

CAPÍTULO 3.

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA

Raquel Martínez-Buján*

3.1. Introducción

El análisis de la organización social de los cuidados constituye un objetivo central en los estudios sobre cuidados de larga duración¹. Alude a las formas en las cuales se distribuyen y proveen entre cada una de las esferas que participan para su consecución: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad. Esto supone preguntarse por quiénes y cómo cuidan, qué personas reciben los cuidados y quiénes los hacen realidad, qué tareas y modos de hacer entrañan, qué identidades y vínculos generan (Daly y Lewis, 2000: 285). Los cuidados, como noción amplia y extendida², remiten a multitud de dimensiones, muy diversas y heterogéneas, “cosas que, además, atraviesan fronteras y mundos sociales distintos, pero interconectados” (Vega y Gutiérrez, 2014: 9). Se realizan en los hogares, dentro de las casas, en la mayor parte de las ocasiones de manera invisibilizada, pero cada vez más se encuentran mediados por el mercado. A veces este se sitúa en los domicilios, aunque también está presente en otros espacios con experiencias profesionalizadas, tanto públicas como privadas. Históricamente, los cuidados han estado delegados en las manos femeninas y, aunque los hombres también forman parte del proceso (Martínez-Buján, en prensa), no todas las personas involucradas cuidan de la misma manera y, lo que es más relevante, no lo hacen en las mismas condiciones.

Es bien sabido que existen condicionantes sociales y estructurales que determinan las maneras de cuidar (Finch y Mason, 1993), no solamente por los valores o las ideologías que subyacen a las formas de vivir y sostenernos (Hochschild, 2000), sino porque los cuidados atraviesan todas las desigualdades que afronta nuestra posición social (Crenshaw, 1989). Además, también están afectados por los arreglos institucionales que se despliegan para su provisión. Esto es, por el papel que adquieren los estados y los mercados en el proceso y las constelaciones que se forman articuladas con las redes familiares y comunitarias. Nuestro género, clase social y origen étnico-racial fundamentan cada una de estas fórmulas y, lo que también es importante, nos sitúan de manera diferencial como personas cuidadoras.

* Universidade da Coruña. Los resultados expuestos están vinculados al proyecto de investigación titulado: “Cuidados de larga duración, mercados y desigualdades: agencias de intermediación, plataformas digitales y cooperativas de trabajadoras”. La investigadora principal es Raquel Martínez Buján y está financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, 2026-2028 (referencia PID2024-155905OB-I00).

¹ Aquellos que se proporcionan a personas en situación crónica, bien debido al proceso de envejecimiento, bien a enfermedades que derivan en una situación de dependencia.

² Desde este enfoque se incluyen los cuidados directos (mantenimiento del cuerpo en sí mismo mediante la realización de las actividades básicas de la vida diaria), el trabajo familiar doméstico (actividades que posibilitan las condiciones para el cuidado directo, como proveer alimentos, cocinar, lavar...), y la gestión mental (coordinación y planificación de todo lo anterior y que se traduce no solo en tiempo de trabajo, sino en intensidad y desgaste emocional) (Instituto de las Mujeres, 2023: 23).

Aproximarse a los cuidados explorando cómo se organizan socialmente nos permite entender cómo su resolución no es una práctica aislada, resultado unívoco de decisiones individuales o familiares, sino que es un producto de la interacción entre diferentes palancas y de las normas sociales que las regulan. Este enfoque implica explorar quién cuida, en qué condiciones y con qué apoyos. Consiste en mostrar cómo los cuidados se reparten y dividen e identificar los determinantes políticos y estructurales que los configuran. De esta manera, incorporamos a su análisis tanto una dimensión material, como una dimensión política y estructural ya que se añaden las posibilidades de acceso a los recursos públicos y privados y las implicaciones sociales que de ello se derivan.

Basándonos en estas consideraciones, este capítulo identifica las características básicas de la organización social de los cuidados en España, atendiendo a tres cuestiones vinculadas a las necesidades de la población mayor que se encuentra en situación de dependencia: (1) los trasvases de bienestar entre las familias, el mercado y el Estado³; (2) la división sexual de la distribución de los cuidados en el interior de los hogares, y (3) el impacto de este modelo sobre el trabajo de hogar y cuidados remunerado. La finalidad es conectar la estructura del modelo de cuidados predominante con sus consecuencias sociales y laborales: la sobrecarga de las familias en las tareas, su mercantilización a través del trabajo de hogar y cuidados, y la precariedad laboral persistente en este sector de actividad. La metodología utilizada es cuantitativa y se basa en una explotación de los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2020 (EDAD, en adelante), de la Encuesta de Características Esenciales de la Población y Viviendas 2021 (ECEPOV, en adelante) y de la Encuesta de Población Activa 2025 (EPA, en adelante). Las tres fuentes de información han sido elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística.

3.2. Conceptos clave y aportaciones desde los estudios de género

En la academia, los cuidados de larga duración han sido siempre un elemento de preocupación para los estudios de género, aunque su visibilidad y caracterización han variado dependiendo del contexto social e histórico. Estuvieron presentes en los primeros debates del feminismo marxista de los años setenta, cuando se defendía que el trabajo doméstico y de cuidados no debía considerarse como un aspecto privado, sino que tendría que ser incorporado a la organización económica y política (Dalla Costa y James, 1972). Pero fue a partir de la década de los ochenta y, especialmente de los años noventa, cuando se convirtió en una dimensión analítica fundamental.

Desde esa etapa, la discusión sobre los cuidados pasó a centrarse en cómo las interacciones entre la familia, el Estado y el mercado descansaban sobre la división sexual del trabajo. Es ahí cuando se desarrolla una prolífica literatura feminista sobre los cuidados y los desafíos que plantea su provisión. En gran parte, ésta surge como una respuesta a las corrientes hegemónicas que, hasta el momento, anali-

³ Aunque en este documento no se hace referencia explícita a la comunidad como esfera de provisión de cuidados, esta es considerada como un ámbito transversal de actuación en cuanto que atraviesa a todas las palancas de la organización social de los cuidados. Para información específica y detallada sobre el ámbito comunitario, pueden consultarse otros artículos de la autora: Martínez-Buján y Díaz (2025); Martínez-Buján y Vega (2021).

zaban el estado de bienestar desde variables monocausales muy focalizadas en el mercado laboral y el gasto social. Si bien incorporaban diferencias de acceso al bienestar teniendo en cuenta la clase social, invisibilizaban las diversidades inherentes en términos de género. Este tradicional enfoque representado por la escuela de los recursos de poder (Esping-Andersen, 1990), estudiaba las dimensiones relacionadas entre estado-mercado, pero no indagaba en las diferencias de género subyacentes a esos procesos (Daly, 1994). Además, no consideraba los cuidados desde su dimensión relacional, sino que concebía estos únicamente como parte inherente de la provisión institucional.

Paulatinamente, fueron apareciendo más aproximaciones sobre qué implica cuidar, los significados diferenciales que esta tarea adquiere para las mujeres, el papel de los programas de política social en el proceso, así como su impacto diferencial en términos de género (Finch y Groves, 1983). Estas aportaciones influyeron notablemente en el debate científico, ya que pusieron de manifiesto la importancia de los cuidados como una categoría de análisis referida al estado de bienestar, reconociendo el papel de las familias en la atención y desafiando los marcos analíticos dominantes. De esta manera, fue la producción feminista de mediados de los años noventa la que se ocupó de incorporar el género a los estudios de bienestar y, este cambio, llevó aparejado de forma simultánea la exploración de las desigualdades de género en la provisión de cuidados. Destacan aportaciones como, por ejemplo, las que clasificaron los regímenes de bienestar en función de la fortaleza o debilidad de la división sexual del trabajo (Lewis, 1992). O, aquellas otras, que se centraron en realizar comparaciones entre países según las orientaciones de los servicios sociales y sus repercusiones en la participación laboral de las mujeres (Anttonen y Sipilä, 1996).

Investigaciones posteriores, desarrolladas principalmente en la primera mitad de la década del 2000, derivaron en un nuevo marco teórico conocido como teoría del cuidado social (Daly y Lewis, 2000), con el que se trataba de dar una respuesta conceptual no solo a esta multiplicidad de ámbitos y lógicas implicadas en los cuidados, sino también a las complejas conexiones entre ellas. Bajo esta conceptualización el cuidado comprende “las actividades y relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas y de las niñas y niños, y los marcos normativos económicos y sociales en los que aquellas se asignan y desarrollan” (Daly Lewis, 2000: 285). La importancia de este marco reside en que ofrece un modelo de cuidado social que integra, por una parte, todas las actividades y relaciones implicadas en la asistencia y, por otra, el contexto legislativo en el cual se llevan a cabo. El cuidado social hace referencia a un entramado extenso de relaciones que incluyen tanto la práctica de la asistencia como su distribución entre los agentes implicados. Se reconoce que las dimensiones desde las que se provee asistencia son variadas y están rodeadas de múltiples lógicas, a veces contrapuestas, porque en algunos casos se realizan por amor y afecto, otras por obligación moral o ética y, en otros casos, media una relación salarial.

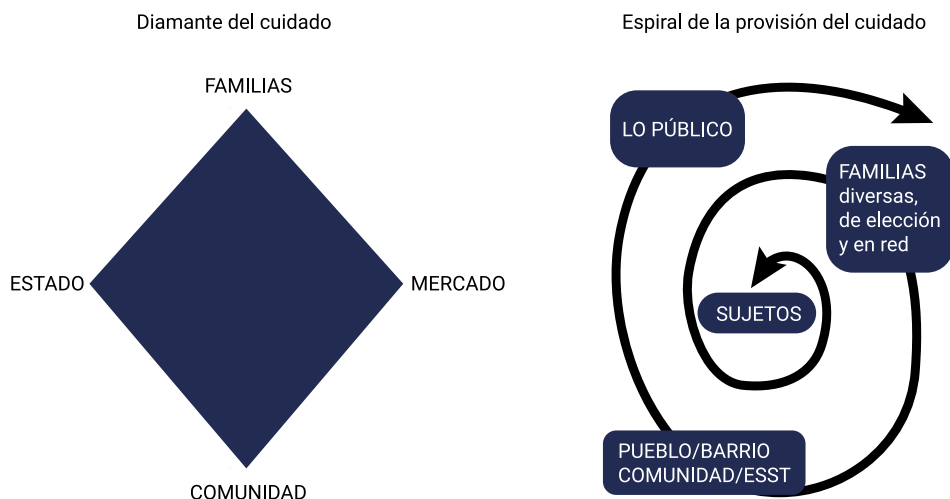
El concepto organización social del cuidado se utiliza, desde este enfoque, para identificar esos acuerdos institucionales y las prácticas cotidianas que conllevan su provisión. Bajo este término se aglutinan las diferentes fórmulas con las que las sociedades distribuyen la asistencia en cada una de las esferas disponibles para su reparto:

el Estado, la familia, el mercado y la comunidad. Según las instituciones y culturas de cada territorio varían los trasvases de bienestar entre estas esferas y, tales variaciones, sirven para definir las características de su propio modelo de cuidados. Estas transferencias de un ámbito a otro forman parte de las dinámicas de familiarización, mercantilización o privatización que, en la actualidad, atraviesan la provisión de los cuidados. Para simplificar estos procesos ha sido habitual utilizar la representación gráfica de un diamante que, de forma figurada, ubica en sus vértices cada una de las cuatro esferas que conforman la provisión de los cuidados (Razavi, 2007).

Esta imagen del diamante del cuidado se convirtió en seminal en la academia, pues muestra de una manera pedagógica la distribución de la provisión (imagen 1). Además, supuso un impulso conceptual muy relevante, porque durante gran parte de los años ochenta y noventa del pasado siglo, la distribución de los cuidados se analizó desde un enfoque triangular donde predominaba, o bien el estado, la familia y el mercado (en el caso de los estudios clásicos de bienestar) o bien la familia, las redes informales y el estado (en el caso de los primeros análisis del cuidado social, en los que el mercado aparecía como un actor secundario con escasa representación). Sin embargo, y a pesar del consenso académico que ha existido en torno a esta figura y de su aportación al análisis, en los últimos años ha aumentado el número de autoras que, desde una perspectiva crítica, advierten de los límites analíticos que supone esta matriz (Vega et al., 2018).

Imagen 1

Representación gráfica del diamante y de la espiral de cuidados



Fuente: Instituto de las Mujeres (2023).

Uno de los límites reside en la propia representación: un diamante presupone la existencia de un cierto equilibrio en la distribución de los cuidados entre cada una de esas palancas, ya que la imagen de un diamante remite a un gráfico de líneas geométricas proporcionadas y armónicas entre sí. Pero cabe cuestionarse la perfecta equidistancia entre cada vértice porque sabemos que el componente de la familia es emblemático

a escala global y, que la mercantilización mediante la contratación de servicio doméstico es más relevante en algunos países que el Estado o la comunidad (Aulenbacher et al., 2018). Por otra parte, la imagen vinculada al diamante interpreta, como esferas separadas, los espacios en los que habitualmente se produce la distribución. Algunas autoras consideran que, en realidad, las líneas que separan estas palancas son muy porosas, artificiales, y lo que predomina en la provisión de cuidados son los intercambios entre todas ellas (Martínez-Buján y Eijo, 2026). De esta manera, recientemente, se propone una imagen alternativa: visualizar la organización del cuidado como una espiral y así tener en cuenta la distinta escala en la que intervienen cada uno de estos agentes, trazar un hilo de continuidad entre ellos y definir la relevancia de cada uno en la provisión (Instituto de las Mujeres, 2023: 36) (imagen 1).

Para el caso particular de España, los estudios sobre la organización social de los cuidados coinciden en señalar como características básicas la sobrecarga femenina en la familia, la debilidad de la cobertura de las políticas sociales y la creciente mercantilización en torno al servicio doméstico (Martínez-Buján y Vega, 2021). En este sentido, se ha hecho habitual hablar de crisis de cuidados y crisis de reproducción social (Pérez-Orozco, 2014) para hacer referencia, por una parte, al desequilibrio existente entre las necesidades de cuidados y la demanda de servicios y personas cuidadoras para su provisión. Y, por otra parte, por otra parte, para constatar las desigualdades sociales que se generan durante su suministro, sobre todo de género, por la elevada presencia femenina en los hogares y en las ocupaciones laborales relacionadas con esta actividad, pero también de clase social y de origen étnico-racial.

De hecho, la distancia entre la oferta y demanda de cuidados ha sido cubierta mediante la contratación de personas empleadas de hogar, ocupación que, si bien históricamente se ha nutrido de mano de obra de mujeres que procedían de entornos rurales protagonizando el éxodo rural-urbano, en la actualidad desempeñan habitualmente mujeres migrantes (Martínez-Buján, 2010). Algunos términos han constatado esta realidad a escala global: criadas de la globalización (*servants of globalisation*) acuñado por Parreñas (2001), cadenas globales de cuidado (*global chains of affection*) utilizado por Hochschild (2000), o mujeres globales para referirse a las inmigrantes ocupadas como niñeras, enfermeras y criadas (Ehrenreich y Hochschild, 2004). En el caso de España, como veremos en los siguientes apartados, la demanda privada de apoyo a la fragilidad en la última etapa de la vida ha aumentado de forma tan significativa, que la literatura académica ha conceptualizado al modelo español de cuidados como el de una “migrante en la familia” (Bettio et al., 2006). Veamos cómo se ha configurado este sistema según las fuentes de datos disponibles.

3.3. Las familias, el centro de los cuidados

Las familias, y específicamente las mujeres dentro de ellas como esposas e hijas, han sido y son la principal fuente de cuidados en los hogares en España. El género y el parentesco siguen siendo dimensiones fundamentales para definir la atribución de estas responsabilidades. No obstante, la elevada demanda de asistencia que requieren los actuales procesos de longevidad, las diversas y cambiantes formas que están adquiriendo las familias y las rápidas modificaciones de los papeles de las mujeres en los hogares están configurando cambios en esta histórica naturalización femenina y familiar de la supervivencia. También cambios demográficos, como el tránsito hacia

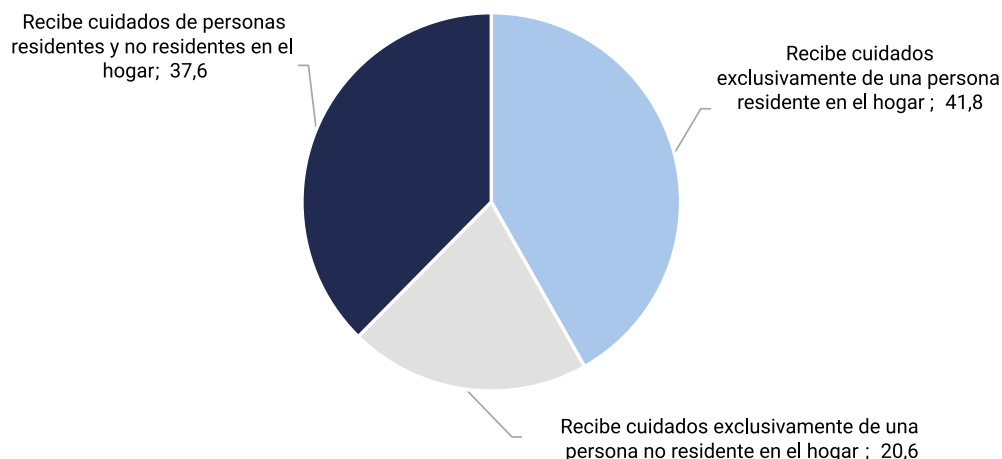
el envejecimiento de generaciones con menor fecundidad y con menor número de hermanos y cónyuges, están generando nuevas constelaciones de recursos para el sostenimiento de los cuidados (Zueras et al., 2018).

El sistema tradicional de cuidados basado en mandatos de género y en obligaciones morales creadas a través de los vínculos de parentesco ha entrado, por tanto, en tensión con las actuales diversidades familiares y trayectorias vitales de las mujeres. Los datos de la Encuesta EDAD 2020⁴ reflejan que, por ahora, estas transformaciones todavía se están traduciendo en una configuración familista de los cuidados, pero en la que se advierten dos nuevas tendencias. Por una parte, la incorporación de más personas de la red familiar a las tareas de asistencia y, por otra parte, la adquisición en el mercado de servicios de cuidados privados. Se estima que existen en España alrededor de un millón de personas mayores de 65 años en situación de dependencia que reciben cuidados en sus domicilios. Es mayoritario el porcentaje de personas adultas mayores que reciben atención exclusiva de residentes en su hogar (41,8 %), pero cada vez es más frecuente la existencia de una combinación de recursos externos e internos para afrontar las necesidades diarias de atención. De hecho, el 37,6 % recibe cuidados, tanto de personas residentes como no residentes, y la cifra de aquellas personas que solo son cuidadas por personas no convivientes asciende ya al 20,6 % (gráfico 1).

Gráfico 1

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia y que reciben cuidados según residencia de las personas cuidadoras

En porcentaje



Fuente: EDAD 2020 (INE).

⁴ La Encuesta EDAD 2020 ha sido realizada por el Instituto Nacional de Estadística con la finalidad de recabar información sobre las características demográficas y sociales de las personas en situación de discapacidad, dependencia, así como de las personas que son sus cuidadoras. Para este documento se ha realizado una explotación de los microdatos de esta fuente de información y se han construido indicadores para medir las características de la provisión de cuidados que reciben las personas en situación de dependencia.

Entre los miembros residentes destaca la participación de los hijos e hijas (56,7 %) y de las parejas (35,2 %), mientras que la mercantilización⁵ es relevante especialmente entre aquellas personas que reciben cuidados de no residentes (cuadro 1). De hecho, de entre todas las personas cuidadoras que viven fuera del hogar de la persona en situación de dependencia, las personas trabajadoras contratadas constituyen el colectivo mayoritario, alcanzando nada menos que la cifra del 54,6 %. Es decir, de entre todas las personas cuidadoras que no son convivientes, al menos una de cada dos es una persona trabajadora de apoyo. El régimen de contratación mayoritario sigue siendo el del empleo de hogar (24,2 %), pero también se atisba una participación relevante del personal sociosanitario (16,0 %) y de asistentes personales (5,5 %). Los datos no ofrecen información de si estas dos últimas figuras pertenecen o no a los servicios sociales públicos, cuya extensión de financiación ha sido relevante en la última década (Martínez-Buján y Nogueira, 2025). Entre las personas cuidadoras remuneradas que son residentes, el 9,0 % son empleadas de hogar, seguramente contratadas en régimen de internas. Esta modalidad de contratación, si bien quedó en desuso en los años setenta y ochenta, ha ido revitalizándose en las últimas décadas ante las demandas de tareas continuas de atención (Martínez-Buján, 2014). La implicación del tercer sector y de las redes de apoyo ajenas a la familia es minoritaria, aunque no desdeñable, ya que se sitúa en el 8,7 % de las personas cuidadoras no residentes.

Cuadro 1

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia según su relación con las personas que proporcionan sus cuidados

Relación con la persona receptora y lugar de residencia	Absolutos (en miles)*	Porcentaje**
TOTAL	993,5	—
Miembros del hogar	712,7	71,7
Pareja	250,7	35,2
Padre/madre	64,7	0,1
Hijos / hijas	404,0	56,7
Otros familiares	95,2	13,4
Empleada/o de hogar	63,9	9,0
No residentes en el hogar	618,5	62,3
Pareja	1,1	0,2
Hijos / hijas	322,6	52,1
Otros familiares	67,2	10,9
Empleada/o de hogar	154,1	24,9
Personal socio-sanitario	119,7	19,4
Asistente personal	63,8	10,3
Otros	53,9	8,7

Notas: * Las personas entrevistadas podían ofrecer más de una respuesta. ** El porcentaje se ha calculado en relación con el número de personas en situación de dependencia y no con respecto al total de respuestas.

Fuente: EDAD 2020 (INE).

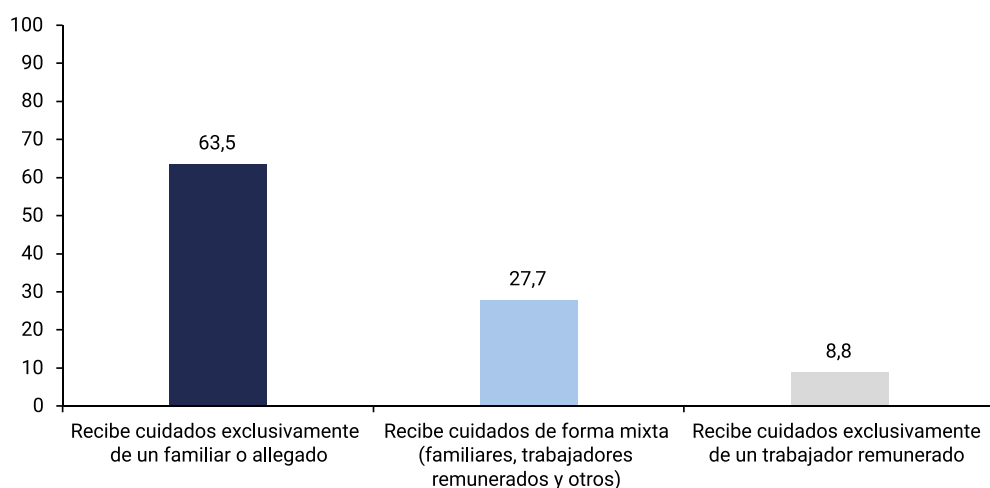
⁵ Proceso mediante el cual los hogares adquieren servicios privados de cuidados en el mercado.

El gráfico 2 representa cómo se combinan todos estos recursos. Atendiendo a su imagen, que muestra el conjunto de agentes y recursos que intervienen en el cuidado de las personas adultas mayores y que resume en cierta manera las cifras anteriores, observamos cómo el 63,5 % es atendido exclusivamente por una persona de su familia, el 27,7 % obtiene asistencia por agentes diversos y de forma complementaria (familiares, personas trabajadoras remuneradas y otras personas), y el 8,8 % recibe cuidados provistos únicamente por una persona trabajadora remunerada (principalmente mujeres cuidadoras contratadas en régimen de interna).

Gráfico 2

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia que reciben cuidados según su relación con las personas cuidadoras

En porcentaje



Fuente: EDAD 2020 (INE).

La organización social de los cuidados en España se sustenta, por tanto, en la implicación de la parentela, cuya atención se refuerza mediante la combinación de otros recursos privados, formando lo que algunas autoras han denominado mosaico de recursos de cuidado (Comas-D'Argemir y Soronellas, 2019). Con este concepto se hace referencia a prácticas combinadas de apoyos que las familias deben afrontar para hacer posible el envejecimiento en casa, un complicado bricolaje de recursos que definen “el conjunto de apoyos y servicios que se utilizan para cuidar a personas ancianas: implicación de cónyuges e hijos/as, apoyo informal de las redes de parentesco y comunitarias, contratación de empleadas domésticas, atención domiciliaria desde los servicios públicos, utilización de centros de día, teleasistencia o comedores comunitarios” (Soronellas, Offenhendern y Bodoque, 2021: 215).

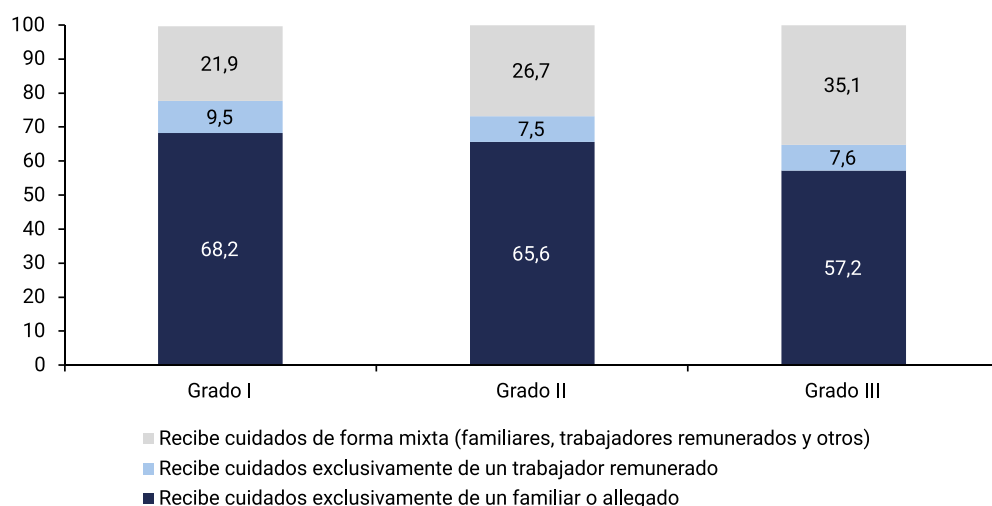
Estas tendencias indican que las prácticas de los cuidados se están reconfigurando y estratificando. Como reflejan los datos, cada vez es más habitual que las ayudas y los recursos desborden a la propia unidad doméstica, poniendo en relación formas de solidaridad entre el parentesco y el entorno comunitario antes menos frecuentes,

pero, además, también adquiriendo apoyos externos en los servicios públicos privados. Esta última situación es más habitual entre las personas con dependencias más graves, cuando los tiempos de cuidados son más intensos, más se transforman las actividades diarias y más cambian las formas familiares y las constelaciones de apoyos que cubren su provisión. El gráfico 3 señala que el porcentaje más elevado de cuidados mixtos se da entre las personas que tienen un Grado III de dependencia. En ese grupo social, la atención se divide entre más recursos, alcanzando esta práctica al 35,1 % de la población.

Gráfico 3

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia que reciben cuidados según grado de dependencia y relación con las personas cuidadoras

En porcentaje



Fuente: EDAD 2020 (INE).

La familia cuida de forma exclusiva “mientras se puede” y durante el mayor tiempo posible y, cuando ya no resulta viable, la llamada a complementar los cuidados proviene, entre las clases medias y medias-altas, del trabajo de hogar (gráfico 3). Esta ha sido la fórmula preferida. Se estima que el 36,5 % de los hogares con una persona mayor de 65 años en situación de dependencia tiene a una persona cuidadora remunerada. Además, en el 14,9 % de los casos, dicha figura se ha convertido en la persona cuidadora principal y, en el 8,8 % de dichos hogares, es la única persona de la que reciben cuidados (cuadro 2).

Solo en casos extremos se acude a un centro residencial. Es decir, cuando no existe familia en el entorno cercano, cuando los cuidados son muy intensivos o cuando el entorno de convivencia no posibilita la permanencia en el hogar (Moré, 2017). A este modelo de organización social del cuidado se le denomina “familista”, para hacer referencia, precisamente, a la involucración de los parientes en la asistencia (Leitner, 2003). Pero, tras los datos mostrados, no puede obviarse que el familismo está encontrando nuevas formas de expresión a través de la mercantilización de los cuidados. Ello contribuye a que dismi-

Cuadro 2

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia según de quién recibe los cuidados

¿De quién recibe cuidados?	Absolutos (miles)	Porcentaje
Reciben cuidado familiar	904,2	91,0
Reciben cuidados contratados en el hogar	362,4	36,5
Reciben cuidados únicamente de una persona contratada	87,3	8,8
La persona contratada es la cuidadora principal	148,1	14,9
TOTAL	993,5	100,0

Fuente: EDAD 2020 (INE).

nuyan las cargas de cuidados sobre los hogares, aunque la gestión siga recayendo sobre la familia. Esta fórmula de organizar los cuidados a través del empleo del hogar y otras personas remuneradas responde a una estructura familista modificada, donde se externalizan las actividades, pero se mantienen dentro del hogar y en manos femeninas, es decir, replicando el modelo de organización familiar tradicional. Esta organización de la provisión de cuidados responde a un ideal de cuidados que se caracteriza por su producción especialmente “en casa con la familia” (Torns et al., 2014).

En todo caso, aunque esta estrategia de externalización consigue reducir de alguna manera la implicación familiar en el cuidado, la parentela continúa muy presente. De hecho, el 91,0 % de las personas adultas mayores en situación de dependencia recibe apoyos familiares para su subsistencia (cuadro 2) y esta provisión es muy intensa, tanto en tiempo que llevan prestando cuidados como en número de horas diarias de atención. El cuadro 3 indica que las personas familiares cuidadoras principales llevan, en el 45,5 % de los casos, más de ocho años como proveedoras de atención. Además, el gráfico 4 señala que el 45,1 % de los miembros del hogar proveen asistencia durante más de diez horas al día, mientras que esta cifra se rebaja a menos de dos horas diarias en el 87,6 % de las personas cuidadoras contratadas (gráfico 4).

Estas cifras hacen pensar que los cuidados que prestan los servicios sociales públicos y las personas remuneradas son complementarios de forma muy residual en relación con los que realiza la familia. Por lo tanto, las necesidades básicas de sostenimiento de la vida entre la población adulta mayor todavía no tienen una resolución política

Cuadro 3

Tiempo que llevan prestando cuidados las personas familiares cuidadoras principales de mayores de 65 años en situación de dependencia

En porcentaje

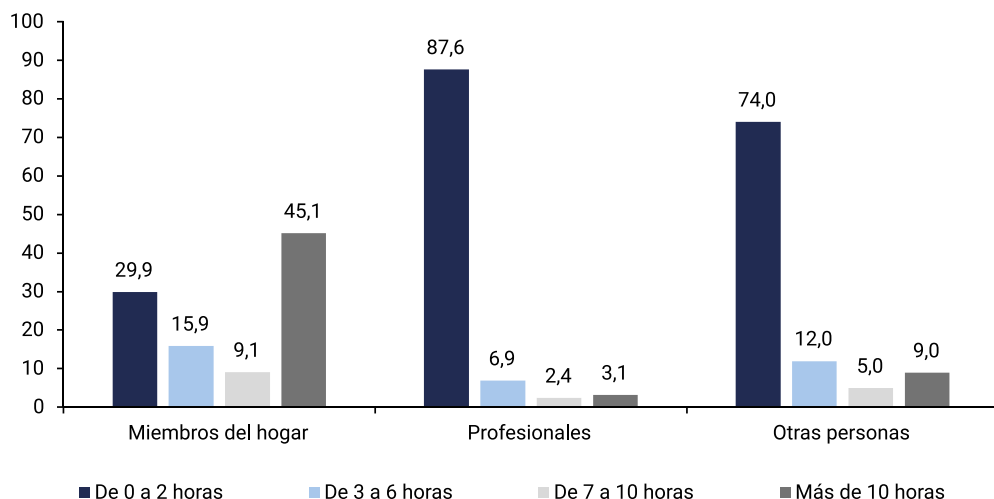
	Total	Hombre	Mujer
Menos de 1 año	4,7	3,3	5,3
De 1 hasta 2 años	10,8	9,8	11,3
De 2 hasta 4 años	16,3	12,6	17,9
De 4 hasta 8 años	22,7	22,1	22,9
8 y más años	45,5	52,2	42,6
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: EDAD 2020 (INE).

Gráfico 4

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia que reciben cuidados según su relación con las personas cuidadoras y número de horas diarias

En porcentaje



Fuente: EDAD 2020 (INE).

efectiva y dependen, en gran parte, de los arreglos privados que las familias articulan en su interior. Desde la entrada en vigor en el año 2007 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD, en adelante), que configuró por primera vez en el país una protección social orientada a los cuidados de larga duración, se ha realizado un notable esfuerzo financiador en este ámbito, pero desafortunadamente no ha sido suficiente ni en cobertura ni en intensidad (Comas-D'Argemir, en prensa). Se renovaron los recursos públicos y se crearon nuevos esquemas de actuación, pero su extensión ha sido desigual a escala territorial y ha variado en función de la disponibilidad presupuestaria (Martínez-Buján y Nogueira, 2025).

Los servicios sociales dirigidos a los apoyos en el hogar se han centrado en una extensión de la teleasistencia, el servicio de ayuda a domicilio, los centros de día y las prestaciones económicas. La EDAD 2020 confirma que la teleasistencia es un recurso muy extendido y alcanza al 32,4 % de la población mayor en situación de dependencia. No obstante, este programa requiere disponer de apoyos cercanos en caso de necesidad, en cuanto que, hasta el momento, solo activa una alarma ante una emergencia en el hogar. El servicio de ayuda a domicilio se ha ampliado mucho en los últimos años, sobre todo desde la pandemia de COVID-19 (Comas-D'Argemir y Martínez-Buján, 2022), pero solo llega al 29,7 % de los casos y suele concederse, además, a personas con grados severos de necesidad de ayuda diaria, mientras que el tiempo de atención máximo está limitado a las tres horas diarias. Los centros de día, por el momento, tampoco se han desplegado con suficiencia y sus plazas solo son utilizadas por el 5,6 %. Las prestaciones económicas han conseguido extenderse y se utilizan, o bien como compensación de la sobrecarga de cuidados, o bien en formato de cheque para la adquisición de cuidados privados. Su inciden-

cia, según la citada encuesta, asciende solamente al 13,6 % de su población diana (cuadro 4). Las cifras de cobertura, como vemos, no son muy elevadas, por lo que el servicio doméstico se ha convertido en la fórmula esencial que permite mantener a las personas mayores en sus hogares y que garantiza la permanencia del pacto de género que fundamenta la división sexual del trabajo.

Cuadro 4

Servicios sociales disfrutados en el último año por personas mayores de 65 años en situación de dependencia y que reciben cuidados familiares en sus hogares

Servicios sociales y prestaciones	Absolutos (En miles)	Porcentaje (Sobre el total de personas)
Total	993,5	100,0
Teleasistencia	321,9	32,4
Ayuda a domicilio	294,8	29,7
Prestaciones económicas de dependencia	135,1	13,6
Centro de día/Centro de noche	56,1	5,6
Estancias temporales (servicios de respiro)	6,4	0,6
Servicios de vivienda o residenciales	12,3	1,2
Atención psicosocial a familiares	19,1	1,9
Centros ocupacionales	4,5	0,5
Otros servicios	24,5	2,5

Fuente: EDAD 2020 (INE).

3.4. Las mujeres, las indispensables en la provisión

Este imaginario de mejor con la familia convierte a las mujeres como cuidadoras principales y las señala como las más capaces para asegurar el afecto y cariño que requieren estas tareas (Moreno et al., 2024). De hecho, las hijas son las principales cuidadoras de las personas adultas mayores. El 35,9 % son cuidados principalmente por sus hijas, frente al 17,0 %, que son cuidadas por sus hijos varones. En el caso de que sean los hombres los receptores de la atención, estos son cuidados por sus esposas en un 41,8 %, frente al 13,3 % de las mujeres que son cuidadas por sus maridos varones. Y, cuando son las mujeres las que reciben la asistencia, son las hijas en un 41,1 % las que asumen esta tarea. Las esposas y las hijas conforman, por tanto, los pilares básicos del sistema de atención. En todo caso, el cuidado masculino ha crecido notablemente en la última década, proceso que hace pensar en una incorporación paulatina de los hombres en las tareas de cuidados. Tan es así, que el porcentaje de hijos varones cuidadores principales en la Encuesta EDAD de 2008 se situaba en el 9,0 % ante el mencionado 17,0 % actual (Martínez-Buján, en prensa) (cuadro 5).

El cuadro 6, donde se muestra con detalle el perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras principales, es otra muestra de la sobre-responsabilidad de las mujeres en la provisión de cuidados y del reciente auge de esta involucración masculina. El porcentaje de mujeres que actúan como cuidadoras de miembros de sus familias asciende al 69,2 %, frente al 30,8 % de hombres, pero, una década atrás, según los datos de la Encuesta EDAD 2008, la participación de los hombres se situaba en un 18,4 % (Martínez-Buján, en prensa). En términos de edad y nivel de estudios no existen dife-

Cuadro 5

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia que reciben cuidados según su relación con la persona cuidadora principal y sexo de la persona receptora

En porcentaje

	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Cónyuge o pareja	21,9	41,8	13,3
Hija	35,9	24,1	41,1
Hijo	17,0	12,7	18,9
Otro familiar	8,6	8,2	8,7
Persona empleada del hogar	9,5	7,0	10,6
Personal sociosanitario	3,3	2,9	3,6
Asistente personal	1,9	1,7	2,0
Otras personas	1,3	1,4	1,3
No consta	0,4	0,2	0,5

Fuente: EDAD 2020 (INE).

Cuadro 6

Perfil sociodemográfico de las personas familiares que son cuidadoras principales de personas mayores en situación de dependencia

En porcentaje

SEXO			
Hombre	30,8		
Mujer	69,2		
Total	100,0		
EDAD	Total	Hombre	Mujer
Hasta 29 años	2,1	1,1	2,6
De 30 a 44 años	11,0	10,6	11,2
De 45 a 64 años	56,2	49,5	59,2
De 65 a 79 años	22,0	25,4	20,4
De 80 y más años	8,7	13,4	6,6
Total	100,0	100,0	100,0
NIVEL DE ESTUDIOS	Total	Hombre	Mujer
Básico e inferior	33,5	33,5	32,6
Intermedio	51,0	51,0	53,0
Superior	15,4	15,4	14,4
Total	100,0	100,0	100,0
SITUACIÓN LABORAL	Total	Hombre	Mujer
Trabajando	38,6	32,2	41,6
No trabaja	32,0	21,2	36,9
Jubilado, prejubilado, incapacidad para trabajar	26,9	43,4	19,5
No consta	2,4	3,3	2,1
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: EDAD 2020 (INE).

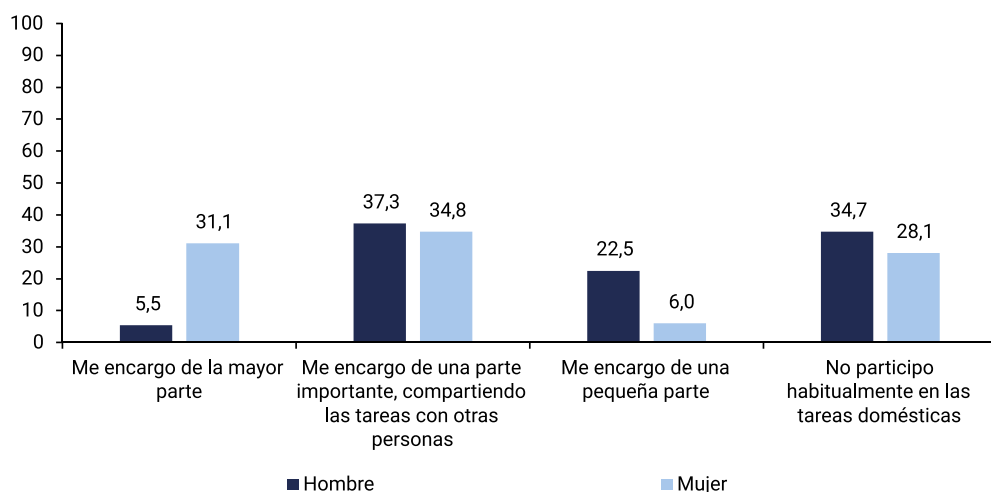
rencias significativas según sexo entre las personas cuidadoras principales. El 56,2 % está entre los 45 y los 64 años, y los estudios intermedios son los mayoritarios, con un 51,0 % de incidencia. Existe una concentración de la provisión en un tramo generacional concreto. Sin embargo, en la situación laboral sí se evidencian resultados significativos. Las mujeres que combinan su ocupación remunerada con los cuidados son el 41,6 %, frente al 32,2 % de los hombres. El porcentaje de hombres cuidadores que están jubilados asciende al 43,4 % (frente al 19,5 % de las mujeres). Por lo tanto, parece que esta participación masculina en los cuidados se produce especialmente cuando los hombres se han quedado sin empleo o lo han dejado para poder realizar los cuidados, mientras que la responsabilidad femenina se mantiene cuando éstas ejercen también un trabajo formal y a lo largo de toda su trayectoria vital.

Las cifras de la ECEPOV, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2021, corroboran esta tendencia. Esta base de datos ofrece la posibilidad de realizar un análisis sobre el reparto del trabajo doméstico y de cuidados en los hogares españoles, es decir, sobre la división sexual del trabajo dentro de los domicilios. Su información indaga en la participación de los miembros del hogar en estas labores, lo que permite comprender mejor la distribución de responsabilidades dentro del hogar y las dinámicas familiares. Partiendo de dicha fuente se aborda la dedicación de mujeres y hombres al cuidado en los hogares. Al igual que en la EDAD 2020, se perciben algunos cambios hacia una masculinidad más corresponsable, pero todavía es habitual que las tareas de cuidados recaigan mayoritariamente en las mujeres. Según esta base de datos, en los hogares en los que habita una persona en situación de dependencia, bien sea menor, mayor de 70 años o que padece una enfermedad crónica o una discapacidad, las mujeres se encargan de la mayor parte de los cuidados. En concreto, esta situación se observa en el 31,1 % de los casos (gráfico 5), mientras que solo el 5,5 %

Gráfico 5

Reparto de las tareas de cuidados en los hogares según sexo (personas mayores de 25 años)

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Características Esenciales de la Población y Viviendas, 2021 (INE).

de los hombres proveen las necesidades de esta atención en su mayor parte. Además, el 34,7 % de los hombres declaran no participar en los cuidados, frente al 28,1 % de las mujeres. Esta no participación hace referencia también a un probable desequilibrio generacional en las tareas de cuidados en los hogares, siendo la población de mediana edad y más mayor la que participa en tales tareas.

Es interesante analizar qué personas son las receptoras de cuidados según el sexo de la persona cuidadora principal. Los datos señalan que el porcentaje de hombres que cuidan de forma mayoritaria a menores de edad o a adultos crónicos es muy pequeño, comparado con la presencia femenina en estos cuidados. De esta manera, mientras que el 4,9 % de los hombres cuidan de forma principal a sus hijos e hijas, esta cifra asciende al 41,2 % de las mujeres. En el cuidado de personas con dependencia la diferencia de la implicación es todavía más elevada, puesto que, aunque un 21,5 % de los hombres señalan cuidar mayoritariamente a alguien en esta situación, el porcentaje de las mujeres asciende a un 50,4 %. Estas diferencias tan significativas se atemperan cuando se observan los datos sobre los cuidados compartidos entre ambos sexos. Los resultados indican que, mientras que los cuidados de menores de edad son más compartidos y equilibrados, el cuidado de personas adultas se delega mayoritariamente en las mujeres. De esta manera, el 61,4 % de los hombres y el 52,4 % de las mujeres declaran compartir los cuidados en la infancia. Esta cifra desciende al 41,1 % entre los hombres y al 34,1 % entre las mujeres cuando se trata de la atención a personas adultas (cuadro 7).

Cuadro 7

Reparto de las tareas de cuidados en los hogares según sexo (mayores de 25 años) y colectivo al que va orientada la provisión

En porcentaje

	Hombre		Mujer	
	Menor de edad	Adulto con dependencia	Menor de edad	Adulto con dependencia
Me encargo de la mayor parte	4,9	21,5	41,2	50,4
Me encargo de una parte importante, compartiendo las tareas con otras personas	61,4	41,1	52,4	34,1
Me encargo de una pequeña parte	33,7	37,4	6,4	15,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Características Esenciales de la Población y Viviendas, 2021 (INE).

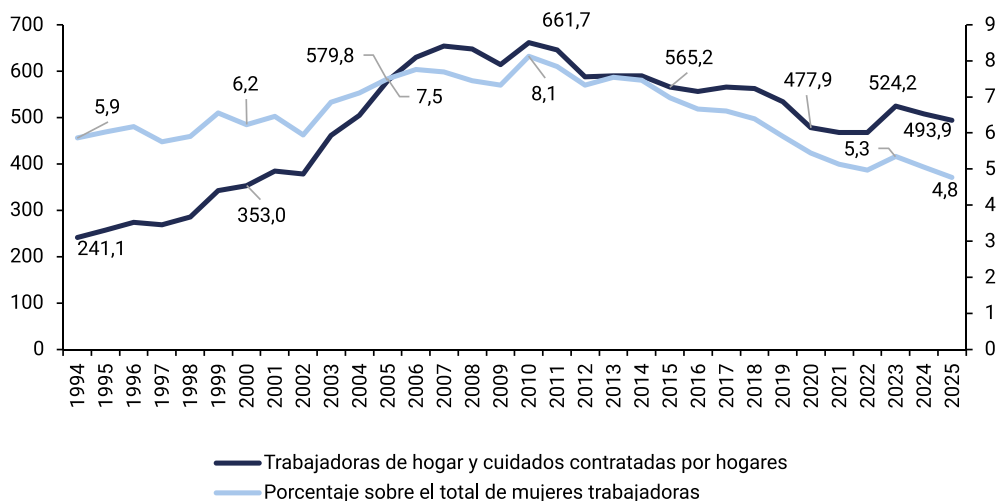
Los datos parecen indicar cambios transformadores en las actitudes masculinas hacia los cuidados de hijos e hijas, tareas que los hombres están asumiendo en mayor medida (Tobío, 2012). La desigualdad, sin embargo, está mucho más presente en las tareas de cuidados orientadas hacia las personas mayores. Esta redistribución incompleta del trabajo dentro del hogar se ha definido como “revolución estancada” (Friedman, 2015). Las mujeres se dedican a las actividades más invisibilizadas y aisladas, mientras que la participación de los hombres se concentra en las tareas de mayor valoración social, como los cuidados de menores, resultados que, por otra parte, también se encuentran a escala nacional e internacional (Moreno et al., 2024).

3.5. Las personas trabajadoras de hogar y cuidados: centrales socialmente, precarias laboralmente

A medida que se consolidaba la longevidad, las mujeres se incorporaban al mercado laboral y se resquebrajaba el modelo de un único sustentador, los cuidados familiares en los hogares comenzaron a complementarse con servicio doméstico. Esta tendencia, cuya presencia se advierte desde finales de los años noventa, ubicó al empleo de hogar como un recurso para garantizar el bienestar. En la actualidad, se configura como un servicio privado esencial para la supervivencia cotidiana. Siguiendo los datos de la EPA⁶, en el año 2000, apenas se contabilizaban a 353.000 trabajadoras de hogar y cuidados. En el año 2010, la cifra se duplicaba hasta alcanzar las 661,7 personas contratadas (llegando a representar al 8,1 % del total de la fuerza laboral femenina). Y, aunque en la década siguiente se registra una pérdida de empleos especialmente vinculados a las etapas de crisis económica de la Gran Recesión entre 2008 y 2013 (Martínez-Buján, 2022), el sector vuelve a recuperarse recientemente hasta alcanzar la cifra de 493,9 (gráfico 6).

Gráfico 6

Evolución del número de personas trabajadoras de hogar y cuidados en España y porcentaje de esta ocupación sobre el total de mujeres ocupadas, 1994-2025



Fuentes: Encuesta de Población Activa, media anual; trabajadoras de hogar y cuidados (CNO 910 y 571) contratadas por hogares privados (CNAE 970), (INE).

Aun observando fluctuaciones en su evolución, el empleo de hogar es, de manera indiscutible, la fórmula básica e indispensable para el cuidado de personas dependientes

⁶ La Encuesta de Población Activa (EPA) es una fuente, fuente estadística del Instituto Nacional de Estadística que recoge trimestralmente información sobre la posición de la población en el mercado de trabajo, las cifras que aquí se incluyen forman parte de una explotación de los microdatos a tres dígitos y representan la media anual de los cuatro trimestres de cada año incorporado.

en los domicilios. Y, aunque las cifras no parezcan demasiado llamativas con respecto al total de personas ocupadas, el impacto de esta modalidad de cuidado, tanto sobre el porcentaje de hogares que requieren cuidados de larga duración como sobre la demanda de personas trabajadoras, es considerable. Recordemos que el 36,5 % de las personas mayores en situación de dependencia cuentan con cuidados privados en sus hogares (datos EDAD 2020, cuadro 2), esto es, algo más de una de cada tres. El 95,8 % de las trabajadoras son mujeres y, entre éstas, el 75,4 % han nacido en un país extranjero (en el año 2000 este porcentaje alcanzaba tan solo al 31,8 %). La demanda ha sido tan acelerada que el servicio doméstico se configura como el principal sector de empleo de las mujeres migrantes, representando esta actividad el 15,0 % del total de mujeres que han nacido en el extranjero. Ninguna otra actividad laboral concentra a trabajadores migrantes en tal magnitud, por lo que el servicio doméstico se sitúa como el principal nicho laboral de este colectivo. La concentración de trabajadoras migrantes es más elevada entre la población procedente de América Latina y el Caribe, siendo el 78,0 % de las empleadas en este sector procedentes de esta región. Estos datos sitúan a España como uno de los países europeos con mayor presencia de personas trabajadoras de cuidados a domicilio (ILO, 2021) y con la incidencia más elevada de mujeres migrantes en esta ocupación (Alonso et al., 2024).

Pero su presencia no puede decirse que haya dependido únicamente de las decisiones individuales de las familias, sino que su incorporación también responde a la articulación de una organización social de cuidados concreta en la que se combinan una fuerte familiarización y una provisión pública limitada. En este contexto, los servicios privados de cuidados emergen como una estrategia funcional para resolver las insuficiencias y deficiencias de los servicios sociales públicos, sostener a las familias cuyos miembros adultos trabajan y, frecuentemente, compensar desequilibrios en el reparto de las tareas entre géneros dentro de los hogares. Como señalamos anteriormente, la cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio nunca ha sido muy elevada, pues su tiempo medio de atención se sitúa en algo menos de las dos horas diarias (Rodríguez-Cabrero y Marbán, 2022). Además, la prestación económica que tiene un número más elevado de usuarios, la “Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar” (PECEF), mantiene una remuneración media bastante baja, que varía entre los 200 euros y los 455,40 euros, según el nivel de severidad de la dependencia (Ministerio de Inclusión Social, 2024). Si a ello sumamos el tiempo de espera entre la solicitud de un recurso público y la consecución de su obtención que, en algunas comunidades autónomas, puede alcanzar los dos años, no es de extrañar que el principal complemento de los cuidados familiares haya sido la utilización de personas trabajadoras de hogar (Rodríguez-Cabrero y Marbán, 2022).

Eso no significa que no se haya realizado un esfuerzo de inversión pública en las últimas dos décadas. Más bien, todo lo contrario, pero su despliegue no ha sido suficiente. De hecho, la entrada en vigor de la LAPAD aceleró la creación de empleo en el sector formal de cuidados de larga duración, es decir, el que se desarrolla en centros residenciales, centros de día y empresas proveedoras de atención a domicilio. En 2025, la EPA estima que el número de personas ocupadas en este ámbito asciende a 546,5 mil. En el año 2008, justo en los inicios de la LAPAD, esta cifra se situaba en 259,3 mil. Es decir, se ha duplicado desde la implementación de la LAPAD, lo que muestra la expansión de financiación pública derivada de su aplicación (cuadro 8).

Cuadro 8

Evolución de personas trabajadoras ocupadas en establecimientos de cuidados de larga duración, 2008-2025

Actividad del establecimiento	2008	2015	2025	Variación 2008-2025 (%)
Centros residenciales	200,1	246,6	339,8	+69,8
Servicios sociales sin alojamiento (empresas de cuidados a domicilio y centros de día)	59,2	91,2	206,7	+249,1
Total sector formal de cuidados de larga duración	259,3	337,8	546,5	+110,7

Fuente: Encuesta de Población Activa, media anual (INE).

No obstante, y a pesar de este relevante esfuerzo inversor, la escasa cobertura de las prestaciones sociales, tanto en relación con las necesidades asistenciales de la población en situación de dependencia como con el progresivo envejecimiento demográfico, es una constante mencionada en todas las investigaciones (Rodríguez-Cabrero y Marbán, 2022). Por ejemplo, la cobertura de los centros residenciales prácticamente no se ha ampliado desde la introducción de la LAPAD y se sitúa, según las cifras oficiales del IMSERSO del año 2023, en el 4,6 % de la población mayor de 65 años, cifra inferior al 5,0 % medio observado por la *OCDE en Health at a Glance* de 2017 y tomado desde entonces como un criterio de referencia. Las limitaciones de financiación también se visualizan en las listas de espera de acceso a los servicios públicos de cuidados. En el año 2025, todavía 109.000 personas estaban en espera de resolución de su solicitud y 107.000 tenían derecho a una prestación reconocida, aunque todavía sin asignación de uno de los recursos (datos IMSERSO). Aumentar el gasto público en cuidados de larga duración es también una insistente recomendación de los informes de evaluación de la ley que recomiendan subir el 0,7 % que el PIB dedica a estos cuidados hasta, al menos, un 1,5 % (Rodríguez-Cabrero et al., 2018).

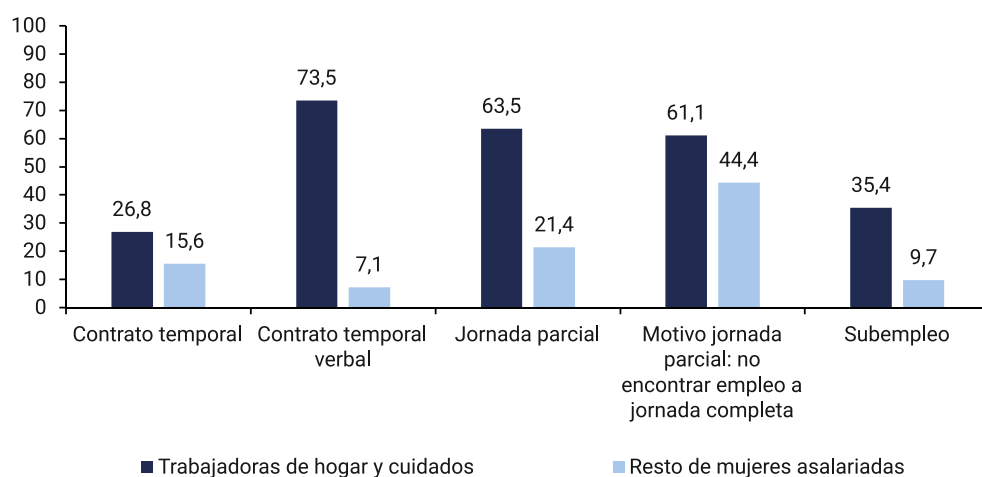
En este escenario, la contratación privada de personas cuidadoras remuneradas ha sido la figura clave del envejecimiento en casa y, aunque en años recientes se observe una reducción de las personas ocupadas en los domicilios bajo esta categoría, esta tendencia ha marcado y marca la especificidad de la provisión de cuidados en nuestro país (León, 2010). Su centralidad social contrasta, sin embargo, con la posición laboral que ocupan estas trabajadoras. A pesar de desempeñar funciones esenciales para el sostenimiento de la vida y para la permanencia de las personas en situación de dependencia en sus hogares, el empleo doméstico sigue caracterizándose por elevados niveles de precariedad, informalidad y desprotección social (Cruz Roja, 2024). Estas malas condiciones laborales, así como la intensificación de las tareas cuando se dirige a la atención de personas adultas mayores, son elementos que se asocian a la elevada presencia de mujeres migrantes en este sector.

De esta manera, la EPA indica que el 26,8 % de las trabajadoras de hogar y cuidados tienen un contrato de trabajo temporal, que en el 73,5 % de los casos es meramente verbal. Además, el 63,5 % trabaja en jornada parcial; de ellas, dos de cada tres personas (61,1 %) aseguran que el motivo principal es porque no han encontrado un trabajo a tiempo completo. Estos porcentajes las sitúan en situación de mayor precariedad con respecto al resto de trabajadoras asalariadas. Primero, porque el contrato verbal

solo ha sido legal para esta actividad e indudablemente ofrece escasas garantías. Segundo, porque la media de todas las mujeres empleadas en jornada parcial es del 21,4 %, cifra considerablemente inferior a la que presenta el sector. También es muy significativa la condición de subempleo. La EPA considera que están subempleadas aquellas personas que, aunque tienen un puesto de trabajo, desean trabajar más horas y que están disponibles para tal finalidad. Las trabajadoras de hogar y cuidados en esta situación son el 35,4 %, mientras que la cifra desciende al 9,7 % para el resto de las trabajadoras (gráfico 7). La coexistencia de una alta demanda social de cuidados con un bajo reconocimiento laboral revela una de las principales paradojas del modelo español de cuidados de larga duración.

Gráfico 7

Indicadores de precariedad de las personas ocupadas en trabajo de hogar y cuidados (contratadas por hogares) y del total de mujeres asalariadas, 2025



Fuente: Encuesta de Población Activa, media anual (INE).

3.6. Conclusiones

En las últimas dos décadas, los estudios de género han ampliado y problematizado las reflexiones sobre los cuidados, situando en el centro de su trabajo teórico, empírico y político lo que antes estaba en la periferia. Como argumentamos, han abogado por visiones multidimensionales y por restituir la dimensión subjetiva y emocional de este tipo de trabajo más allá de los componentes materiales asociados a la noción más clásica de trabajo doméstico. Cambios históricos relacionados con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, el mantenimiento de las desigualdades de género, los nuevos modelos de familia, la disminución de las tasas de fecundidad, el envejecimiento de la población y los movimientos migratorios femeninos constituyen algunas de las dimensiones clave que siguen activando este ámbito de investigación, tanto en la academia como en la intervención social.

No obstante, y a pesar de todas estas transformaciones, en España persiste un modelo de cuidados de larga duración basado en la intensa implicación de la red de

parentesco, el cual podría encontrarse en entredicho en un futuro a corto plazo. Todavía el 63,5 % de las personas adultas mayores en situación de dependencia son cuidadas de forma exclusiva por su familia. La intensidad de los cuidados es relevante: el 45,1 % de las personas cuidadoras presta más de diez horas de atención al día y, en el 45,5 % de los casos, lleva más de ocho años como proveedoras de esta asistencia. La presencia de las mujeres es mayoritaria; de ahí que cada vez más familias alleguen los recursos económicos necesarios para acceder al servicio doméstico, reforzando así la mercantilización de los cuidados en los domicilios. El 36,5 % de las personas con dependencia cuenta con la contratación de una persona remunerada para prestar atención directa, siendo esta una de las cifras más elevadas de la Unión Europea. Los servicios sociales, aunque también participan en esta asistencia, mantienen ratios muy bajos de cobertura. El Servicio de Ayuda a Domicilio, por ejemplo, alcanza únicamente al 29,7 % de los hogares en los que reside una persona mayor en situación de dependencia.

Estas cifras visualizan cómo se reproduce la “crisis de los cuidados” al constatar la elevada participación de las familias y de las mujeres en su provisión, así como la tendencia a resolver las necesidades que se generan en los hogares a partir de soluciones individuales y a menudo precarias, como la contratación de personas trabajadoras del hogar. A pesar de que la solidaridad intergeneracional se mantiene fuerte y apoyada en los vínculos de parentesco, es posible que en un futuro cercano se encuentre más tensionada debido a las modificaciones experimentadas, tanto en las formas y organización de las familias como en los cambios demográficos.

En definitiva, todas estas modificaciones sociales y culturales no han venido acompañadas de una efectiva transformación en los roles de género ni tampoco en una adecuada agenda política que haya permitido alcanzar distribuciones más igualitarias en la provisión de cuidados en las redes de parentesco. La mercantilización tampoco es una solución, puesto que genera desigualdades sociales, se basa con frecuencia en la fragilidad laboral de las personas contratadas y se sustenta en mano de obra altamente feminizada y con una elevada concentración de mujeres migrantes. El gran desafío de la protección social estará, en gran parte, en la configuración de políticas públicas que mitiguen estas tendencias, que promuevan trabajo en buenas condiciones en el sector y, por supuesto, en una mayor corresponsabilidad de los hombres en los hogares.

Bibliografía

ALONSO, N., TRILLO, D., y VICENT, L. (2024). The domestic work sector in the European Union: Quantification, evolution and policies to combat precariousness. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 13(1), 1-21

AULENBACHER, B., DÉCIEUX, F., y RIEGRAF, B. (2018). The economic shift and beyond: Care as a contended terrain in contemporary capitalism. *Current Sociology*, 66(4), 517-530.

BETTIO, F., SIMONAZZI, A., y VILLA, P. (2006). Changes in care regimes and female immigration: the “care drain” in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285.

COMAS-D'ARGEMIR, D. (en prensa). Los cuidados en la actualidad. Alternativas y retos para un cambio de modelo. Documento de trabajo para el IX Informe Foessa.

COMAS-D'ARGEMIR, D., y SORONELLAS, M. (2019). Men as carers in long-term caring: doing gender and doing kinship. *Journal of Family Issues*, 40(3), 315-339.

COMAS-D'ARGEMIR, D., y MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2022). Hacia un modelo alternativo de cuidados. En D. COMAS, D. y S. BOFILL (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempo de la Covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*. Barcelona: Tirant Lo Blanch, 423-450.

CRENSHAW, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* (139–167).

CRUZ ROJA. (2024). El empleo en el sector de los cuidados: perspectivas, retos y propuestas para disminuir la vulnerabilidad sociolaboral. *Boletín sobre Vulnerabilidad Social*, 34.

DALLA COSTA, M. R., y JAMES, S. (1972). *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad*. México D.F.: Siglo XXI.

DALY, M. (1994). Comparing welfare states: towards a gender friendly approach. En D. SAINSBURY (ed.), *Gendering Welfare States* (101-117). London: Sage.

DALY, M., y LEWIS, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.

EHRENREICH, B., y HOCHSCHILD, A. R. (2004). *Global Women. Nannies, Maids and Sex Workers in the new Economy*. New York: Henry Holt and Company.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

FINCH, J., y GROVES, D. (1983). *A labor of love: Women, work and caring*. London: Routledge.

FINCH, J. D., y MASON, J. (1993). *Negotiating Family Responsibilities*. London: Routledge.

FRIEDMAN, S. (2015). Still a "Stalled Revolution"? Work/Family Experiences, Hegemonic Masculinity, and Moving Towards Gender Equality. *Sociology Compass*, 9(2), 140-155.

HOCHSCHILD, A. (2000). Global Care and Chains and Emotional Surplus Value. En W. HUTTON e A. GIDDENS (ed.), *On the Edge: Living with Global Capitalism* (130-146). London, Jonathan Cape.

ILO. (2021). *Making decent work a reality for domestic workers*. Geneva: International Labour Office.

INSTITUTO DE LAS MUJERES. (2023). Documento de Bases por Los Cuidados. Ministerio de Igualdad, Instituto de las Mujeres.

LEITNER, S. (2003). Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375.

LEÓN, M. (2010). Migration and care work in Spain: The domestic sector revisited. *Social Policy and Society*, 9(3), 409-418.

LEWIS, J. (1992). Gender and development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2010). *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-126.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2022). Migration, domestic care work and public policies on long-term care in Spain. REMHU: *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*, 30. 73-90.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (en prensa). Cuidados y apoyos familiares hacia las personas mayores y/o en situación de dependencia. En L. AYUSO, (comp.), *Análisis de la realidad familiar en España: tendencias, encrucijadas y retos para las familias del siglo XXI*. Madrid: CIS.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R., y DÍAZ, M. (2025). Cuidados de larga duración y programas de innovación comunitaria: composición, desafíos y despliegue territorial. *Investigaciones Regionales*, 61, 5-13.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R., y EIJO, A. (2026). Home care provision in dispute: digital platforms and worker cooperatives in Spain. *Economy and Society*, 55. 232-253

MARTÍNEZ-BUJÁN, R., y NOGUEIRA, J. (2025). El lucro está en la precariedad: las condiciones laborales en la provisión de cuidados en los centros residenciales. *Revista Internacional de Sociología*, 83(2), e273.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R., y VEGA, C. (2021). El ámbito comunitario en la organización social del cuidado. *Revista Española de Sociología*, 30(2), a25.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN SOCIAL (2024, 25 de octubre). Nota de prensa. Estadística de pensiones. Octubre 2024. <https://www.inclusion.gob.es/gl/w/la-pension-media-del-sistema-asciende-a-1.259-6-euros-un-5-2-mas-que-hace-un-ano>

MORÉ, P. (2017). *Migraciones y trabajo con personas mayores en las grandes ciudades*. Madrid: CIS.

MORENO, S., BORRÁS, V., Y RODRÍGUEZ-SOLER, J. (2024). Imaginarios en conflicto sobre el trabajo doméstico: responsabilidad, privilegio, supervisión y aprendizaje. *Revista Española de Sociología*, 33(3), a240.

PARREÑAS, R. (2001). *Servants of Globalization: Woman, Migration and Domestic Work*. California: Stanford University Press.

PÉREZ-OROZCO, A. (2014). *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.

RAZAVI, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context. *Programme on Gender and Development, Paper*, No. 3. Geneva: UNRISD.

RODRÍGUEZ-CABRERO, G., y MARBÁN, V. (2022). Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

RODRÍGUEZ-CABRERO, G., MONTSERRAT, J., ARRIBA, A., MARBÁN, V., y MORENO, F. (2018). *ESPM Thematic Report on Challenges in long-term care*. European Social Policy Network.

SORONELLAS, M., OFFENHENDEM, M., y BODOQUE, Y. (2021). “Entre la profesión y la vocación. La construcción del cuidado como profesión masculina”. En D. COMAS-D’ARGEMIR, y BOFILL-POCH (eds.), *El cuidado de mayores y dependientes. Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social* (191-208). Barcelona: Icaria.

TOBÍO, C. (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 399-422.

TORNS, T., BORRÀS, V., MORENO, S., ET AL. (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado* (en línea): http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2014/docs/Nuevas_profesiones_organizacion_social

VEGA, C., y GUTIÉRREZ, E. (2014). Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates latinoamericanos. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales*, 50, 9-26.

VEGA, C., MARTÍNEZ-BUJÁN, R., y PAREDES, M. (2018). *Cuidado, comunidad y común*. Madrid: Traficantes de Sueños.

ZUERAS, P., SPIJKER, J., y BLANES, A. (2018). Evolución del perfil de los cuidados de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(2), 66-72.