M.J. (2017): «El estado de bienestar y los permisos para el cuidado de la infancia en la Comunidad Autónoma del País Vasco», *Ekonomiaz* 91.
- MARTÍNEZ, R.; ROLDÁN, S.; SASTRE, M. (2018): «Atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales», *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales* 5.
- MOGOLLÓN, I; FERNÁNDEZ, A. (2016): *Arquitecturas del cuidado Viviendas colaborativas para personas mayores. Un acercamiento al contexto vasco y las realidades europeas*, Emakunde.
- MORENO, S. et al (2013): «El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar: ¿Más dependencia y menos profesionalidad?», *Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS)*.
- NOGUEIRA, J.; ZALAKAIN, J. (2015): «La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euskadi», *Zerbitzuan* 60.
- OCDE (2015): *Panorama de la salud 2015: Indicadores de la OCDE, Mejores políticas para una vida mejor*, OCDE.
- OIT (2018): *Care Work and Care Jobs. For the future of decent work*, Geneva.
- OMS (2015): *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Organización Mundial de la Salud.
- OXFAM (2018): *Voces contra la precariedad: mujeres y pobreza laboral en Europa*, Oxfam Internacional.
- PÉREZ DÍAZ, J. (2005): «Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico», *Papeles de Economía Española* (104).
- (2010): «El envejecimiento de la población española». *Investigación y Ciencia* (410).
- PÉREZ OROZCO, A. (2006): «Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico», *Revista de Economía Crítica* 5.
- RAZAVI, S. (2007): «The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options», *UNRISD Gender and Development programme Paper number 3*.
- ROCO SANFILIPPO, J. (2018): *Trabajadoras no domesticadas. Diagnóstico participativo y plan de acción integral*. Mundubat.
- VEGA-SOLÍS, C.; MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2017): «Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados», *Quaderns-E De L'ica* 22.
- UN WOMEN (2019): «Progress of the world's women, 2019-2020. Families in a changing world». United Nations Women.
- UNGERSON, C. (2005): «Care, work and feeling», *Sociological Review* 53.
- (1983): *Why do Women Care?*, en FINCH, J. y Groves, A.: *Labour of Love: Women, Work and Caring*, Routledge & Kegan Paul.
- WIKANDER, U. (2016 [1998]): *De criada a empleada. Poder, sexo y división del trabajo (1789-1950)*. Siglo XXI.