

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES



Equipo de Coordinación Sociosanitaria de Euskadi

8 de Noviembre de 2018

bioef

berrikuntza + ikerketa + osasuna eusko fundazioa
fundación vasca de innovación e investigación sanitarias

Índice de contenidos

Resumen ejecutivo	6
1. Preámbulo	8
2. La persona cuidadora no profesional. Diagnóstico de situación..	11
3. El modelo de cuidados en un contexto de cambio social y demográfico	18
4. El perfil de la persona cuidadora no profesional	24
5. Apoyos recomendables para una adecuada provisión de cuidados no profesionales	29
6. Objetivos	32
7. Recomendaciones	36
8. Metodología	37
Anexo	
1. Ley de Dependencia. El marco legal de los cuidados a nivel estatal	39
Definición de cuidados	41
Servicios y prestaciones económicas	42
Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)	43
Servicios asistenciales del (SAAD)	44
2. Marco jurídico-estratégico de los cuidados en la CAPV	46
Ámbito social.....	46
Servicios y prestaciones de competencia municipal	50
Servicios y prestaciones de competencia foral.....	51
Servicios y prestaciones de competencia de Gobierno Vasco.....	54
Ámbito sanitario.....	55
Ámbito sociosanitario	56
3. Programas y acciones destinadas a las personas cuidadoras según Territorio Histórico y municipio	57
Referencias bibliográficas y fuentes consultadas	60

Índice de figuras

Figura 1. Aspectos positivos y negativos del cuidado familiar a personas mayores para el cuidador	15
Figura 2. Pirámide de población (2017-2026)	19
Figura 3. Gasto público en cuidados de larga duración (componentes sociales y sanitarios) en 2014 como porcentaje del PIB	22
Figura 4. Población cuidadora de 15 años o más por sexo, edad y relación con la actividad	24
Figura 5. Distribución de las personas cuidadoras principales según edad y sexo	25
Figura 6. Apoyo a las personas cuidadoras no profesionales desde su identificación y captación, a la evaluación de sus necesidades y posterior coordinación para el apoyo técnico, administrativo y/o emocional	34
Figura 7. Organización competencial de la atención sociosanitaria en el marco institucional vasco	47

Índice de tablas

Tabla 1. Tiempo medio destinado al cuidado de personas adultas por día y sexo en el hogar (2013)	19
Tabla 2. Tasa de cuidados proporcionados a personas adultas en el hogar según día de la semana y territorio histórico (2013)	20
Tabla 3. Personas dependientes de la población ocupada en la CAPV por cuidado durante la jornada laboral, según características sociodemográficas. Miles y (%). 2016	21
Tabla 4. Profesionales participantes en los grupos de trabajo sobre personas cuidadoras en los tres Territorios Históricos	36
Tabla 5. Servicios y prestaciones para Grado I: Dependencia moderada	41
Tabla 6. Servicios y prestaciones para Grados II y III: Dependencia severa y gran dependencia	41
Tabla 7. Prestaciones económicas	42
Tabla 8. Servicios asistenciales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)	43
Tabla 9. Servicios y prestaciones de competencia municipal	49
Tabla 10. Servicios y prestaciones de competencia foral	50
Tabla 11. Servicios y prestaciones de competencia autonómica: Gobierno Vasco	53
Tabla 12. Programas y acciones proporcionadas por la Diputación Foral de Álava y municipios alaveses	56
Tabla 13. Programas y acciones proporcionadas por la Diputación Foral de Bizkaia y municipios bizkainos	57
Tabla 14. Programas y acciones proporcionadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa y municipios guipuzkoanos	58

Equipo redactor:

**Aida Caso Vázquez, Jose Antonio de la Rica,
Catarina Paz Camaño e Inmaculada Sánchez Martín**

Resumen ejecutivo

Este documento explora las características de las personas cuidadoras no profesionales como uno de los colectivos de intervención prioritaria para la Coordinación Sociosanitaria en el País Vasco.

Con el objetivo de servir de orientación en la planificación de recursos para las personas que asumen los cuidados no profesionales -de modo que los recursos sociosanitarios disponibles contribuyan a la asunción de su rol cuidador/a en las mejores condiciones posibles- este documento plantea un primer **diagnóstico de situación** para facilitar la identificación de las características del contexto en el que se produce la asunción de cuidados de forma no profesional, las necesidades y circunstancias en las que estas personas asumen el rol de cuidador/a, la capacitación para la asunción de cuidados, etc.

Posteriormente, se aborda **el modelo de cuidados en un contexto de cambio social y demográfico**, subrayándose aspectos que evidencian la necesidad de transformación del tradicional modelo familista y femenino de cuidados.

El **perfil de las personas cuidadoras no profesionales** y los efectos de los cuidados en el entorno socio-familiar y de manera específica, las consecuencias para su calidad de vida o su salud también son objeto de un análisis que propone la identificación de los costes de los cuidados no profesionales para la vida de las personas, para la sociedad en su conjunto y para la economía.

En el abordaje de los **apoyos recomendables para una adecuada provisión de cuidados no profesionales**, se plantea la necesaria coordinación entre profesionales sociales y sanitarios y la importancia de los recursos sociosanitarios como elementos clave en la mejora de la calidad de vida de las personas que asumen el rol de cuidador/a no profesional. Desde el ámbito de la Coordinación Sociosanitaria se identifica un **triple eje estratégico de intervención** orientado a: proporcionar acompañamiento y soporte humano a las personas cuidadoras; facilitar los trámites administrativos que comporta la asunción de los cuidados no profesionales; y mejorar la prestación de los cuidados en cuestiones técnicas de carácter sanitario y psicosocial.

En consecuencia, el apoyo a las personas cuidadoras no profesionales se concreta en **cuatro grandes áreas de actuación** consistentes en: la identificación y captación de las personas cuidadoras de forma proactiva por parte de profesionales de los ámbitos social y sanitario; la evaluación de las necesidades de las personas cuidadoras no profesionales; el diseño y/o despliegue de intervenciones de tipo preventivo, terapéutico y/o rehabilitador para garantizar la calidad de vida de las personas que asumen los cuidados no profesionales; y la necesaria coordinación asistencial como área de actuación transversal.

En su parte final este documento formula una serie de **recomendaciones de actuación en el plano institucional y en el plano asistencial** para garantizar la calidad de vida de quienes asumen el rol de cuidador/a no profesional.

Por último, además de hacer mención a la **metodología** participativa empleada para el desarrollo de diferentes grupos de trabajo con los que conocer los perfiles y necesidades de las personas cuidadoras no profesionales en los tres Territorios Históricos, el documento incluye un **Anexo** en el que se incorpora **información diversa sobre los marco legal y estratégico en el que se desarrollan los cuidados**, los **servicios y prestaciones económicas** existentes de acuerdo al nivel competencial y los **programas y acciones** destinadas a las personas cuidadoras **en cada Territorio Histórico**.

1. Preámbulo

En nuestra sociedad actual hablar de cuidados exige referirse no solo a la persona cuidada sino también a las personas cuidadoras. Abordar los cuidados implica, en consecuencia, incorporar la visión y necesidades de quienes asumen estos, la de quienes realizan los cuidados en un plano formal, y la perspectiva de quienes los asumen de modo no profesional.

Las personas cuidadoras no profesionales son el objeto de atención de este documento por la trascendencia de las labores de apoyo que asumen, importantes para las vidas de las personas cuidadas y por las diversas implicaciones (sociales, económicas o de salud, entre otras) de los cuidados no profesionales para la propia vida de las cuidadoras y, también, para la vida comunitaria y social de la población.

Y es que de la organización y asunción de cuidados no profesionales se derivan implicaciones vitales para quienes los desarrollan y, en definitiva, consecuencias para la calidad de sus vidas en términos emocionales, de salud, de relaciones familiares, económicos, de conciliación laboral o de estatus socio-familiar, por citar algunos de ellos.

El apoyo a quienes de forma no profesional asumen los cuidados, ya sean familiares, personas amigas o vecinas, en esta sociedad afectada por el crecimiento de las tasas de envejecimiento, cronicidad y dependencia exige de las instituciones vascas, especialmente de los Departamentos de Empleo y Servicios Sociales y de Salud del Gobierno Vasco, de las diputaciones forales y de los ayuntamientos, la participación/colaboración en la planificación estratégica para la coordinación de los recursos sociosanitarios disponibles con el fin de proporcionar apoyo administrativo, técnico y emocional a las personas cuidadoras en un marco de atención integral y de continuidad de cuidados.

En definitiva, la elaboración de este documento responde a una iniciativa estratégica de carácter transversal¹ orientada a anticipar y atender las demandas sociosanitarias de las personas cuidadoras no profesionales como colectivo específico, especialmente

¹ El carácter transversal y no sectorial de la iniciativa viene determinado por la conjugación de la misión de los dos sistemas, el social (reconocido en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales cuando declara "favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional.") y el sanitario (expresado en la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euzkadi, como responsable de "promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socio-económica, con el fin de estimular los hábitos de vida saludables, la eliminación de los factores de riesgo, la anulación de la incidencia de efectos negativos y la sensibilización y concienciación sobre el lugar preponderante que por su naturaleza le corresponde.").

desde la consideración del papel que pueden jugar las políticas públicas de bienestar en el apoyo a estas personas para mejorar su calidad de vida y, entre otros efectos beneficiosos, fomentar la conciliación de su vida personal y actividad laboral en la asunción de cuidados.

Los cuidados no profesionales, durante largo tiempo invisibles en nuestra sociedad por proporcionarse en el interior de los hogares, constituyen un proceso social clave y de abordaje ineludible desde las Administraciones Públicas vascas, también desde la consideración de su papel fundamental en la configuración del sistema económico, político y social, especialmente cuando en nuestra sociedad vasca se conjugan dos tendencias en crecimiento: el envejecimiento demográfico y la incorporación de las mujeres al mercado laboral.

Los sistemas social y sanitario comparten el empeño de prevenir o paliar el efecto de situaciones que, por causa de problemas de salud, limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social puedan desencadenar necesidades sociosanitarias que requieran de la atención simultánea y coordinada, ya sea de forma temporal o permanente, de las personas que asumen o han asumido el rol de cuidadoras no profesionales. Se defiende, por tanto, la conveniencia de apostar por intervenciones que trasciendan el principio de subsidiaridad asumiendo desde las Administraciones Públicas vascas la necesidad de complementar la atención que proporcionan las personas cuidadoras no profesionales con la que desarrollan los propios servicios públicos vascos.

De acuerdo con esta propuesta, el apoyo a las personas cuidadoras se concibe como iniciativa con la que incorporar calidad a la vida de quienes asumen la responsabilidad de los cuidados, fundamentalmente mediante la articulación de tres líneas de trabajo complementarias:

- La provisión de acompañamiento/soporte humano a estas (apoyo emocional, apoyo en el duelo, etc.).
- La facilitación de trámites de carácter administrativo que permitan el empleo de nuevas tecnologías para la realización de gestiones básicas (por ejemplo, vía administración electrónica).
- El soporte técnico que facilite e incorpore las mejores técnicas en el desarrollo de las actividades cotidianas del cuidado (cursos de formación).

El presente documento desea servir de orientación para la planificación de recursos para las personas que asumen los cuidados no profesionales de modo que los recursos sociosanitarios disponibles contribuyan a la asunción de su rol cuidador/a en las mejores condiciones posibles al tiempo que se logran mitigar los efectos negativos que, en un sentido amplio, pueden derivarse del afrontamiento de estos cuidados (estrés, agotamiento, *síndrome del quemado*, debilitamiento de los lazos sociales como protectores de salud de primer orden, aislamiento social, reorganización de tareas en el ámbito de las relaciones interfamiliares, por citar algunos de los más habituales).

En definitiva, se trata de que el haz de luz llegue a las personas cuidadoras y de que el foco ilumine también a esa(s) persona(s) que asume los cuidados y que durante largo tiempo han permanecido para la sociedad y las instituciones en la zona de sombra que rodea a la persona dependiente o en situación de discapacidad.

Nuestro compromiso es con su visibilidad, el reconocimiento a su labor y el apoyo profesional multidisciplinar al desempeño de su rol desde la coordinación de los recursos sociosanitarios.

2. La persona cuidadora no profesional. Diagnóstico de situación

El ámbito de este documento se circunscribe al **abordaje de la figura de la persona cuidadora no profesional, por tanto aquella que provee de cuidados no profesionales**, entendida esta como la que proporciona cuidados a una persona en situación de pérdida de autonomía e independencia (al margen del reconocimiento jurídico de su condición de dependiente) para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria en su entorno habitual y cumpliendo con su rol social sin percibir por ello compensación económica alguna.

- **¿Cuándo una persona se convierte en cuidador o cuidador/a no profesional?**

Cualquier persona puede convertirse en cuidador o cuidadora no profesional² en algún momento de su vida, de forma repentina o porque un familiar o una persona amiga o vecino/a requiere de apoyo en su vida cotidiana. Por ello, para convertirse en persona cuidadora no profesional es necesario que concurran dos circunstancias:

- Que se plantee una necesidad de cuidados por parte de una persona por pérdida de autonomía e independencia a causa de enfermedad, vejez o discapacidad sobrevenida o gradual.
- Que en su entorno familiar o comunitario (es decir, en su red social) alguien esté dispuesto a proporcionar total o parcialmente los cuidados y apoyos que la persona precisa a causa de sus limitaciones físicas, psíquicas o intelectuales para realizar las **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) u otras de carácter instrumental (AIVD)** sin percibir por ello retribución alguna.

- **¿Durante cuánto tiempo se es persona cuidadora no profesional?**

La condición de persona cuidadora no profesional se encuentra asociada a la disposición para la provisión de cuidados y esta puede durar largos períodos de tiempo (meses o incluso años). Los cuidados que se prolongan en el tiempo, llamados también **cuidados de larga duración**, pueden tener consecuencias para la calidad de vida de la persona cuidadora en forma de efectos no beneficiosos para su salud física y emocional -desgaste psicológico- e impacto -deterioro- en su vida familiar y entorno social más próximo.

² Como recuerda J. Rogero en su libro *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana* (Imsero, 2010: 37): "La actividad de cuidar se ha realizado y se realiza desde diferentes instituciones sociales: el Estado (residencias, hospitales, etc.), la familia (cuidado de abuelas a nietos, de hijos a padres, etc.), el mercado (servicios con fines de lucro) u otras instituciones (organizaciones sin fines de lucro, etc.). El tipo de cuidado viene dado por la institución o personas que lo proveen, por la situación de quien lo recibe, y por el contexto en el que se desarrolla."

- **¿Quién es un cuidador o cuidadora no profesional?**

Las personas que proveen cuidados sin percibir compensación económica alguna por ello son cuidadores/as no profesionales. El rol de la persona cuidadora se configura y mantiene proporcionando apoyo a otra(s) persona(s) de su misma red social que se encuentra(n) en situación de dependencia³ o discapacidad y con la que existe un vínculo afectivo. La ayuda que la persona cuidadora proporciona busca promover un cierto grado de autonomía e independencia en quien recibe los cuidados.

En consecuencia, el apoyo que proporciona o ha de proporcionar la persona cuidadora puede responder a un amplio abanico de necesidades: de tipo instrumental o material, de naturaleza afectiva, de carácter financiero o cualquier otro que precise la persona receptora de cuidados.

Sin embargo, con frecuencia las personas que asumen estos cuidados carecen de capacitación y/o formación suficiente para el desarrollo de estos y poseen un escaso conocimiento de las necesidades derivadas de la situación de dependencia o discapacidad que afectan a las personas necesitadas de cuidados.

- **¿Qué son las Actividades de la Vida Diaria?**

La independencia y autonomía en la realización de las Actividades de la Vida Diaria implican que cualquier persona pueda realizar diferentes tareas de cuidado personal, actividades domésticas básicas, desarrollar una movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas⁴.

La pérdida de autonomía e independencia en la realización de estas actividades conlleva la necesidad de apoyos significativos para la realización de las mismas, ya sea en forma de cuidados profesionales y/o no profesionales (los proporcionados por la figura de la persona cuidadora no profesional).

La provisión de cuidados no profesionales puede plantearse como apoyo en la promoción de la independencia y autonomía para la realización de dos grandes tipos de actividades:

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**

Comer, vestirse, asearse, movilidad dentro del hogar, levantarse/acostarse, problemas de incontinencia urinaria o fecal; control y supervisión de tratamientos médicos, son algunos ejemplos de estas.

³ Algunos autores subrayan el sentido amplio que abarca el concepto de dependencia por el simple hecho de vivir en sociedad y necesitar de las relaciones sociales no exclusivamente como apoyo funcional y de salud. Sin embargo, el sentido más ampliamente extendido del término se vincula a la gerontología y a las limitaciones para realizar actividades cotidianas a consecuencia de una dependencia física asociada a una situación de discapacidad.

⁴ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)**

Son actividades que suponen un mayor grado de interacción con el entorno. Entre ellas destacan, por ejemplo, la realización de tareas domésticas - comidas, limpieza de la ropa o de la casa-; la movilidad en el entorno sin medio alguno de transporte; o el desarrollo de actividades relacionadas con la gestión y administración del hogar (realización de compras, control de suministros y servicios, etc.), entre otras.

En función del tipo de cuidados a proporcionar, la persona cuidadora se enfrenta a diferentes grados de exigencia y capacitación para el desarrollo de estos apoyos.

- **¿Cuál es el objetivo de los cuidados de larga duración proporcionados por la persona cuidadora no profesional en el entorno habitual?**

El objetivo de una persona cuidadora no profesional cuando asume este rol es intentar promover el mayor grado de autonomía, independencia, realización personal, dignidad y calidad de vida de la persona cuidada en su entorno de vida habitual mediante la provisión de apoyos fundamentales para el desarrollo de actividades esenciales para su vida diaria.

Entre estos apoyos se encuentran aquellos de tipo material o instrumental, orientados a contribuir a la realización de actividades fundamentales para la vida diaria de la persona necesitada de cuidados, ya tengan estas actividades un carácter básico o instrumental; también apoyos definidos como de tipo informativo o estratégico (J. Rogero, 2010); y apoyos de tipo emocional.

- **¿Cuáles son los requisitos para ser designada persona cuidadora no profesional según la Ley de Dependencia?**

El reconocimiento de un grado y nivel de dependencia -con protección en vigor- conlleva el derecho al diseño de un Programa Individual de Atención (PIA).

Si el recurso/servicio valorado como más adecuado para el apoyo a la persona en situación de dependencia consiste en la prestación de cuidados en el entorno familiar y apoyo a las personas que asumen los cuidados no profesionales, se designará en el PIA a la persona que desempeñará esa función de cuidadora no profesional.

Para más información puede consultar:

[Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia](#)

Cuando en el PIA, se designa a una persona cuidadora no profesional, esta se compromete a que se mantengan las condiciones en que se encuentra atendida la persona en situación de dependencia y, en el caso de que estas cambien, a informar de ello para poder modificar el Programa Individual de Atención, que deberá de ajustarse a la nueva situación.

- **¿Qué formación debe recibir la persona cuidadora no profesional en el marco que regula la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia?**

Las áreas de formación para mejorar la calidad de la atención que proporcionan las personas cuidadoras no profesionales deben orientarse a su capacitación en áreas como:

- Papel de la persona cuidadora no profesional
- Medidas higiénico sanitarias para la persona cuidadora no profesional
- Grupos de autoayuda y ayuda mutua
- Competencias y habilidades para el cuidado
- Cuidados sanitarios
- Cuidados psicosociales
- Técnicas para favorecer la libre determinación y la máxima autonomía individual de la persona en situación de dependencia
- Técnicas para favorecer las relaciones sociales. Actividades de acompañamiento y de relación social. Estrategias de intervención
- El ocio y el tiempo libre de la persona en situación de dependencia.
- Recursos existentes y generación de redes sociales
- Información sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Estas áreas de formación se proponen para la mejora de la calidad de la atención que proporcionan las personas cuidadoras no profesionales de modo que:

- Se faciliten unos conocimientos básicos a las personas cuidadoras para mejorar el cuidado sociosanitario de las personas en situación de dependencia.
- Se promueva que las personas cuidadoras apliquen los procedimientos y estrategias más adecuadas para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia y sus relaciones con el entorno.
- Se ofrezca información sobre soportes de apoyo que propicien el autocuidado y la vida autónoma de la persona en situación de dependencia.
- Se facilite un apoyo emocional a las personas cuidadoras a través de actuaciones de autocuidado.
- Se informe y oriente sobre los recursos sociosanitarios más adecuados para garantizar los cuidados, la asistencia y la vida autónoma de las personas en situación de dependencia.
- Se impulse el reconocimiento social de las personas cuidadoras, favoreciendo, en su caso, una orientación para una futura integración en el mercado laboral.

Para más información puede consultar:

[Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre objetivos y contenidos comunes de la información del Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.](#)

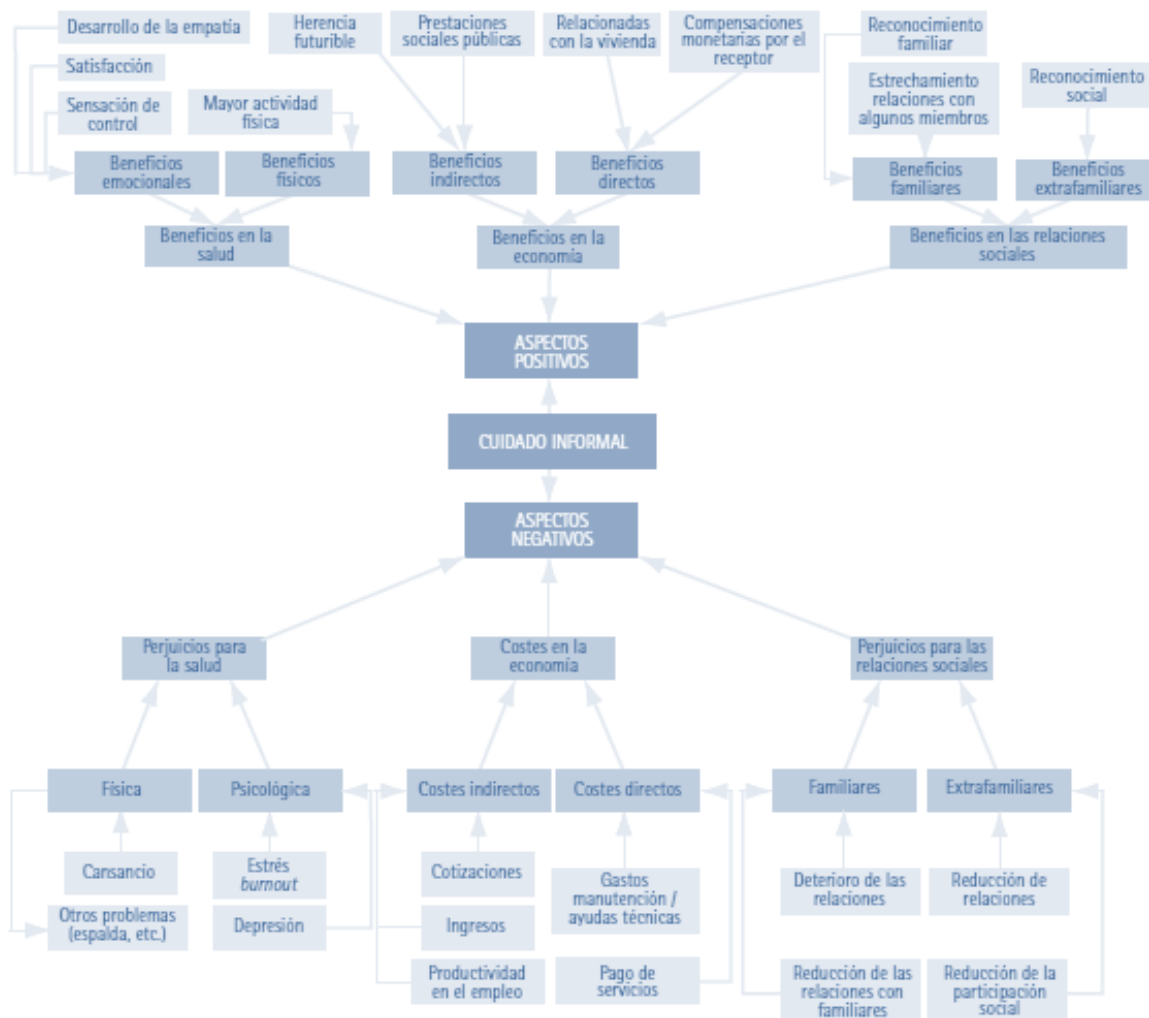
- **¿Cuáles son las consecuencias de los cuidados no profesionales para las personas que los asumen y su entorno socio-familiar?**

Las repercusiones de los cuidados no profesionales afectan no solo al binomio persona cuidada-persona cuidadora, sino que se amplía a la red familiar y a las personas que forman parte del entorno social en el que estos cuidados se desarrollan.

El cuidado no profesional puede afectar, en sus múltiples dimensiones, a la vida cotidiana de un amplio número de personas que padecen la llamada *dependencia derivada*⁵.

⁵Según J. Rogero (2010: 64): "En el proceso del cuidado no sólo participan (activa o pasivamente) el cuidador y el receptor, sino que existe un tercero que puede jugar un papel fundamental. Esta idea, clave en el estudio del cuidado de las personas con discapacidad, puede ser denominada *dependencia derivada*. Siempre que hay un cuidador informal de una persona dependiente, existe *dependencia derivada* desde el resto de miembros de la red social y, en última instancia, desde parte de la sociedad."

Figura 1. Aspectos positivos y negativos del cuidado familiar a personas mayores para el cuidador



Fuente: Los tiempos del cuidado El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores (J. Rogero García, 2010)

De diferente modo y con intensidad diversa según el tipo de vínculo y proximidad con el binomio cuidadora-cuidada los efectos de los cuidados afectan de forma directa e indirecta⁶ a la calidad de vida y pueden manifestarse en una serie de consecuencias negativas para el bienestar y la salud física y psíquico-psicológica, en el ámbito profesional, en la dimensión económica, en el disfrute de ocio y tiempo libre, en las relaciones familiares, en las relaciones y actividades sociales, entre otras.

⁶ Existen diferentes criterios para la clasificación de las consecuencias del cuidado para la vida de las personas cuidadoras. Algunos autores se limitan al empleo de una taxonomía fundamentada en el coste y que distingue entre costes económicos directos, económicos indirectos y costes no económicos. Otros se refieren también a la explicitud de los efectos del cuidado y diferencian entre explícitos y no observables o no explícitos.

No obstante, los cuidados también pueden suponer una serie de beneficios en las dimensiones de salud (de carácter psicosocial fundamentalmente y derivados de la satisfacción de ayudar a otro, de lograr una mayor seguridad en una/o misma/o, etc.), de relaciones sociales (por el reforzamiento de las relaciones o el desarrollo de la empatía, por ejemplo) o en el ámbito puramente económico.

Entre los principales **efectos negativos de los cuidados para la salud física y mental** se encuentran:

- Estrés psicológico, con manifestaciones en forma de agotamiento emocional y despersonalización en el trato hacia la persona cuidada
- Depresión
- Otras alteraciones de tipo emocional como estados anímicos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía
- Agotamiento físico
- Deterioro de su estado de salud

Entre las principales **consecuencias económicas negativas de los cuidados** destacan los costes directos de la adquisición de bienes y servicios destinados a la persona cuidada o para el desarrollo de estos cuidados. Dado que gran parte de los costes sanitarios son cubiertos por el sistema público de salud, gran parte de los gastos se destinan a la cobertura de los servicios sociales de cuidado. A estos se suman los llamados costes indirectos relacionados con la pérdida de productividad de la persona cuidadora en el mercado laboral remunerado, por las mayores dificultades para abandonar una situación de desempleo o la ocupación de empleo precario, por la reducción de la jornada laboral, por un menor ahorro para afrontar la vejez y pensiones más reducidas, etc.

En lo que respecta a las **consecuencias para las relaciones sociales**, del cuidado no profesional se deriva una mayor limitación de las relaciones sociales para las personas cuidadoras que asisten a un aumento del tiempo de trabajo remunerado en el hogar que termina por condicionar su tiempo de ocio y vida social. Son los llamados efectos sociales del cuidado que, con frecuencia, suponen un debilitamiento de las relaciones de las personas cuidadoras con sus redes sociales (familia, amigos, etc.).

3. El modelo de cuidados en un contexto de cambio social y demográfico

“La prevalencia de padecer una o más patologías crónicas aumenta con la edad y a partir de los 75 años de edad, el 90% de la población vasca presenta al menos una enfermedad crónica.

A estos factores se suman otros condicionantes como los nuevos modelos y roles familiares, que introducen cambios en la tradicional provisión de cuidados en el entorno familiar en el País Vasco.”

(Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi, 2017-2020)

La transformación demográfica experimentada por la sociedad vasca a causa del descenso de la natalidad⁷, el creciente envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas⁸ y el crecimiento de la esperanza y calidad de vida, adquiere una nueva dimensión ante las demandas que se derivan de la pérdida de autonomía e independencia que afecta a un importante segmento de la población. La creciente necesidad de cuidados de la población vasca, que se hace mayor y paulatinamente más dependiente y afectada por situaciones de discapacidad, recae en la población de edades centrales de la pirámide poblacional, enfrentada a su vez al descenso de natalidad que limita el número de potenciales personas cuidadoras.

Los cambios sociales motivados por la progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral introducen, también, un elemento crítico en el tradicional modelo de cuidados, vinculado al entorno familiar y asumido por las mujeres en el ámbito de lo privado (ESCAV, 2013⁹), al igual que sucede en otros países de nuestro entorno (OECD, 2011¹⁰).

“ (...) el proceso de institucionalización es más acelerado para las mujeres ya que en el primer quinquenio de la edad de mayores están ligeramente menos institucionalizadas que los varones (0,6%) pero a los 80 ya superan ampliamente su grado de institucionalización (5,7 frente a 3,8%) y a los 100 años los duplican (26,3% frente a 11,6%).”

(M.A. Durán, 2014)

“Las mujeres de cualquier edad dedican más horas semanales que los hombres a la realización de los trabajos domésticos y al cuidado de personas. Tanto mujeres como hombres de 25 a 44 años son los/as que dedican más horas a estas tareas: 34 horas semanales las mujeres y 16 horas los hombres.”

(Trabajo doméstico y de cuidados según edad, ESCAV, 2013)

Ambos procesos, demográficos y sociales, generan un escenario de transformación para quién/quienes asume/asumen el rol de persona cuidadora no profesional y para quienes precisan de cuidados, con un aumento de la demanda de recursos socio-asistenciales que son objeto de diseño, planificación y coordinación en el marco del espacio sociosanitario en el País Vasco.

⁷ Actualmente, la existencia en Euskadi de un saldo vegetativo negativo y un Índice Sintético de Fecundidad (1,37 hijos por mujer en 2016), dificulta el necesario replazo poblacional, habitualmente garantizado a partir de los 2,1 hijos por mujer.

⁸ De acuerdo a la información disponible en la Base de datos de la estratificación de la CAPV (Osakidetza, período 01.0.2014-31.08.2015, la mitad de la población vasca se ve afectada al menos por una patología crónica cuando supera los 45 años y, a medida que suma años de vida, incorpora a estos discapacidad y dependencia.

⁹ ESCAV, Eustat 2013:

http://www.eustat.eus/elementos/ele0013200/Datos_relevantes_ESCAV_2013/inf0013238_c.pdf

¹⁰ OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris, www.oecd.org/health/longtermcare and www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted

La figura de la persona cuidadora no profesional y su contribución esencial a la provisión de cuidados en la sociedad vasca actual constituye un pilar fundamental en la atención de quienes se enfrentan a situaciones de pérdida de autonomía e independencia, en el contexto de la crisis que afecta a un modelo de bienestar familista y femenino de cuidados.

“El índice de dependencia demográfica en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2016 (Udalmap, 2017) muestra que la relación entre el número de personas en “edades dependientes” (de 0 a 19 años y mayores de 65 años de edad) en relación a la población en edades económicamente productivas (20-64 años) continua su crecimiento ascendente en la última década, situándose actualmente en el 65,76.”

(Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi, 2017-2020)

El actual modelo de atención y cuidados se sustenta, por tanto, en una buena parte de cuidados no profesionales proporcionados en el entorno familiar¹¹, mayoritariamente por mujeres que, además de proveer de los cuidados necesarios que aseguren a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, continúan realizando otras labores vinculadas al mantenimiento del hogar y a la actividad laboral retribuida, en su caso.

El carácter fundamentalmente femenino de los cuidados se suma a una desigual institucionalización de quiénes precisan de estos cuidados en el tramo final de la vida, siendo las mujeres quienes experimentan, por su mayor esperanza de vida, también una mayor institucionalización a partir de los 80 años de edad.

Por último, se detecta también en la sociedad vasca un fenómeno de individualización que se manifiesta en el aumento de la autonomía de las personas que, de forma creciente, toman decisiones que afectan a sus ámbitos y formas/estilos de vida personales. En este marco, la respuesta a las necesidades sociosanitarias de cuidados se plantea en un contexto más de personas que de grupos o familias. La red familiar, por ejemplo, comienza a percibirse en muchos casos como el *capital social de reserva*, una alternativa al funcionamiento de recursos y servicios de los sistemas de protección social.

- **¿Necesidad de transformación del sistema de organización de cuidados, en particular los de larga duración?**

Los profundos cambios sociodemográficos que afectan a la sociedad vasca en materia de cuidados, especialmente los entendidos como cuidados de larga duración, aconsejan la anticipación en materia de planificación y gestión de necesidades sociosanitarias para mitigar los efectos del reto demográfico que se anuncia para el País Vasco en las

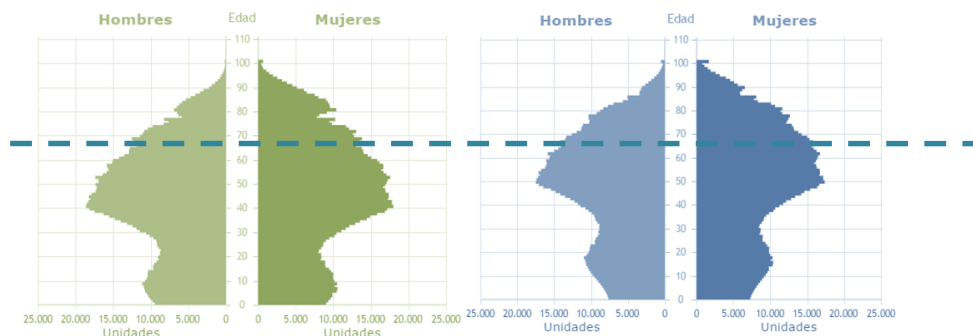
En Euskadi se constata un 73% de predominio femenino en cualquier relación de parentesco entre persona que cuida y cuidadora.

(I. Larrañaga et al., 2008)

¹¹ La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia define, según N. Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012), que “el cuidador familiar sigue teniendo un papel fundamental en el proceso de cuidado, ya que se pretende que la persona dependiente no sea apartada de su contexto social, permaneciendo dentro de lo posible, en el domicilio familiar. De este modo, uno de los objetivos primordiales es la atención del cuidador informal, que en la mayor parte de los casos y como así indica la ley seguiría siendo el principal proveedor de ayuda al dependiente”.

próximas décadas. Y esto implica una necesaria transformación del sistema de organización de cuidados, que no solo implica cambios en la dimensión privada de la vida de las personas sino también profundos cambios estructurales en la sociedad vasca.

Figura 2. Pirámide de población (2017-2026)



Fuente: Eustat. Indicadores demográficos. Estadística municipal de habitantes. Proyecciones de población

“La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) para las actividades de la vida permite estimar los años que la población vasca vive en situación de dependencia. Los datos de la Encuesta de Salud (ESCAV 2013) informan de una mayor prevalencia de discapacidad entre las mujeres, que aumenta con la edad y afecta, superados los 75 años, al 36% de las mujeres frente al 22% de varones de la misma edad. De acuerdo con datos publicados por el Imerso (2015), el porcentaje de personas que en Euskadi cuenta con una valoración de discapacidad igual o superior al 33% es del 6,07% en varones y del 5,9% en mujeres.”

(Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi, 2017-2020).

Tabla 1. Tiempo medio destinado al cuidado de personas adultas por día y sexo en el hogar (2013)

Cuidados a personas adultas	Total	Cuidadores varones	Cuidadoras mujeres
	1:35	1:25	1:41
Laborables	1:31	1:15	1:39
Viernes	1:42	1:25	1:51
Sábados	1:53	1:53	1:53
Domingos	1:31	1:39	1:28

Unidades: Horas y minutos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT, Eustat, 2013)

“Cuidar personalmente a jornada completa y desempeñar un empleo también a jornada completa simultáneamente no es posible, no cabe superponer horarios. La atención de proximidad no es un servicio stockable, que pueda acumularse o intensificarse, salvo en tareas puntuales que admitan prestarse en horario flexible. Por ello, el modo de atender y cuidar a los dependientes varía según sea durante la jornada laboral o fuera de ella. En ambos casos, lo más frecuente es que los ocupados remitan o descansen del cuidado de su familiar delegándolo o compartiéndolo con otro familiar que no recibe remuneración por su actividad.”

(Las personas mayores en la economía de Euskadi, Gobierno Vasco, 2014)

Tabla 2. Tasa de cuidados proporcionados a personas adultas en el hogar según día de la semana y territorio histórico (2013)

Cuidados a personas adultas	Euskadi Araba/Álava Bizkaia Gipuzkoa			
	5	3,8	5,7	4,5
Laborables	5,1	4,6	5,7	4,3
Viernes	4,8	4,1	5,6	3,9
Sábados	4,7	1,9	5	5,6
Domingos	5,3	2,1	6,5	4,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT, Eustat, 2013)

“El grupo socioeconómico no influye en el trabajo doméstico y de cuidados que realizan los hombres, quienes dedican una media de 12 horas semanales independientemente del grupo al que pertenezcan. Sin embargo, en las mujeres el número de horas aumenta al descender en la clase social”

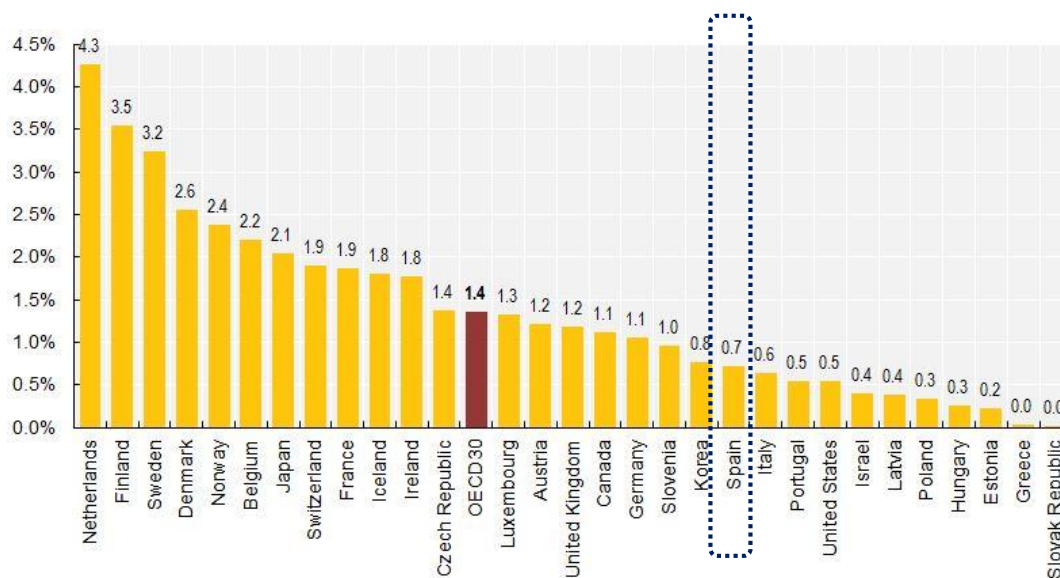
(Desigualdades en el trabajo doméstico y de cuidados por clase social. ESCAV, 2013)

Tabla 3. Personas dependientes de la población ocupada en la CAPV por cuidado durante la jornada laboral, según características sociodemográficas. Miles y (%). 2016

Cuidado durante la jornada laboral						
	Miles	Familiares ocupados	Otros familiares sin remuneración	Personas vecinas o amigas sin remuneración	Otra persona con remuneración	Servicios sociales
C.A. de Euskadi	55,7	7,2	39,6	0,7	32,5	20,0
Territorio de residencia						
Araba / Álava	7,7	0,0	40,9	5,0	23,2	31,0
Bizkaia	25,6	8,3	43,0	0,0	30,1	18,7
Gipuzkoa	22,4	8,4	35,2	0,0	38,5	17,8
Edad						
Menos de 65 años	7,3	18,7	57,4	0,0	10,6	13,3
65 y más años	48,4	5,5	36,9	0,8	35,8	21,1
Sexo						
Hombres	18,5	8,4	45,3	1,1	25,9	19,3
Mujeres	37,2	6,6	36,7	0,5	35,8	20,4
Convive con la persona ocupada						
No	41,5	3,6	39,4	0,5	33,6	23,0
Si	14,2	17,7	40,1	1,3	29,4	11,4

Fuente: Encuesta sobre Conciliación de la Vida Laboral, Familiar y Personal 2016 (CVL 16, Eustat)

Figura 3. Gasto público en cuidados de larga duración (componentes sociales y sanitarios) en 2014 como porcentaje del PIB¹²



Fuente: OCDE Estadísticas de Salud 2017

¹² La demanda de cuidados de larga duración prevé su crecimiento debido al envejecimiento que experimenta la estructura de población en Euskadi, al igual que otros países del entorno europeo. La OCDE subraya, sin embargo, que "la disponibilidad y asequibilidad de cuidados" es diversa según los datos existentes en el contexto europeo y oscilan entre algo más del 4% del gasto del PIB, correspondiente a los Países Bajos, y menos del 1%, como es el caso de España (con un 0.7% de inversión del PIB en cuidados) (OCDE, 2014). No obstante, la OCDE advierte que "el gasto público en España en cuidados de larga duración, como porcentaje del PIB, se triplicará e incluso podría crecer hasta 6 veces el gasto en 2050". (OCDE, mayo 2011): <https://www.oecd.org/els/health-systems/47902750.pdf>)

Sin embargo, la OCDE advierte que "el tamaño de la fuerza laboral de cuidados de larga duración en España sigue siendo uno de los más bajos en la OCDE, comparado con el número de personas en necesidad de atención".

4. El perfil de la persona cuidadora no profesional

- El impacto de los cuidados en la vida de quienes cuidan: consecuencias para la persona cuidadora

La transformación y crisis que afecta al sistema de organización de cuidados, plantea la necesidad de visibilizar¹³ y dar apoyo a la figura de la persona cuidadora desde la Atención Sociosanitaria. La responsabilidad en el proceso de cuidados, tradicionalmente asumida por las mujeres en el ámbito de la estructura familiar, trasciende el ámbito de lo privado para convertirse en materia de apoyo y coordinación desde el ámbito público, y en particular desde la Administración Pública Vasca.

“(...) 73.230 personas de 15 o más años asumen en 2014 tareas de atención y cuidado a otras personas con las que conviven.”

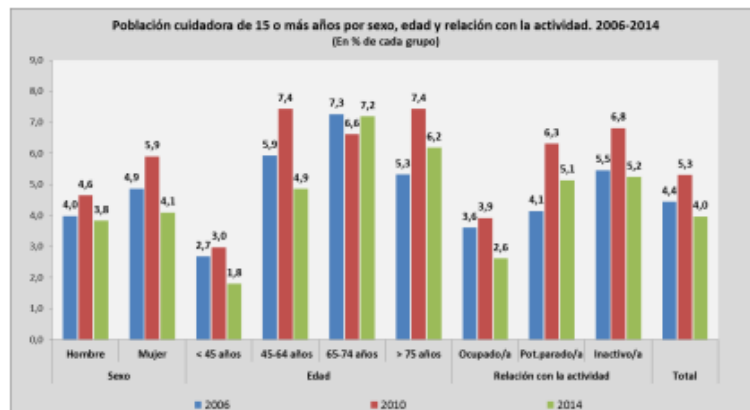
(Encuesta de Necesidades Sociales de Euskadi, EDSS-ENS, Gobierno Vasco, 2015)

La Encuesta sobre Necesidades Sociales de Euskadi (2015) en el apartado en el que aborda el estado de las personas cuidadoras que asumen responsabilidades en el seno del hogar ofrece una comparación de datos en la que se detectan ligeros cambios de tendencia en la magnitud¹⁴ de los cuidados y el perfil de la población que los asume en función de la edad, el sexo y su actividad en los últimos años (2006-2014).

¹³ La invisibilidad de la economía y organización de los cuidados (la parte oculta del *iceberg del bienestar*) se va haciendo evidente de forma progresiva con el empleo y utilidad de las encuestas de uso del tiempo, instrumento estadístico con las que se constatan la mayoritaria asunción de cuidados por parte de las mujeres en el ámbito de la economía doméstico-familiar no remunerada. En esta línea, tanto la Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT, EUSTAT), que permite obtener información sobre la vida cotidiana de las personas atendiendo al uso de su tiempo diario y la distribución de este de acuerdo a una serie de actividades desarrolladas durante la jornada; la Cuenta Satélite del trabajo doméstico (Eustat), que aporta una estimación del valor económico que suponen las actividades emprendidas en los hogares, constituyen necesarios elementos para continuar completando el necesario análisis social de los cuidados desde la perspectiva de género.

¹⁴ La menor demanda de servicios de cuidado en el hogar contrasta con un mayor acceso a las prestaciones y ayudas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Figura 4. Población cuidadora de 15 años o más por sexo, edad y relación con la actividad



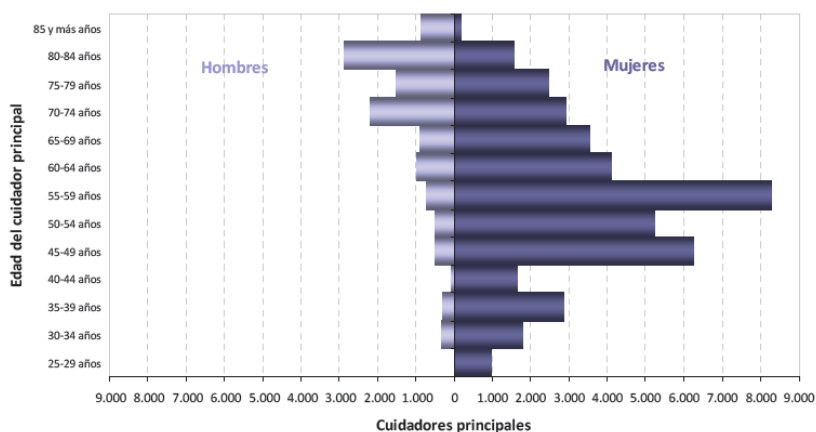
Fuente: Encuesta de Necesidades Sociales de Euskadi, EDSS-ENS, Gobierno Vasco, 2015

El perfil de las personas cuidadoras principales en el País Vasco comparte características, en definitiva, con otros países de los datos publicados por la OCDE (2011): cuidados fundamentalmente femeninos en dos tercios en los casos de personas cuidadoras mayores de 50 años, que son asumidos por los pares varones cuando se trata del cuidado de sus esposas, especialmente a partir de los 75 años, cuando estos asumen el rol de cuidadores en una proporción que se aproxima a los cuidados que realizan las mujeres. Con frecuencia también son mujeres las que asumen el rol de cuidadoras secundarias, es decir, son mayoría las que proporcionan ayuda a una cuidadora principal, fundamentalmente en el seno del núcleo familiar y en calidad de hermana, madre o hija.

“(...) el perfil más frecuente de la persona cuidadora principal en el País Vasco es el de una mujer, con una edad media de 56 años, casada, con estudios primarios o inferiores, que suele ser la hija o la cónyuge de la persona necesitada de cuidados. Más de 21.000 mujeres-hijas atienden a alguno de sus padres o a ambos.”
(Esparza Catalán, C., 2011).

“(...) Tanto los hombres como las mujeres que realizan actividades de cuidado se caracterizan por su escasa cualificación. Particularmente notoria es la situación de desventaja social y material de las mujeres, reflejada por su bajo nivel de estudios y de empleo. Estos hallazgos (...) ponen de manifiesto la relevancia de las desigualdades sociales en el sistema informal de cuidados.”
(I. Larrañaga et al., 2008)

Figura 5. Distribución de las personas cuidadoras principales según edad y sexo



Fuente: Esparza Catalán, Cecilia (2011)¹⁵

“En la CAPV, son 173.737 personas las que prestan cuidados de manera informal, lo que supone el 8,0 % de la población residente en viviendas familiares (6,8 % en hombres y 9,0 % en mujeres). Más de la mitad asiste únicamente a personas con las que conviven (95.016 personas; 54,7 %), siendo 72.828 personas (41,9 %) las que cuidan exclusivamente fuera de su hogar. Analizando la distribución por sexo del cuidado dentro y fuera del hogar, el patrón es similar en hombres y mujeres, observándose que en ambos casos es mayor la prevalencia de cuidar a una persona con la que se convive que la de cuidar a una persona fuera del hogar.”
(Mosquera, I., Martín, U., Larrañaga, I. (2018).

Asumir y equilibrar los múltiples roles que implican los cuidados no profesionales (no se es solo cuidadora, se es también esposa o esposo, hija o hijo, etc.) y desarrollar las diversas tareas que estos suponen, conlleva sobrecargas¹⁶ con consecuencias para la calidad de vida (económica, laboral, social, etc.) y la salud física y emocional de las personas cuidadoras y su entorno.

¹⁵ Esparza Catalán, Cecilia (2011). “Discapacidad y dependencia en País Vasco”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 125. Fecha de publicación: 17/08/2011: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidadpaisvasco-01.pdf>

¹⁶ El concepto de sobrecarga es un término ampliamente utilizado en la literatura que aborda la provisión de cuidados debido a la importancia que estos suponen para la calidad de vida de las personas cuidadoras. Su evolución, de concepto unidimensional a concepto multidimensional, pasando por la concepción bidimensional en el que se incluye la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, evidencian la complejidad (Crespo, C., Rivas, T.M., 2015) tanto en la conceptualización del término como en el diseño de instrumentos (escalas) para su evaluación.

En su informe sobre los cuidados de larga duración (*Help wanted? Providing and paying for Long-Term Care, 2011*¹⁷) elaborado por la OCDE, y en la línea de otros estudios¹⁸, este incluye un capítulo completo al abordaje del impacto de los cuidados en las personas que asumen los cuidados y su entorno familiar y subraya las consecuencias en dos dimensiones fundamentales:

- Calidad de vida y mercado de trabajo. En términos generales, las mujeres reducen su dedicación al trabajo doméstico, pero continúan manteniendo su relación con los cuidados no profesionales. Asumir la condición de persona cuidadora habitualmente implica dificultades para la conciliación y la continuidad laboral y se asocia a peores (o precarias) condiciones laborales (jornadas parciales, etc.) y dificultades para la empleabilidad. Es decir: cuidar supone un coste de oportunidad para quien asume estos cuidados no profesionales, tanto en términos de pérdidas económicas; como en pérdidas de oportunidades de progreso profesional, etc. Lo que se traduce en una limitada participación de las mujeres que asumen el rol de cuidadoras no profesionales en el mercado de trabajo.

“(...) Mientras el acceso a cuidados se estabiliza en torno al 5% de los hogares en el caso de personas principales entre 65 y 74 años, se mantiene la línea ascendente del acceso en hogares de personas mayores de 75 años: (...) 27% en 2014. (...) la proporción de hogares de personas mayores de 75 años llega a concentrar un 72,5% del recurso efectivo a los servicios de cuidado en 2014.”

(Encuesta de Necesidades Sociales de Euskadi, EDSS-ENS, Gobierno Vasco, 2015)

- Desigualdades sociales en salud y consecuencias para la salud. La prestación de cuidados cuando estos son de intensidad elevada¹⁹, o son proporcionados en el espacio de convivencia, aumenta la prevalencia de padecer problemas de salud mental como consecuencia del estrés, el aislamiento social (a causa de las restricciones que sufre el tiempo social de la persona cuidadora) y la falta de apoyos. Es decir: la prestación de cuidados compromete el estado de salud de la persona cuidadora, con manifestaciones habituales en forma de estrés crónico que ocasionan un importante deterioro de su salud (N. Ruiz-Robledillo y L. Moya-Albiol, 2012).

“(...) Las desigualdades de género se manifiestan asimismo en los hábitos de vida de las personas que cuidan. (...) los hábitos saludables constituyen un mecanismo de amortiguación de los efectos negativos del cuidado informal en la medida en que pueden contrarrestar el estrés de la persona cuidadora y frenar el deterioro de su salud. (...) La menor prevalencia de prácticas preventivas entre las mujeres cuidadoras también ha sido descrita (...) relacionando el menor tiempo dedicado al autocuidado con el mayor riesgo de problemas físicos y mentales en las cuidadoras.”

(I. Larrañaga et al., 2008)

Gran parte del coste social de la dependencia, y por lo tanto de los cuidados de larga duración, son asumidos por un sistema no profesional que tiene su núcleo en el hogar y la red familiar. Y como tal, este coste resulta invisible para gran parte de las instituciones

¹⁷ Colombo, F., et al. (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

¹⁸ García-Calvente M.M., Mateo I., Gutiérrez P. (1999): Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer, Granada.

¹⁹ La OCDE (2011) define como cuidadores intensivos a quienes proporcionan más de 20 horas de cuidados a la semana.

y administraciones públicas que asumen solo una parte de los gastos monetarios derivados de las situaciones de dependencia.

En definitiva, la asunción de tareas por quienes asumen el rol de personas cuidadoras no profesionales plantea **consecuencias** para la vida de estas, especialmente en forma de **costes económicos** (directos, como consecuencia de la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda o el gasto farmacéutico, por ejemplo; e indirectos, pérdida de productividad laboral o de oportunidades laborales) y los llamados **costes sociales** (que se refieren a los efectos que para la vida individual y familiar de la persona cuidadora tiene la asunción de su rol ya sea con efecto para su salud física –dolores musculares provocados por las actividades de cuidado, etc.- y mental –depresión, estrés, agotamiento emocional, etc.- y/o para la calidad y cantidad de sus relaciones sociales).

5. Apoyos recomendables para una adecuada provisión de cuidados no profesionales

La organización de los recursos sociosanitarios a disposición de las personas cuidadoras no profesionales

La atención sociosanitaria²⁰ en el País Vasco, en la apuesta por un modelo de coordinación, es una responsabilidad compartida por los sistemas social y sanitario y a sus respectivas carteras de servicios y prestaciones.

Los recursos sociosanitarios son, por tanto, el resultado de este esfuerzo y continua labor de coordinación entre los diferentes niveles competenciales y asistenciales que implican a ambos ámbitos.

Estos recursos objeto de coordinación entre profesionales de ambos sistemas (social y sanitario) garantizan la provisión de una atención simultánea, coordinada y desde la continuidad de cuidados, más allá de la dependencia orgánica y nivel competencial de estos, de su complejidad, del origen de la financiación que los hace posibles, de su pertenencia a una u otra cartera, o del ámbito asistencial en el que se ubican.

En materia de cuidados, los recursos sociosanitarios se conciben para satisfacer las necesidades de apoyo de quienes asumen de modo no profesional el cuidado de familiares, amigos o vecinos y que, habitualmente, encuentran dificultades para obtener una respuesta integral a estas desde un único ámbito asistencial, ya sea este social o sanitario.

Cuidar implica desarrollar una gran variedad de labores de atención personal y acompañamiento, algunas de ellas de carácter instrumental, otras de vigilancia, frecuentemente también de cuidados sanitarios de mayor o menor complejidad y, en muchas ocasiones, de gestión y relación con los servicios sanitarios y/o sociales.

Desde el marco estratégico sociosanitario del País Vasco, la coordinación necesaria en torno a la dependencia y a los cuidados se materializa en la identificación y facilitación del acceso a estos recursos para las personas cuidadoras no profesionales de modo que, desde el conjunto de las instituciones, sistemas, ámbitos y niveles asistenciales, y de la mano de las y los profesionales sociales y sanitarios que les proporcionan atención, se contribuya a mejorar y garantizar la calidad de los proyectos vitales de quienes asumen las responsabilidades de los cuidados no profesionales.

²⁰ En el sistema social se identifican tres niveles competenciales, constituidos por el Gobierno Vasco (con responsabilidades en materia de coordinación, planificación, legislación y en aspectos referidos a la teleasistencia, la mediación familiar y los puntos de encuentro familiar por derivación judicial); las diputaciones forales (con competencias en la atención secundaria a las necesidades sociales) y los ayuntamientos (con responsabilidades en la atención primaria en el ámbito local).

Triple eje de intervención

Con este enfoque se concibe en un triple eje de intervención que propone:

1. Iniciativas y recursos que proporcionen acompañamiento y soporte humano a las personas cuidadoras.

Se trata de iniciativas y recursos destinados a familiarizar, capacitar y apoyar a las personas cuidadoras en cuestiones relacionadas con su bienestar, físico y emocional, así como en la importancia de mantener sus relaciones sociales.

2. Trámites de carácter administrativo para facilitar la realización de gestiones básicas (por ejemplo, vía administración electrónica).

Comprende iniciativas y recursos destinados a proporcionar apoyo a las personas cuidadoras mediante la simplificación y el acercamiento -con apoyo en las TICs- de procedimientos administrativos necesarios para la gestión de la persona receptora de cuidados.

3. Soporte para mejorar la prestación de los cuidados en sus aspectos técnicos sanitarios y psicosociales.

Se trata de iniciativas y recursos de soporte que permiten la incorporación de las mejores técnicas y tecnologías en el desempeño de los cuidados en salud:

- Mediante la capacitación, que mejorará las prestaciones del cuidado con un enfoque de apoyo preventivo, de diagnóstico, terapéutico, rehabilitador y de seguimiento.
- Con el apoyo de la Teleasistencia y las TICs.

Intervenciones

Las personas cuidadoras no profesionales que asumen las responsabilidades de los cuidados son eje de intervención prioritaria dada la trascendencia social y económica de la labor que realizan, por su papel fundamental en la promoción de cuidados en el entorno habitual de la persona dependiente, por la necesidad de que adquieran una adecuada capacitación para la dispensación de cuidados seguros y de calidad en el entorno habitual, y por la conveniencia de promover sus habilidades para el autocuidado.

Las necesidades que puede precisar cubrir una persona cuidadora no siempre son secuenciales. Es decir, no están solo vinculadas al estado de salud y progresión de la persona cuidada, sino que también pueden verse afectadas por circunstancias personales, el propio estado de salud de la persona cuidadora, etc.

El uso de servicios y prestaciones, por lo tanto, no será secuencial y vendrá determinado por la evolución de la situación de la persona cuidada y las propias circunstancias personales, familiares, laborales, etc. de la persona cuidadora.

Desde las distintas instituciones, tanto sanitarias como, sobre todo, sociales -tanto de naturaleza foral como municipales-, se han promovido y desarrollado acciones de muy distinta índole y con diferentes grados de despliegue. Estas acciones han constituido y constituyen el eje fundamental de las intervenciones dirigidas a personas cuidadoras no profesionales.

El objeto de este documento es coordinar, informar y mejorar dichas intervenciones que, en la actualidad, con distintos ámbitos y entidades e instituciones prestadoras, pueden resumirse en las siguientes:

- a. Sensibilización sobre la corresponsabilidad en los cuidados
- b. Información y formación para el autocuidado: bienestar emocional y relaciones sociales
- c. Información y formación para una adecuada ejecución de las indicaciones establecidas en el Plan de Cuidados Individualizado
- d. Atención psicosocial para la gestión emocional, conflictos de roles, procesos de duelo, etc.
- e. Grupos de apoyo
- f. Programas de capacitación por pares ("Personas cuidadoras expertas")
- g. Programas de capacitación técnica (ergonomía, nutrición, etc.)
- h. Recursos de descanso y respiro; programas vacacionales y de tiempo libre
- i. Protocolos de salud para personas cuidadoras: detección y tratamiento del estrés de las personas cuidadoras
- j. Captación de personas cuidadoras en el sistema de salud
- k. Programas de prevención y promoción de la salud para personas cuidadoras
- l. Programas de inclusión laboral para personas cuidadoras para la recuperación o intensificación de su actividad laboral como medida de protección socioeconómica y laboral
- m. Programas de inclusión social para las personas cuidadoras
- n. Información de apoyo para la toma de decisiones: información y consejo legal, bioética, información sobre adaptaciones en el entorno, etc.

6. Objetivos

Con la finalidad de impulsar esta iniciativa estratégica de apoyo a las necesidades y demandas sociosanitarias de las personas cuidadoras no profesionales a continuación se proponen cuatro grandes áreas de actuación:

1. **Captación de las personas cuidadoras no profesionales**
2. **Evaluación de necesidades**
3. **Intervención**
4. **Coordinación**

• **Captación de las personas cuidadoras no profesionales**

La captación de personas cuidadoras no profesionales se plantea con el fin de identificar a aquellas personas que se encuentran asumiendo los cuidados o incluso, de forma previa a su asunción (en el momento, en el que, por ejemplo, se comunica un diagnóstico: daño cerebral, enfermedad neurodegenerativa, discapacidad, etc.) para intentar dar respuesta a las necesidades (informativas, formativas o de capacitación, de apoyo emocional, etc.) que su situación individual pueda plantear.

Para ello es necesario que profesionales de los ámbitos social y sanitario desarrollen una labor proactiva de identificación y captación de personas cuidadoras no profesionales.

Con este objetivo, se promueven acciones orientadas a:

- **Sensibilizar e impulsar la corresponsabilidad en el cuidado en los diferentes ámbitos: social, institucional, familiar**
- **Definir e identificar a la persona cuidadora no profesional y a la persona referente en una situación de provisión de cuidados no profesionales**
- **Impulsar la captación proactiva de personas cuidadoras no profesionales**
- **Dar a conocer la oferta de servicios sociosanitarios dirigidos al colectivo de personas cuidadoras.**
- **Elaborar información sobre los recursos y coordinación de los mismos (tríptico, teléfono de referencia)**

• Evaluación de necesidades

Para dar respuesta de forma adecuada a las necesidades que plantea una persona cuidadora no profesional es necesario realizar una evaluación de estas y una adecuada identificación de sus posibles demandas con el objetivo de poder satisfacer estas del modo e intensidad que mejor se adecúe a las circunstancias de cada momento.

Con este objetivo, se promueven acciones orientadas a:

- **Establecer el perfil de las personas cuidadoras como colectivo de atención especial.**
- **Incorporar en la evaluación social o sanitaria herramientas de valoración sociosanitaria (RAI, Zarit, Gijón, etc.)**

• Intervención

Las intervenciones destinadas a las personas cuidadoras no profesionales son aquellas que desde los ámbitos asistenciales orientan a estas hacia los diferentes recursos, servicios y prestaciones que pueden contribuir a garantizar la calidad de vida de quienes asumen los cuidados.

Estas intervenciones pueden ser de tres tipos (sanitarios, sociales o de carácter administrativo) y responder a un interés preventivo, terapéutico y/o rehabilitador.

Con este objetivo, se promueven acciones orientadas a:

- **Definir los contenidos básicos para Programas e Intervenciones de apoyo a Personas Cuidadoras dentro de los ejes de intervención.**

Las competencias que aquí se enumeran, deben entenderse como la adquisición de habilidades o destrezas para desenvolverse en el rol de personas cuidadoras no profesionales:

- Competencias técnicas (alimentación, eliminación, cambios posturales, transferencias, prevención de riesgos, etc.)
- Competencias emocionales: Para fomentar la asertividad, la autoestima, habilidades de comunicación, resolución de conflictos, gestión de emociones (sobrecarga, culpa, duelo, agresividad, etc.)
- Competencias digitales: búsqueda de información a través de la red (internet, carpeta de salud, etc.), empleo del móvil y aplicaciones, y otros gadgets tecnológicos
- Otras competencias: de tipo legal (incapacitación, tutela, curatela,) y/o administrativo (voluntades anticipadas, etc.)

Por tanto, no se plantea que las personas cuidadoras no profesionales adquieran unas competencias reguladas como los contenidos exigibles para las personas

que desarrollan la prestación de cuidados profesionales. La pretensión es que las personas cuidadoras no profesionales dispongan de una oferta de actividades informativas y formativas que les ayude a cuidar de una forma segura y sin riesgos, tanto para las personas a las que cuidan como para las propias personas cuidadoras, de forma que los aspectos formativos cubran también aspectos de tipo preventivo y ergonómico.

- **Difusión de Programas y Actividades Formativas en los tres ejes de intervención.**

Por otra parte, se propone unificar de criterios en cuanto al establecimiento de necesidades de apoyo y acompañamiento de la persona que cuida, itinerario y propuestas de actuación.

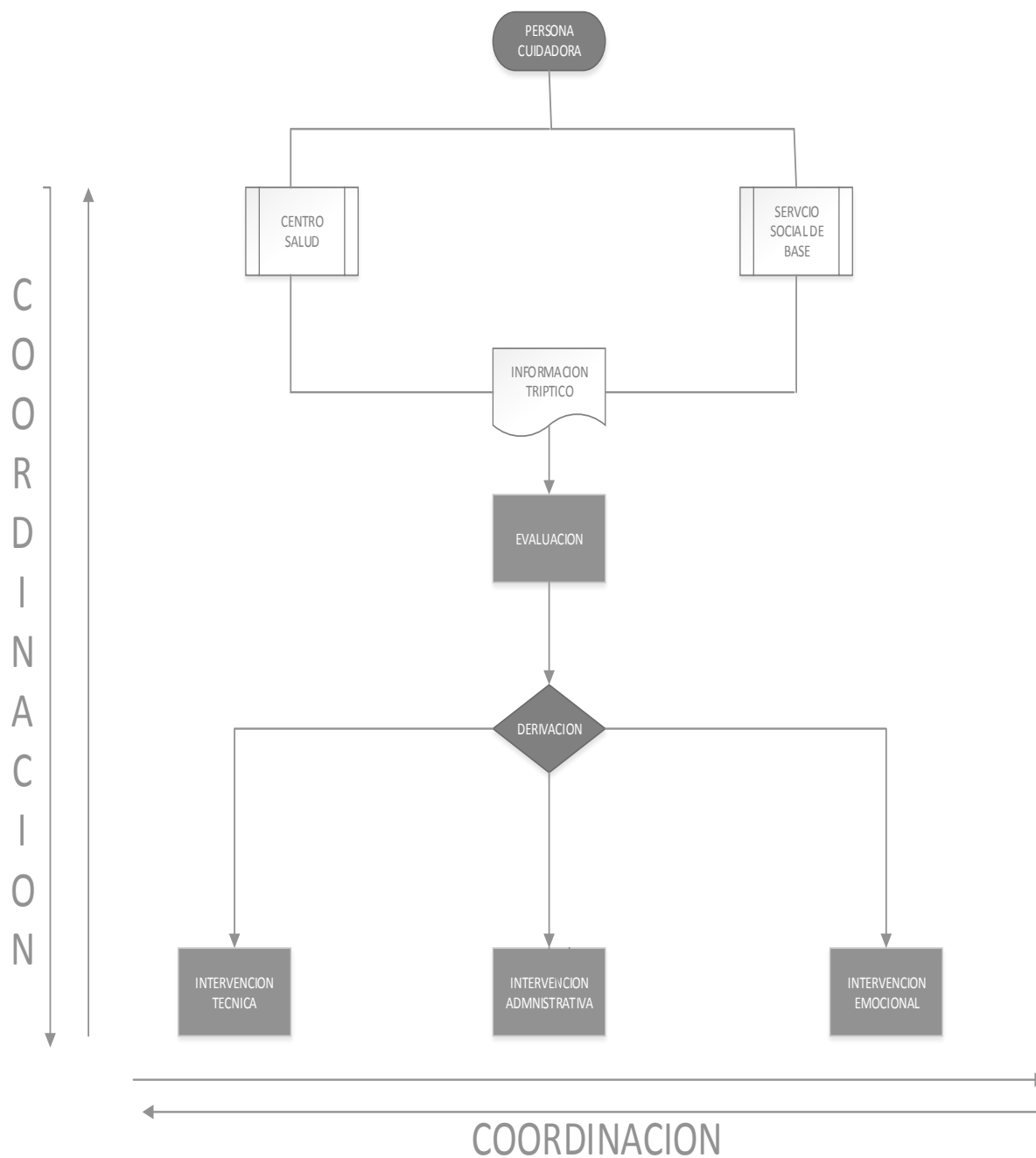
- **Coordinación**

La coordinación asistencial en la atención a las personas cuidadoras no profesionales constituye un área de actuación transversal.

Con este objetivo, se promueven acciones orientadas a:

- **Mejorar la coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales, así como las diferentes modalidades de atención: presencial y tele presencial.**
- **Establecer desde las instituciones, protocolos y acciones dirigidas a sensibilizar a las y los profesionales sobre la necesidad considerar a las personas cuidadoras, en los diferentes procesos de atención (tanto en el ámbito sanitario como desde los servicios sociales).**
- **Facilitar los contactos, las consultas, los trámites, etc.**

Figura 6. Apoyo a las personas cuidadoras no profesionales desde su identificación y captación, a la evaluación de sus necesidades y posterior coordinación para el apoyo técnico, administrativo y/o emocional



Fuente: Elaboración propia

7. Recomendaciones

Acciones institucionales concretas

En el plano institucional se recomienda la realización de una serie de acciones que se concretan en:

- **Campaña de sensibilización de los profesionales sobre la necesidad de tener en cuenta a las personas cuidadoras, en los diferentes procesos de atención (ámbito sanitario y social).**
- **Facilitar la gestión coordinada de los agentes sociales y sanitarios**
 - Definir protocolos de coordinación, incluyendo a las personas cuidadoras en los diferentes circuitos e intervenciones que requieran su presencia.
 - Establecer criterios para identificar buenas prácticas, difundiéndolas y compartiéndolas en el ámbito sociosanitario.
- **Facilitar un funcionamiento accesible y sencillo (ventanilla única)**
 - Implementar protocolos de coordinación
 - Impulsar la interoperabilidad.
 - Unificación de la información y acceso a prestaciones en función de situación
- **Utilizar el Portal de Atención Sociosanitaria como soporte de divulgación para cualquier material de ayuda y espacio de encuentro y apoyo al colectivo.**
 - Actualizar la información accesible

Acciones asistenciales concretas

En el plano asistencial se recomienda la realización de una serie de acciones que se concretan en:

- **Complementar en el Plan de Atención Individualizado de la persona objeto de cuidados los aspectos y condicionantes relativos a la persona que cuida**
- **Evaluación del Plan y de las intervenciones realizadas**

8. Metodología

El proceso desarrollado para la elaboración de este documento responde a una metodología participativa y colaborativa en base a:

- Grupos de trabajo compuestos por personas expertas pertenecientes a instituciones y organizaciones de los tres Territorios Históricos, de carácter multiprofesional y multinivel, e implicados en la provisión de servicios y prestaciones a las personas cuidadoras.

En estos grupos han tomado parte:

Tabla 4. Profesionales participantes en los grupos de trabajo sobre personas cuidadoras en los tres Territorios Históricos

• Alfredo Alday Jurado	Responsable de Beti-On (Departamento de Empleo y Políticas Sociales)
• Nerea Aperribay Sáez	OSI Uribe
• Naiara Artaza Aristondo	Equipo de Coordinación Sociosanitaria (BIOEF)
• Marisa Arteagoitia González	Directora de O+Berri (BIOEF)
• Esther Astola Garro	Instituto Foral de Bienestar Social de Álava. Diputación Foral de Álava
• Jaione Azkue	Ayuda a Domicilio. Ayuntamiento de Eibar
• Ana Belastegi Durañona	Hospital Amara, OSI Donostialdea
• Iñaki Carrera Arrieta	Coordinación Sociosanitaria de Gipuzkoa, Dirección Territorial de Salud de Gipuzkoa
• Luis Casado de Dios	Coordinador Sociosanitario Territorial, Dirección Territorial de Salud de Bizkaia
• Aida Caso Vázquez	Alumna del Máster de Gestión Sanitaria (Universidad de Deusto)
• Jose Antonio de la Rica	Coordinador Sociosanitario Autonómico (Departamento de Salud)
• Sonia del Río Martínez	Responsable Consejo Sanitario (OSAREAN)
• Almudena Esteberena Merino	Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián
• Alberto Elejalde Ustarroz	Hospital de Gorliz
• Imanole Eizmendi Galarza	Diputación Foral de Gipuzkoa
• Belen Elizalde	Dirección Territorial de Salud de Gipuzkoa
• Natividad Fernández Martín	Servicio de Ayuda a Domicilio. Ayuntamiento de Bilbao
• Mari Jose Goñi Agudo	OSI Donostialdea
• Félix María Gutiérrez Mendiguren	Coordinador Sociosanitaria Territorial de Álava, OSI Araba
• Elena Ibáñez	Diputación Foral de Gipuzkoa
• Lucía Íñigo Regalado	Equipo de Coordinación Sociosanitaria (BIOEF)
• Maribel Larrañaga Padilla	Dirección Territorial de Salud de Gipuzkoa
• Jazmina Nuñez Barrio	C.S. de Beraun, OSI Donostialdea
• Nuria Pascual Martínez	Equipo de Coordinación Sociosanitaria (BIOEF)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Profesionales participantes en los grupos de trabajo sobre personas cuidadoras en los tres Territorios Históricos (cont.)

• Mari Luz Peña González	Plan de Atención al Mayor (PAM), Subdirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza
• Ana Porta Fernández	Osasun Eskola (Osakidetza)
• Elena Prado Armas	Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz
• Kitty Rebolledo Cuerno	Ayuntamiento de Getxo
• Raquel Roca Castro	Responsable Consejo Sanitario (OSAREAN)
• Amaia Saenz De Ormijana Hernández	OSI Araba
• Iraide Sagarduy Azkoaga	Hospital de Santa Marina
• Inma Sánchez Martín	Equipo de Coordinación Sociosanitaria (Osaskidetza)
• Raquel Torre Pérez	Diputación Foral de Bizkaia
• Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laradogoitia	Coordinadora Sociosanitaria Autonómica (Departamento de Empleo y Políticas Sociales)

Fuente: Elaboración propia

- Revisión bibliográfica y análisis documental, con la finalidad de incorporar la visión, experiencia y necesidades de las personas cuidadoras no profesionales. Con este objetivo se han tenido en cuenta las aportaciones de numerosos estudios publicados (CUIDAR-SE; Calidad de vida de las personas cuidadoras, etc.) y las contribuciones del Ararteko al respecto.

Anexo

1. Ley de Dependencia. El marco legal de los cuidados a nivel estatal

La elaboración y aprobación de la conocida como **Ley de Dependencia (2006)** completa el progresivo desarrollo del Sistema de Bienestar Social en España²¹, que se inicia en 1982 con su establecimiento como alternativa a la Beneficencia Pública, y con ella se define un marco estable de recursos y servicios de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía personal que se concreta en un instrumento fundamental como es el llamado Servicio para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En este marco de situación en el año 2006 se produce la entrada en vigor de la **Ley de Dependencia**, que en parte se explica por los importantes cambios demográficos y sociales, con efectos en el tradicional modelo de cuidados -a consecuencia de la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo- que se producen en las tres últimas décadas coincidiendo con un acusado envejecimiento demográfico y el aumento de la población en situación de dependencia.

La **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia**²² configura un nuevo derecho de la ciudadanía mediante la promoción del acceso en igualdad a elementos esenciales para la vida de las personas

²¹ En relación a la Ley de Dependencia, en opinión de Antonio Abellán, Julio Pérez y Alba Ayala (Informe España 2017: 172): "Puede considerarse que, con dicha ley, al margen de su dotación presupuestaria o implementación posterior, culmina el proceso que eleva la dependencia al mismo nivel de importancia en la política social que las otras llamadas "patas del Estado de Bienestar" (sanidad, educación y pensiones).

²² Sobre los derechos a prestaciones, la regulación jurídica indica que con la aprobación de la **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia** se definen las competencias de las Comunidades Autónomas en el procedimiento de gestión y reconocimiento de las prestaciones del sistema.

<https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

La ley establece que las Comunidades Autónomas se convierten en receptoras de las solicitudes presentadas en materia de dependencia y son responsables de la valoración de estas. En caso de consideración positiva, es responsabilidad de las Comunidades Autónomas la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA) y las prestaciones correspondientes, según lo recogido en el artículo 29 de la Ley.

Sin embargo, la aprobación del Real Decreto Ley 20/2011 de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público introdujo modificaciones en la Disposición Final Primera de la Ley 39/2006, aplazándose la efectividad del derecho a las prestaciones de las personas reconocidas con Grado I de dependencia hasta el 1 de julio del 2015.

El Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 publicó la regulación de las situaciones de dependencia establecidas en dicha Ley. Este baremo fue modificado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, con él se aprobó la modificación de la valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD), así como la escala de valoración específica para menores de tres años (EVE).

<https://www.boe.es/boe/dias/2007/04/21/pdfs/A17646-17685.pdf>

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-3174-consolidado.pdf>

en situación de dependencia²³ de modo que puedan disponer de apoyos que les permitan desarrollar actividades esenciales de la vida cotidiana y alcanzar una mayor autonomía personal.

Este es el contexto legal en el que se regula la limitación de capacidades experimentadas por algunas personas que en su relación con el contexto físico y social precisan, siempre o de forma ocasional, el apoyo de terceras personas para el desarrollo de la vida cotidiana. Sin embargo, conviene matizar que las situaciones de discapacidad no siempre propician la dependencia y, en definitiva, no siempre la discapacidad es sinónimo de falta de autonomía.

En este sentido, **la Ley de Dependencia constituye un elemento clave de apoyo a quienes proporcionan cuidados a personas en situación de dependencia** ya que, como reconocen algunos autores (Roger García, 2010: 26), esta se conceptualiza en base a tres características fundamentales:

- 1) Limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de las personas.
- 2) **La necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona.**
- 3) La incapacidad para realizar las habitualmente denominadas como Actividades de la Vida Diaria (AVD).

La propia ley hace mención expresa al reto que supone la atención a las personas dependientes desde los poderes públicos y la necesidad de adecuación del modelo de atención en la sociedad actual, en el que *“han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado (...) constituyendo lo que ha dado en llamarse ‘apoyo informal’*”, para garantizar una adecuada capacidad de prestación de cuidados. Son este tipo de cuidados no profesionales con los que se identifica la respuesta mayoritaria a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia, superando ampliamente a la acción de los poderes públicos.

²³ De acuerdo con lo establecido en el Anexo I del Real Decreto 174/2011, el “Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD) permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia severa y de gran dependencia. Asimismo, el BVD permite identificar dos niveles en cada grado de dependencia en base a la autonomía personal y la intensidad del cuidado que se requiere. Esto es:

a) Grado I. Dependencia moderada: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o **tiene necesidades de apoyo intermitente** o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 25 a 49 puntos.

b) Grado II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero **no requiere el apoyo permanente de un cuidador** o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

c) Grado III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y **continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal**. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

1.1. Definición de cuidados

Entre las definiciones conceptuales que contiene la Ley de Dependencia destacan las correspondientes a cuidados profesionales, no profesionales y de asistencia personal:

- *Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.*
- *Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.*
- *Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.*

En un desarrollo normativo posterior (Real Decreto 174/2011) se establece la definición del apoyo proporcionado a las personas de cara a la valoración de su dependencia y las necesidades que presentan para el desarrollo de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABV) o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Asimismo, el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia establece la regulación de las prestaciones del SAAD, determina las intensidades de protección de los servicios, compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos y **asegura la excepcionalidad de la prestación de cuidados en el entorno familiar**, con el objetivo también de mejorar la calidad en la atención a las personas en situación de dependencia.

1.2. Servicios y prestaciones económicas

Los servicios y prestaciones económicas según grado de dependencia:

Tabla 5. Servicios y prestaciones para Grado I: Dependencia moderada

Servicios (A)	• Prevención de la dependencia • Promoción de la autonomía personal • Teleasistencia • Ayuda a domicilio • Centro de Día • Centro de Noche • Atención residencial
Prestaciones económicas (B)	• Prestación económica de asistencia personal • Prestación económica vinculada a servicios (A)

Fuente: Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

Tabla 6. Servicios y prestaciones para Grados II y III: Dependencia severa y gran dependencia

Servicios (C)	• Prevención de la dependencia • Promoción de la autonomía personal • Teleasistencia • Ayuda a domicilio • Centro de Día • Centro de Noche
Prestaciones económicas (D)	• Prestación económica de asistencia personal • Prestación económica vinculada a servicios (D)
Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores (E)	

Fuente: Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

De acuerdo con la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, se reconocen, además, una serie de prestaciones de carácter económico:

Tabla 7. Prestaciones económicas

Prestación económica vinculada al servicio	Se contempla únicamente con carácter periódico cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia y de la capacidad económica de la persona beneficiaria. Esta prestación económica tendrá un carácter personal y se encuentra, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.
Prestación económica de asistencia personal	Se contempla la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados mediante la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	Se contempla para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales con carácter excepcional.

Fuente: Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

1.3. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

La Ley 39/2006 establece que el Servicio para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, que contribuyen a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

El Artículo 16. 1 de dicha ley dispone, además, que: "Las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención

y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados".

Asimismo, el Real Decreto 1051/2013 recoge la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales para los casos en los que la persona beneficiaria sea atendida en su entorno familiar, siempre y cuando se reúnan dos requisitos: 1) Adecuadas condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda y 2) Establecimiento de cuidados en el Programa Individual de Atención correspondiente.

Por tanto, aunque son la Ley 39/2006 y sus desarrollos normativos posteriores los que establecen la definición del Servicio para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) así como la clasificación de los grados de dependencia, son los organismos competentes en las Comunidades Autónomas los responsables de aplicar el baremo de medición oficial para la valoración de cada caso y asignar en función de esta los servicios y prestaciones según las necesidades.

1.3.1. Servicios asistenciales del SAAD

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) articula sus servicios asistenciales en torno a seis tipos:

Tabla 8. Servicios asistenciales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

Prevención de las situaciones de dependencia	Atención que tiene por finalidad evitar el agravamiento del grado de dependencia, incluyéndose en los programas de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de los centros de día y de atención residencial.
Promoción de la autonomía personal	Se orienta a desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria comprendiendo el asesoramiento, la orientación, la asistencia y la formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, de rehabilitación, de terapia ocupacional así como de otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad.

Teleasistencia	Servicio orientado a promover el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, atendiendo a las medidas de accesibilidad adecuadas para cada caso, y apoyo de los medios personales necesarios, como respuesta inmediata a situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual.
Ayuda a Domicilio	Comprende el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio.
Centro de Día y de Noche	Responde a las necesidades de la persona en situación de dependencia que precisa atención durante la noche. De acuerdo a las necesidades específicas de las personas de acuerdo a su Programa de Atención Individual.
Atención Residencial	Comprende la atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se presta en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precisa la persona. Puede tener un carácter permanente, cuando el centro residencial es residencia habitual de la persona en situación de dependencia, o temporal, cuando se atienden estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de las personas cuidadoras no profesionales.

Fuente: Capítulo II sobre la Intensidad de protección de los servicios y prestaciones económicas del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y Capítulo II, Sección 3ª de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

2. Marco jurídico-estratégico de los cuidados en el País Vasco

2.1. Ámbito social

En el País Vasco, la normativa en materia de atención a la dependencia viene desarrollada por la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y por dos instrumentos de planificación complementarios: el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, y el Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2016-2019, que incluye el Mapa de Servicios Sociales.

Los tres son elementos que delimitan el marco normativo de competencias en materia de servicios sociales al tiempo que se constituyen en dispositivos de gestión y coordinación interinstitucional para garantizar el desarrollo coherente y equilibrado de los servicios y prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales en relación con otros sistemas y políticas públicas de protección social, también en lo referente a la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia.

De acuerdo con la Ley 12/2008, el Sistema Vasco de Servicios Sociales se constituye en unos de los pilares fundamentales del Estado del Bienestar con el objetivo de garantizar el derecho subjetivo a los servicios sociales del conjunto de la ciudadanía que se definen en el seno de un sistema de responsabilidad pública, de cobertura universal e integrada por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y privada concertada. **Su finalidad es favorecer la integración social y la autonomía de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional.**

A esta concepción se suma el **enfoque comunitario como modelo de atención e intervención de los servicios sociales por el que se prioriza la integración y el mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual**, preferentemente en el domicilio (art. 8).

En el contexto de aprobación de esta Ley 12/2008 ya se hace mención a los cambios sociodemográficos que enfrenan los servicios sociales ante el "(...) aumento de las necesidades y demandas de prevención y atención de la dependencia y un aumento de las necesidades de apoyo a las familias, asociado a un debilitamiento del apoyo social informal (...)". Y en respuesta, el Sistema Vasco de Servicios Sociales asume entre sus objetivos fundamentales la promoción de la autonomía personal y la prevención y atención a las necesidades personales y familiares derivadas de la dependencia.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales incluye tres tipos de prestaciones²⁴:

²⁴ Según la Ley 12/2008:

- a) Las prestaciones técnicas deberán presentar una dimensión relacional, de acompañamiento, y llevarse a cabo, tanto como resulte posible, con la participación de las personas usuarias.
- b) Las prestaciones económicas se orientarán a facilitar la integración social y la autonomía de sus perceptores, sirviéndoles de apoyo en su proceso de integración social o garantizando la

- a) Prestaciones técnicas
- b) Prestaciones económicas
- c) Prestaciones tecnológicas

La **Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Social Vasco** es el instrumento con el que se identifican las prestaciones económicas y los servicios cuya provisión garantizan las Administraciones Públicas vascas competentes y, en particular, las diputaciones forales como responsables fundamentales de esta provisión.

En el País Vasco la organización de competencias del sistema social en materia de atención sociosanitaria se articula en tres niveles de provisión. Como reconoce la propia Ley 12/2008, desde el punto de vista de la organización del sistema social los servicios municipales desempeñan un papel fundamental en la atención comunitaria al constituirse en unidad básica y punto de acceso principal al Sistema Vasco de Servicios Sociales en su condición de provisoros de atención de primer nivel (estadio en el que también se encuentra el servicio de Teleasistencia, cuya titularidad ostenta el Gobierno Vasco).

Estos servicios se completan con los de atención secundaria, de competencia foral (en el ámbito territorial) y de Gobierno Vasco (ámbito autonómico), que asumen una mayor intensidad y especialización en los apoyos proporcionados a la ciudadanía.

cobertura, temporal o permanente, de las necesidades derivadas de su situación de dependencia o desprotección.

c) Las prestaciones tecnológicas se orientarán a favorecer la autonomía e integración social de las personas usuarias y de las personas cuidadoras, facilitándoles el acceso al entorno en el que viven y, en la medida en que resulte posible, posibilitando que las personas con déficit de autonomía continúen viviendo en su lugar habitual de residencia.

Figura 7. Organización competencial de la atención sociosanitaria en el marco institucional vasco



Fuente: Elaboración propia

La entrada en vigor de la Ley de Dependencia y la implantación del Servicio para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en el País Vasco supone la articulación de un modelo de atención con base en la red preexistente de servicios sociales implantada con anterioridad a esta ley y desde la que ya se ofrecían parte de los servicios y prestaciones recogidos a *posteriori* en esta.

En materia de políticas sociales, el Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2006-2019 (noviembre de 2015) en relación a la situación de ciertos servicios destinados a las personas cuidadoras señala:

Servicios de respiro y apoyo a personas cuidadoras.

Su impulso se considera fundamental para reforzar la atención a las personas cuidadoras, preservar a las personas en el domicilio y sostener el modelo de cuidado y un equilibrio adecuado entre el apoyo formal e informal, sabiendo que, en todo caso, el modelo actual no es sostenible a medio plazo y que es necesario reforzar el apoyo formal. Además, su nivel de desarrollo no puede considerarse suficiente - aunque algunos servicios hayan alcanzado un desarrollo mayor en algún Territorio Histórico- ni homogéneo. (pág. 23)

Fuente: Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2006-2019

*El **servicio de apoyo a personas cuidadoras** y el **servicio de promoción de la participación y la inclusión social en el ámbito de los servicios sociales** no están generalizados, y en el caso del primero, cuenta con una financiación foral significativa en los tres territorios históricos. (pág. 24)*

Fuente: Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2006-2019

Y avanza, también, las necesidades que se anuncian en materia de apoyo a personas cuidadoras, como anticipación a futuras demandas de servicios y prestaciones económicas del SVSS, y que plantean la necesidad de promover un modelo comunitario de atención:

La necesidad de impulsar el modelo comunitario de atención, en particular el enfoque promotor y preventivo y los servicios de proximidad, (...) van a implicar un aumento sostenido de la necesidad y el gasto en las prestaciones y servicios del SVSS. Y en concreto:

- (...) **La necesidad de promover algunos de los servicios y prestaciones económicas nuevos o escasamente desarrollados: servicios de respiro y apoyo a personas cuidadoras, servicios de apoyo a la vida independiente y prestación económica de asistencia personal.** (pág. 34)

Fuente: Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2006-2019

En este sentido, entre los principales retos que recoge el *Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2006-2019*, se asume la conveniencia de promover acciones preventivas y de cuidado de la red de apoyo no profesional, así como de los servicios de respiro y apoyo a personas cuidadoras.

En cualquier caso, en materia de cuidados y de acuerdo a la distribución competencial establecida de acuerdo a la Cartera de Prestaciones y Servicios, cada uno de los tres niveles de la Administración pública vasca asume una serie de servicios y prestaciones económicas, de obligada provisión.

2.1.1. Servicios y prestaciones de competencia municipal

Tabla 9. Servicios y prestaciones de competencia municipal

- **Servicio de información, valoración inicial de necesidades, diagnóstico social inicial, orientación y acompañamiento social.**
- **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)**, que incluye las siguientes prestaciones: información; valoración de seguimiento; atención doméstica; atención personal y acompañamiento social.
- **Servicio de intervención socioeducativa y psicosocial**, como conjunto de prestaciones relacionales de apoyo socioeducativo y/o psicosocial –de carácter individual, familiar y/o grupal– que pueden desarrollarse tanto en el domicilio familiar (educación doméstica, intervención familiar básica) como en el entorno comunitario (educación de calle, intermediación sociocultural).
- **Servicio de apoyo a personas cuidadoras de personas en riesgo o situación de dependencia con el objetivo de favorecer una mejora de la calidad de los cuidados ofrecidos por las personas cuidadoras, favorecer una mejora en la calidad de vida de las y los cuidadores principales, favorecer la corresponsabilidad de otras y otros cuidadores y favorecer la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y auto-cuidado.**
- **Servicio de promoción de la participación y la inclusión social en el ámbito de los servicios sociales**
- **Servicios de atención diurna**, de uso temporal o permanente, para atender a personas mayores en riesgo o situación de dependencia (Grado I, que hayan obtenido una puntuación en el BVD de entre 25 y 39).

Fuente: Elaboración propia

2.1.2. Servicios y prestaciones de competencia foral

Tabla 10. Servicios y prestaciones de competencia foral

- **Servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia, la discapacidad, la exclusión y la desprotección**, que permite la identificación y, en su caso, la gradación de las situaciones de dependencia, discapacidad, desprotección y exclusión; así como la orientación hacia el servicio o la prestación económica, o hacia la combinación de servicios y/o prestaciones económicas, que mejor respondan a sus necesidades.
- **Servicio o centro de día** para atender necesidades derivadas de limitaciones en la autonomía, con carácter temporal o permanente, que proporciona una atención individualizada e integral, durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia, a las personas con discapacidad y a las personas con enfermedad mental crónica, a fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal, compensar sus limitaciones funcionales y dar apoyo a sus cuidadores y cuidadoras habituales, mediante prestaciones preventivas, habilitadoras y asistenciales orientadas a la capacitación y al desarrollo de competencias para la autonomía personal y para la participación en el entorno comunitario.
- **Centro de noche para atender necesidades derivadas de limitaciones de la autonomía** que se dirige a personas dependientes que, por diversas causas, en particular de origen psíquico o neurológico, necesitan supervisión de media o alta intensidad en horario nocturno para el control y la regulación del ritmo del sueño y del comportamiento nocturno, sin que dicha supervisión pueda serles ofrecida en su domicilio por sus cuidadores o cuidadoras habituales.
- **Centros residenciales para personas mayores**, con discapacidad o con enfermedad mental, que sirven de vivienda habitual o permanente y, en su caso temporal, a personas mayores en situación de dependencia (en Grados II y III –y excepcionalmente en grado I–), con discapacidad o enfermedad mental y que no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades en su entorno habitual (domicilio personal o familiar), o en alternativas de alojamiento de carácter más ligero, por requerir apoyos de mayor intensidad, ofreciéndose en estos centros una atención integral y continua.
- **Servicios de respiro**, que ofrece estancias temporales en centros residenciales, servicios o centros de día y centros de noche, a personas dependientes, con discapacidad, o con enfermedad mental crónica que habitualmente son atendidas por su red sociofamiliar de apoyo, con el fin de ofrecer a la persona cuidadora principal y habitual la posibilidad de disponer de un tiempo para su descanso, recuperación, auto-cuidado y desarrollo personal, o para

hacer frente a una situación de necesidad que le impida el ejercicio de sus funciones de cuidado (facilitando la disminución del esfuerzo asociado a las tareas de cuidado, previniendo así situaciones de sobrecarga y stress y posibles deterioros de su salud.)

- **Servicio de coordinación a urgencias sociales**, para prestar atención inmediata a las situaciones de urgencia social que se produzcan dentro del Territorio Histórico en caso de situación de ausencia sobrevenida de la persona cuidadora.
- **Servicio de apoyo a la vida independiente**, mediante acciones de tutelaje y acompañamiento que ofrece apoyo a personas con discapacidad que no puedan gestionar directamente su Plan de Vida Independiente cuando ya viven de manera independiente o desean hacerlo solas, en pareja o conviviendo con otras personas con discapacidad y/o enfermedad mental.
- **Servicio de ayudas técnicas (productos de apoyo) y adaptación del medio físico para favorecer la autonomía personal**, que proporciona información y orientación sobre productos de apoyo existentes y sobre adaptaciones del entorno físico que permiten mejorar la accesibilidad; facilita el acceso, mediante un sistema de préstamo o de cesión temporal, a los productos de apoyo recuperables necesarios para realizar las actividades de la vida diaria, tanto a personas que se encuentran en su domicilio como en algún servicio de alojamiento o residencial; realiza propuestas de adaptación de la vivienda habitual orientadas a mejorar su grado de accesibilidad y el grado de autonomía de la persona dentro de ella.
- **Servicio de transporte adaptado puerta a puerta**, dirigido a personas con limitaciones en su autonomía derivadas de déficit de movilidad y que utilizan productos de apoyo a la movilidad (sillas de ruedas, camillas, andadores, u otros) para realizar desplazamientos que no podrían afrontar con la red pública de transporte, cuando necesitan desplazarse para realizar actividades no habituales.
- **Servicios de intervención socioeducativa y/o psicosocial con familia**, como conjunto de prestaciones relacionales orientadas a prestar apoyo socioeducativo y/o psicosocial a unidades familiares o convivenciales al objeto de ayudar a sustituir hábitos, comportamientos, percepciones, sentimientos y actitudes inadecuados, por otros más adaptados, así como a adquirir o a desarrollar las capacidades necesarias (actitudes, conocimientos, criterios, pautas, habilidades) para hacer posible una adecuada convivencia y/o el cuidado adecuado de las personas que se encuentran a su cargo, modificando, en su caso, aquellos aspectos que dificulten un adecuado ejercicio de las funciones y responsabilidades de manera que se prevenga un deterioro del contexto convivencial, procurando la contención y el abordaje de comportamientos inadaptados o de situaciones de crisis.

- Prestación económica de asistencia personal, para contribuir a la contratación de una asistencia personal que facilite a la persona beneficiaria el acceso a la educación y el trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales para contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia, por una persona de su red sociofamiliar de apoyo, que actúe como cuidadora principal y habitual y que ejerza dicha atención por sí misma o con la ayuda de otras personas a las que supervisa.
- Ayuda económica para la adquisición de productos de apoyo no recuperables, que facilita la compra y, en su caso, la instalación de productos de apoyo no recuperables a personas con limitaciones en su autonomía personal, con el fin de favorecer al máximo sus posibilidades de desenvolverse autónomamente y/o de facilitar el apoyo que les prestan otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Ayuda económica para la realización de adaptaciones en la vivienda habitual y en los vehículos particulares, para facilitar a las personas con limitaciones en su autonomía personal, la realización de adaptaciones en su vivienda habitual y/o en su vehículo particular con el fin de mejorar su accesibilidad, favorecer al máximo sus posibilidades de desenvolverse autónomamente y facilitar el apoyo que les prestan otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia

2.1.3. Servicios y prestaciones de competencia autonómica: Gobierno Vasco

Tabla 11. Servicios y prestaciones de competencia autonómica: Gobierno Vasco

- **Servicio de Teleasistencia (Beti On), dispositivo de comunicación de telealarma que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento informático específico, permite a las personas usuarias contactar de forma inmediata con un servicio de atención permanente atendido, 24 horas al día y todos los días del año ofreciendo soporte a la red sociofamiliar de apoyo que asume el cuidado de las personas usuarias y posibilitando que dispongan de mayor autonomía para realizar otras tareas sabiendo que si su familiar afronta una situación de dificultad será objeto de atención.**
- **Servicio integral de mediación familiar mediante el que uno o más profesionales ayudan y orientan a las partes en cuanto al procedimiento dialogado necesario para encontrar soluciones aceptables que permitan concluir un conflicto entre los miembros de una unidad familiar o convivencial por causa de la atención y cuidado de personas adultas en riesgo o situación de dependencia.**

Fuente: Elaboración propia

Esta relación de servicios y prestaciones organizadas por ámbitos de competencia se completa con la Prestación Económica Vinculada al servicio que, puede ser de competencia municipal, foral o autonómica -en función de quién tenga atribuida la competencia del servicio al que se vincule- y que tiene por objetivo facilitar el acceso, fuera del SVSS, a una prestación o servicio de características similares a aquella prestación o servicio del Catálogo de Prestaciones y Servicios del SVSS al que tiene derecho la persona usuaria pero cuyo acceso no se puede garantizar temporalmente, en el marco de los servicios integrados en dicho sistema, por falta, en su caso, de cobertura suficiente del mismo.

2.2. **Ámbito sanitario**

En la definición de las políticas de salud recogidas por el *Plan de Salud 2013-2020* (Departamento de Salud, Gobierno Vasco) se hace mención al compromiso con la atención a las personas cuidadoras:

Objetivo 1.4. Participación y empoderamiento

Potenciar la participación y el empoderamiento de las personas atendiendo a las diferencias de género y a la diversidad de colectivos y situaciones, desarrollando estrategias de empoderamiento diferenciadas para mujeres y hombres.

Acciones 1.4.3. Desarrollar Osasun Eskola (Escuela de Pacientes) para potenciar la autonomía de la persona enferma y promover los hábitos saludables en las personas cuidadoras y ciudadanía.

Objetivo 2.1. Atención sociosanitaria integral, integrada y centrada en las personas

Impulsar una asistencia sanitaria basada en una visión integral, integrada y centrada en la persona enferma, especialmente en pacientes con cronicidad y pluripatología, y asegurar una atención continuada, personalizada, eficiente y basada en la evidencia científica.

2.1.6. Desarrollar estrategias y mecanismos (formación, acceso a consultas...) dirigidos a minimizar el impacto del cuidado de los enfermos/as en la salud de los cuidadores o cuidadoras informales.

Objetivo 3.1. Envejecimiento activo

Favorecer el envejecimiento activo y la autonomía de las personas mayores, priorizando el abordaje comunitario de la salud, sus determinantes, el ámbito local y el modo de hacer intersectorial y participativo.

3.1.4. Impulsar la capacitación de personas cuidadoras, familiares y pacientes en hábitos de vida saludables, en formación sobre enfermedades y accidentes más frecuentes en personas mayores y en actuación ante la discapacidad.

Fuente: Plan de Salud 2013-2020

2.3. Ámbito sociosanitario

Las personas cuidadoras fueron objeto de identificación como un colectivo de actuación en las *Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi (2013-2016)*, documento estratégico del Gobierno Vasco donde se identificaban las propuestas destinadas a la coordinación de la atención sociosanitaria en colectivos diana:

4.3.2. Desarrollo de programas de formación y apoyo a las personas cuidadoras desde los diferentes niveles asistenciales.

4.3.2.1 Fomento de programas de formación para las personas de la red informal de apoyo

4.3.2.2. Fomento de programas de formación a las personas cuidadoras de personas hospitalizadas que eviten el fracaso al alta

Fuente: Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi (2013-2016)

Con posterioridad, la nueva hoja de ruta sociosanitaria del Gobierno Vasco concreta en las *Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi 2017-2020* las nuevas propuestas de actuación destinadas a mejorar el apoyo a las personas cuidadoras.

En concreto, con el objetivo de fomentar la interacción de las personas cuidadoras con los equipos sociosanitarios y a fin de promover el autocuidado de las cuidadoras, se plantea el diseño de **Rutas asistenciales sociosanitarias no presenciales** (*Prioridad Estratégica 3, proyecto 8*), de modo que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación se conviertan en instrumentos aliados para lograr su conectividad y participación en entornos digitales.

Desde el marco estratégico sociosanitario del País Vasco, la coordinación socioas sanitaria en torno a la dependencia y a los cuidados se ha de materializar, también, en la facilitación de los recursos existentes, ya sea en el ámbito de los servicios sociales ya sea en el ámbito sanitario.

Las personas que asumen las responsabilidades de los cuidados son eje de intervención prioritario por la importancia social y económica de la labor que realizan, por su papel fundamental en la promoción de cuidados en el entorno habitual de la persona dependiente, por la necesidad de promover su capacitación para la dispensación de cuidados adecuados y seguros en el entorno habitual, y por la conveniencia de promover sus habilidades para el autocuidado de modo que se garantice la calidad de vida de las personas que asumen estos.

3. Programas y acciones destinadas a las personas cuidadoras según Territorio Histórico y municipio

Tabla 12. Programas y acciones proporcionadas por la Diputación Foral de Álava y municipios alaveses

ÁLAVA	PROGRAMA	ACCIONES	
Diputación Foral de Álava	Servicios de Respiro	Estancias Temporales en Centros de Día	
		Estancias temporales de atención diurna en centros residenciales y viviendas comunitarias	
		Estancias temporales en centros residenciales y viviendas comunitarias	
	"Cuidarse para Cuidar" Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras	Grupos de Ayuda Mutua	
		Formación a Familiares Cuidadores	
		Apoyo Psicológico para familiares que cuidan a personas dependientes	
Vitoria-Gasteiz	Programa de Apoyo a Familias Cuidadoras	Servicios de Respiro	Acompañamiento y Cuidado Profesional
			Centro de Día de Fin de Semana
		Programas Psicosociales y Formativos	Grupos de Ayuda Mutua
			Atención Psicosocial Individual o Familiar
			Encuentros de Cuidadores
			Actividades Informativas y Formativas
Alegria-Dulantzi	"Cuidarse para Cuidar" Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras	Grupos de Ayuda Mutua	
Amurrio	"Cuidarse para Cuidar" Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras	Grupos de Ayuda Mutua	
Ayala	"Cuidarse para Cuidar" Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras	Grupos de Ayuda Mutua	
		Bonotaxi	
Legutiano	"Cuidarse para Cuidar" Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras	Grupos de Ayuda Mutua	
Llodio	"Cuidarse para Cuidar" Servicio de Apoyo a Personas Cuidadoras	Grupos de Ayuda Mutua	
		Bonotaxi	

Actualizado a fecha de 2016, con una selección de los municipios con mayor volumen de población del Territorio

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Programas y acciones proporcionadas por la Diputación Foral de Bizkaia y municipios bizkainos

BIZKAIA	PROGRAMA	ACCIONES	
Diputación Foral de Bizkaia	Zainduz	Promoción de la Autonomía Personal	
		Información y Sensibilización Social	
		Actuaciones de atención a dependientes y Familiares con Voluntariado y/o Innovación	
		Formación e Información a personas Cuidadoras de Personas Dependientes	
		Servicios de Apoyo Psicológico Grupal e Individual	
	Servicios de Respiro	Estancias Temporales en Residencias	
		Centro de día de Fin de Semana	
		Esku Onetan. Servicio de Respiro para familiares que cuidan a personas dependientes. Cáritas Bizkaia	
Bilbao	Zantzea	Información y orientación	
		Formación	Acciones formativas
			Talleres
		Apoyo psicológico	Servicios de apoyo psicológico grupal
			Grupos de autoayuda
Amorebieta	Zainduz	Servicio de Acompañamiento	
		Grupos de autoayuda	
		Programas de respiro	
		Cursos de formación	
Barakaldo	Zainduz	Promoción de la autonomía personal	Taller de memoria
		Información y sensibilización social	Charlas informativas
		Actuaciones de atención a dependientes y familiares con voluntariado y/o innovación	Programa de acompañamiento
		Formación e información a personas cuidadoras de personas dependientes	Cursos de formación
		Servicios de apoyo psicológico grupal e individual	Grupos de Autoapoyo y apoyo psicológico
Erandio		Detector de humos	
		Servicio de transporte adaptado	
Galdakao	Zainduz		
		Servicio de Respiro	Proyecto piloto: Servicio de respiro integral para personas cuidadoras

		de personas dependientes en el domicilio
		Servicio de transporte adaptado
Getxo		Servicio de respiro
		Formación para personas cuidadoras
		Servicio de acompañamiento
Santurtzi	Zainduz	Talleres y charlas
		Servicio de respiro

Actualizado a fecha de 2016, con una selección de los municipios con mayor volumen de población del Territorio

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Programas y acciones proporcionadas por la Diputación Foral de Gipuzkoa y municipios guipuzkoanos

GIPUZKOA	PROGRAMA	ACCIONES	
Diputación Foral de Gipuzkoa	"Sendian" Apoyo a personas cuidadoras	Servicios de respiro	Estancias de corta duración en centros residenciales
			Estancias de corta duración en Centros de Día
		Programas Psicosociales y Formación	
Donostia/San Sebastián	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		
Errenteria	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		
Hernani	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		
Hondarribia	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		
Irun	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		
Arrasate-Mondragon	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		
Pasaia	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		
Zarautz	Servicios de respiro "Sendian". Apoyo a personas cuidadoras		

Actualizado a fecha de 2016, con una selección de los municipios con mayor volumen de población del Territorio

Fuente: Elaboración propia

Referencias bibliográficas y fuentes estadísticas consultadas

Abellán, A.; Ayala, A. Pérez, J.; Pujol, R. y Sundström, G. (2018). Los nuevos cuidadores. Adaptación de Ramos, M. Investigadora postdoctoral en la Universidad Carlos III de Madrid. Dossier nº 5, Observatorio Social de La Caixa, Mayo 2018, p. 25-31. Recuperado el 24 de octubre de 2018, de

<https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/los-nuevos-cuidadores>

Blanco, Agustín; Chueca, Antonio y López Ruiz, José Antonio (Coord.) Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro (2017): Informe España 2017. Cátedra J.M. Patino, Universidad Pontificia de Comillas. 292 págs. Recuperado el 26 de abril de 2018, de

http://www.informe-espana.es/wp-content/uploads/2017/12/Informe_Espana_2017.pdf

B.O.E. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Núm. 299, de 15/12/2006. Recuperado el 7 de agosto de 2017, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Bustillo, M^a. L., Gómez-Gutiérrez, M. y Guillén, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Clínica y Salud, 29, 89-100. Recuperado el 22 de octubre de 2018, de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/1806/180655873006/180655873006.pdf>

Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) (2017). Consecuencias de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los cuidadores familiares. Poner en valor su condición. Recuperado el 30 de abril de 2018, de

<https://www.ceafa.es/files/2017/05/Consecuencias%20de%20la%20enfermedad%20de%20Alzheimer%20en%20el%20cuidador%20familiar.pdf>

Consejo Vasco Sociosanitario (2014). Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi. 2013-2016. Recuperado el 30 de abril de 2018, de

http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c1/es_def/adjuntos/c1_es.pdf

Costa-Font, Joan (2017). Los cuidados de larga duración en los países europeos después de la crisis. Observatorio Social de "La Caixa". Recuperado el 25 de septiembre de 2017, de

<https://observatoriosociallacaixa.org/-/los-cuidados-de-larga-duracion-en-los-paises-europeos-despues-de-la-crisis>

Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco. (2014), Encuesta de Necesidades Sociales 2014. Informe general de resultados. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de

http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/informe_ens_2014/es_ens2010/adjuntos/Informe_ENS_2014-es.pdf

Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco (2015). Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2016-2019. Recuperado el 30 de abril de 2018, de

http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/planes_ss/es_planes/adjuntos/Plan%20estrat%C3%A9gico%20aprobado.pdf

Departamento de Salud (2017). Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi. 2013-2016. Informe de evaluación. Recuperado el 30 de abril de 2018, de http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c20/es_def/adjuntos/c20_L%C3%8DNEAS%20ESTRAT%C3%89GICAS_EVALUACI%C3%93N_es.pdf

Departamento de Salud y Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco (2018). Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria. Euskadi 2017-2020. Recuperado el 30 de abril de 2018, de http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_peass_2017_2020/es_def/adjuntos/Prioridades%20estrat%C3%A9gicas%2017-20_cast.pdf

Durán, M.A. (2014). Las personas mayores en la Economía de Euskadi. Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Recuperado el 8 de agosto de 2017, de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/elkargune_2014/es_def/adjuntos/PERSONASMAYORESENLAECONOMIAEUSKADI.pdf

Esparza Catalán, Cecilia. (2011). Discapacidad y dependencia en País Vasco. Informes Portal Mayores, nº 125. Fecha de publicación: 17/08/201. Recuperado el 7 de agosto de 2017, de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidadpaisvasco-01.pdf>

Eustat. (2016). Cuenta satélite del trabajo doméstico. Gobierno Vasco. Recuperado el 14 de agosto de 2017, de http://www.eustat.eus/estadisticas/tema_158/opt_1/tipo_6/ti_Cuenta_satelite_del_trabajo_domestico/temas.html

Eustat. (2016). Encuesta sobre la conciliación de la vida laboral, familiar y personal 2016 (ECVL16). Gobierno Vasco. Recuperado el 17 de agosto de 2017, de http://www.eustat.eus/estadisticas/tema_267/opt_1/ti_Encuesta_sobre_la_conciliacion_de_la_vida_laboral_familiar_y_personal/temas.html

Eustat. (2013). Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV). Datos relevantes Gobierno Vasco. Recuperado el 10 de agosto de 2017, de http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/es_def/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2013.pdf

Eustat. (2015). Dos décadas de cambio social en la C.A. de Euskadi a través del uso del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 1993-2013. Monográfico. Gobierno Vasco. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de http://www.eustat.eus/elementos/ele0013200/Dos_decadas_de_cambio_social_en_la_CA_de_Euskadi_a_traves_del_uso_del_tiempo_1993-2013_Encuesta_de_presupuestos_de_tiempo/inf0013239_c.pdf

Eustat. (2015). Dos décadas de cambio social en la C.A. de Euskadi a través del uso del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 1993-2013. Documento de síntesis. Gobierno Vasco. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de http://www.eustat.eus/elementos/ele0013200/Dos_decadas_de_cambio_social_en_la_CA_de_Euskadi_a_traves_del_uso_del_tiempo_1993-2013_Encuesta_de_presupuestos_de_tiempo/inf0013240_c.pdf

García-Calvente M.M., Mateo I., Gutiérrez P. (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer, Granada. Recuperado en 18 de agosto de 2017, de <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=MjkuaG90bGluaw>

García Oliva, Montserrat (Coord.) et al.(2009): La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Gobierno de España. Recuperado en 14 de agosto de 2017, de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119780.pdf>

Larrañaga, Isabel, Martín, Unai, Bacigalupe, Amaia, Begiristain, José María, Valderrama, María José, y Arregi, Begoña. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450. Recuperado en 23 de agosto de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es&tlng=es

Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V. y Valarino, I. (2018). Care work and care jobs for the future of decent work. International Labour Organization, Ginebra (Suiza). Recuperado el 24 de octubre de 2018, de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf

Mosquera, I., Martín, U., Larrañaga, I. (2018). El cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud (Gobierno Vasco). Recuperado el 23 de enero de 2018, de http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/es_def/adjuntos/cuidados.pdf

OECD. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, www.oecd.org/health/longtermcare and www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted

OMS (2015): Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado el 24 de mayo de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=D60DD954401019BA68EA7556565817A3?sequence=1

Rogero García, Jesús. (2010). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Colección Estudios, Serie Dependencia. IMSERSO. Recuperado el 18 de agosto de 2017, de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>

Ruiz-Robledillo, Néstor, y Moya-Albiol Luis (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción* 2012, 1, 22-30. Recuperado en 10 de agosto de 2017, de http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf

Sagastizabal, Marina, Luxán, Marta. (2015). Género y uso del tiempo. Dos décadas de cambio social en la C.A. de Euskadi a través del uso del tiempo. Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 1993-2013. Monográfico. Recuperado el 16 de agosto de 2017, de http://www.eustat.eus/estad/berriak/Monografico_EPT_12.pdf

El **Equipo de la Coordinación Sociosanitaria de Euskadi** agradece la participación y trabajo de todas las personas que han hecho posible esta iniciativa.