



mujeres
FUNDACIÓN



Recomendaciones para la
promoción de una respuesta
articulada y conjunta a las
necesidades de las mujeres
cuidadoras no profesionales

Recomendaciones para la
promoción de una respuesta
articulada y conjunta a las
necesidades de las mujeres
cuidadoras no profesionales

Elaboración de contenido

Fundación Mujeres

Financia

Ministerio de Derechos Sociales,
Consumo y Agenda 2030

Diseño gráfico

PHAC.sl

Edición 2026

1. Presentación.	3	4.3.1.1. Atención social primaria (servicios sociales municipales).	28
2. Contexto social de los cuidados.	5	4.3.1.2. Espacios de igualdad.	29
		4.3.1.3. Centros culturales y bibliotecas públicas.	29
3. Hacia un modelo comunitario de cuidados.	11	4.3.2. Administración CCAA	30
		4.3.2.1. Atención sanitaria primaria.	30
3.1. Cambio de modelo.	13	4.3.2.2. Atención sanitaria hospitalaria.	31
3.2. Refundación del modelo de Cuidados. Reforma de las leyes de discapacidad y dependencia.	15	4.3.2.3. Servicios sociales y dependencia.	32
3.3. Ejemplo de coordinación en la atención al cuidado.	17	4.3.3. Administración central (IMSERSO).	33
La receta social en el centro médico de San Cristobal.	18	4.3.3.1. Instituto de Mujeres y Servicios Sociales (IMSERSO).	34
4. Definición y descripción de los agentes implicados en los cuidados.	19	4.4. Propuesta de mapa de flujo de coordinación	34
4.1. Red de apoyo primaria (no profesional).	24	5. Desarrollo de un modelo de cuidados basado en la coordinación.	39
4.1.1. Cuidadora principal.			
4.1.2. Familia y personas allegadas.		5.1. Coordinación teórica y práctica.	42
4.2. Ámbito comunitario y tercer sector.	26	5.2. Principales obstáculos a la coordinación.	46
4.2.1. Asociaciones vecinales.		5.3. Recomendaciones y estrategias para promover y mejorar la coordinación en los servicios de atención y apoyo al cuidado	49
4.2.2. ONG´s y voluntariado.			
4.2.3. Tejido empresarial.			
4.3. Ámbito profesional socio-sanitario. Administración pública.	27		
4.3.1. Administración municipal.	27		



Presentación

El sistema de cuidados se sostiene de manera desproporcionada por el esfuerzo realizado por mujeres que, sin preparación profesional y sin remuneración, dedican su esfuerzo a la realización de estas tareas. Corregir esta situación requiere resignificar el concepto de cuidados, revalorizar las tareas vinculadas a los mismos y su reparto de manera corresponsable entre todos los agentes implicados.

Este documento tiene como objetivo principal la difusión de consejos y recomendaciones para la coordinación de todos los agentes implicados en los cuidados. En el trayecto a ese objetivo, se realiza una contextualización de la actualidad social de los cuidados y se expone el proceso de transformación hacia un modelo desde una perspectiva comunitaria. Además, se propone la enumeración y descripción de los agentes que se encuentran actualmente implicados en dichas cuestiones.

Este contenido se nutre de los testimonios compartidos por las mujeres cuidadoras, así como por profesionales que ejercen su actividad en los ámbitos social y sanitario. Sus inquietudes, necesidades y experiencias fueron recogidas por el equipo técnico de Fundación Mujeres a través del desarrollo de los siguientes talleres y foros:



- Talleres “La Voz de las Mujeres”. Un total de 15 talleres que promovieron la reflexión e intercambio de ideas sobre cómo afecta la falta de coordinación de los agentes relacionados con el cuidado a las mujeres cuidadoras. En los talleres participaron 57 mujeres, que previamente habían formado parte de los itinerarios de activación en el Servicio de Activación Integral de Cuidadoras.
- “IX foro de profesionales del ámbito socio-sanitario”. Se llevaron a cabo un total de 5 foros celebrados en los territorios de Cáceres, A Coruña, Córdoba, Gijón y Madrid. El objetivo de los mismos se centró en el análisis y la generación de propuestas sobre las oportunidades de mejora de la coordinación entre los agentes involucrados en los cuidados. Contaron con la participación de 58 profesionales de trabajo social, psicología, enfermería e intervención social entre otros.

Desde Fundación Mujeres expresamos nuestro sincero agradecimiento a todas las mujeres que han intervenido en los talleres, compartiendo generosamente sus experiencias y poniendo las bases para la elaboración de este documento.

Asimismo, agradecemos especialmente la contribución de los equipos profesionales que han formado parte de los foros, aportando sus valiosas reflexiones y conocimientos. La implicación de todas las personas participantes ha sido fundamental para el enriquecimiento y el desarrollo del presente texto.



2

Contexto social de los cuidados



La división sexual del trabajo, apoyada en estereotipos y roles de género de la sociedad patriarcal, ha supuesto históricamente relegar el cuidado al ámbito privado y atribuir su responsabilidad a las mujeres. Bajo este sistema, el cuidado se entiende como una necesidad puntual (para personas enfermas, menores, etc.) sin ningún valor económico.

El movimiento feminista ha puesto los cuidados en la agenda pública, entendiéndolos como una función social indispensable para la sostenibilidad de la vida. Desde este enfoque, la necesidad de cuidados no es puntual sino constante y supone la reproducción y el mantenimiento de la fuerza de trabajo para el entendido como “ámbito productivo”. Es por eso que los cuidados no deben entenderse como una necesidad privada, sino como un derecho social y un bien público esencial¹.

¿Por qué, entonces, las tareas de cuidado continúan recayendo desproporcionadamente sobre las mujeres? A pesar de la evolución conseguida, se mantiene la división entre el trabajo económico y no económico, marginando, minusvalorando y privatizando los cuidados². Esta postura mercantilista produce la falta de servicios de cuidado que cubran adecuadamente las necesidades, lo que tiene un fuerte impacto sobre la igualdad de género³ y en la participación integral de las mujeres en la sociedad.

1. ONU MUJERES (2021) Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación. Acceso al recurso: <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>

2. Según datos de la Organización Internacional del Trabajo, en 2024 se estimaba que 708 millones de mujeres en el mundo estaban fuera de la fuerza laboral debido a responsabilidades de cuidado no remuneradas, mientras que en el caso de los hombres ascendía a 40 millones. Recurso disponible en: <https://www.ilo.org/es/resource/news/708-millones-de-mujeres-no-pueden-participar-en-el-mercado-laboral-debido>

3. Resolución relativa al trabajo decente y la economía del cuidado (2014). Organización Internacional del Trabajo. Recurso disponible en: <https://www.ilo.org/es/resource/registro-de-decisiones/resolucion-relativa-al-trabajo-decente-y-la-economia-del-cuidado>



Para revertir esta situación es necesario reconocer las tareas de cuidados como un trabajo esencial y cualificado que garantiza el derecho humano al cuidado⁴. Reconocer e integrar la economía del cuidado⁵ como pieza indispensable en el desarrollo social y económico, teniendo en cuenta todos sus aspectos:

El trabajo de cuidados

Directo Actividades relacionadas con el contacto personal, tales como cuidar, acompañar, atender, etc.	Indirecto Actividades que contribuyen a gestionar y preparar el cuidado directo, tales como cocinar, limpiar, etc.
Remunerado Salud, educación, trabajo social, trabajo del hogar remunerado	No remunerado Realizado mayormente por mujeres en el hogar

La economía del cuidado

Comprende TODO el trabajo de cuidados

Remunerado y no remunerado
Directo e indirecto
Dentro y fuera del hogar
Proveedores y receptores de cuidados

¿Por qué importa?

Sostiene la vida, el desarrollo humano y las economías,
Es esencial para cualquier otro trabajo (OIT 2024)
Se distribuye desigualmente afectando los proyectos de vida de mujeres y niñas.
Incluye cadenas globales de cuidados y trabajo doméstico.

Fuente: OIT. Manual para facilitar sesiones de capacitación sobre la economía del cuidado y el trabajo de cuidados.

4. Opinión consultiva OC-31/25 de 12 de junio de 2025 sobre el contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos (2025). Corte Interamericana de Derechos Humanos. Recurso disponible en: <https://jurisprudencia.corteidh.or.cr/es/vid/1088056961>
5. El trabajo de cuidados es el motor que sostiene el mundo (2026). ONU Mujeres. Recurso disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/stories/noticia/2026/07/el-trabajo-de-cuidados-es-el-motor-que-sostiene-el-mundo>



En este contexto, es necesario adoptar políticas que aborden los vínculos de los cuidados con otros derechos, y que atiendan las necesidades de manera integral. Esto exige la coordinación de todos los agentes/elementos que intervienen en el cuidado y en los derechos interrelacionados con el mismo, tanto en lo referido a las personas que reciben los cuidados como a quienes los proveen.

La coordinación implica la interrelación, comunicación y generación de sinergias entre todos estos agentes. Actualmente la gestión se lleva a cabo de forma compartimentada, atendiendo necesidades específicas sin observar las diversas vulnerabilidades que conllevan problemáticas multifactoriales. Así, una acción coordinada resulta indispensable para atender las múltiples necesidades que se identifican desde un enfoque interseccional, reconociendo que las desigualdades no existen de forma aislada, sino que se intensifican con múltiples dimensiones de identidad y exclusión⁶: migración, clase social, origen étnico, ruralidad, etc.

Ignorar este enfoque produce incertidumbre y aumenta la vulnerabilidad de las mujeres cuidadoras, que a falta de estas respuestas acuden a internet y la inteligencia artificial para informarse:

“En mi caso fue la inteligencia artificial la que resolvió mis dudas a que instancias debía acudir” resalta que, aunque sabe que no es una fuente de información totalmente confiable, ayuda guiando para saber por dónde puede empezar.

Testimonio participante en “La Voz de las Mujeres”

6. La interseccionalidad de los cuidados: una mirada desde la ruralidad, el cambio climático, los pueblos indígenas, la migración y la Agenda Mujer, Paz y Seguridad. (2024) ONU Mujeres. Recurso disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2025/10/la-interseccionalidad-de-los-cuidados-una-mirada-desde-la-ruralidad-cambio-climatico-pueblos-indigenas-migracion-mujer-paz-seguridad>



3

Hacia un modelo comunitario
de cuidados

3.1 Cambio de modelo

Las necesidades de la sociedad han evolucionado de tal forma que se requieren equipos profesionales más amplios, interdisciplinarios y coordinados para atenderlas. Deja constancia de ello el informe SESPAS 2026⁷ al indicar que muchas de las demandas que se realizan en los centros de salud no son exclusivamente clínicas. Necesidades y problemáticas como la soledad no deseada, la dependencia, la necesidad de cuidados, la salud mental y las barreras administrativas inherentes a los procedimientos relacionados, exigen soluciones que no pueden abordarse únicamente desde una metodología clínica.

La respuesta a estos desafíos requiere planteamientos estratégicos que eviten las actuaciones aisladas y promueva enfoques multidisciplinares y colaborativos. La Unión Europea propone rutas en esta dirección, por ejemplo, a través del Dictamen del Comité Económico y Social Europeo⁸ dentro de la Estrategia Europea de Cuidados, en el que expone la necesidad de *“maximizar la complementariedad y la sinergia entre todos los proveedores de cuidados y asistencia sanitaria tanto en el sector público como en el privado (con y sin ánimo de lucro)”*.

Asumir este objetivo implica modificar las políticas, intensificando las protecciones en el sector, desarrollando las infraestructuras pertinentes y creando sistemas de cuidados integrales y sostenibles. En primer lugar, el reconocimiento del valor del cuidado significa dignificar la dedicación a las tareas relacionadas con el mismo. La OIT⁹ define el marco para promover el trabajo decente en la economía del cuidado a través de las “5 R”:

7. Informe SESPAS. (2026) Sociedad Española de la Salud Pública y Administración Sanitaria. Recurso disponible en: <https://sespas.es/publicaciones/informes/>

8- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre Estrategia Europea de Cuidados. (2023) Recurso disponible en: <https://www.ccoo.es/1cab9e7548506a149d6e3790fd8d2460000001.pdf>

9. Priorizar la recompensa y la representación para los trabajadores domésticos en la economía del cuidado (2024) Organización Internacional del Trabajo. Recurso disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/priorizar-la-recompensa-y-la-representaci%C3%B3n-para-los-trabajadores>



1. **Reconocer.** Visibilizar y dar valor económico y social a los trabajos de cuidados, ya sean remunerados o no.
2. **Reducir.** Restringir el tiempo y esfuerzo dedicados, mayoritariamente por mujeres, a tareas de cuidado no remunerado, a través de la inversión en infraestructura y servicios públicos.
3. **Redistribuir.** Fomentar la distribución equitativa del cuidado tanto entre mujeres y hombres como entre hogares, mercado, comunidad y Estado.
4. **Recompensar.** En relación con el trabajo de cuidado remunerado, garantizar las condiciones de prestación del mismo: trabajo decente, entornos seguros, salarios justos y protección social.
5. **Representar.** Garantizar la participación activa de las personas cuidadoras (profesionales o no) en el diálogo social, la negociación colectiva y la toma de decisiones políticas.

Por su parte, la resolución de mayo de 2026 de la Secretaría de Estado de igualdad y para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres respecto al desarrollo del Plan Corresponsables¹⁰ expone en su preámbulo cómo la organización social e integral de los cuidados requiere del compromiso y la coordinación de todos los niveles de gobierno, además de la implicación de empresas, sindicatos, sociedad civil y el conjunto de la ciudadanía. Entre los principios que rigen el Plan Corresponsables también se encuentran “la complementariedad y la generación de sinergias”, llamando a la coordinación y refuerzo entre las medidas puestas en marcha en los diferentes territorios para conseguir optimizar resultados, lograr mayor impacto, eficacia y eficiencia de las políticas públicas.

10. Resolución de 7 de mayo de 2026, de la Secretaría de Estado de Igualdad y para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, por la que se publica el Acuerdo de la Conferencia Sectorial de Igualdad, de 6 de mayo de 2026, por el que se fijan los criterios de distribución a las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, así como la distribución resultante al desarrollo del Plan Corresponsables. Recurso disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2026-10875>.



3.2. Refundación del modelo de Cuidados. Reforma de las leyes de discapacidad y dependencia

El 16 de septiembre el Congreso de los Diputados aprobó el Proyecto de Ley¹¹ que modifica el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad (RDL 1/2013) y la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Este texto pretende la consolidación y el ejercicio efectivo de los derechos de las personas dependientes y discapacitadas.

Las principales modificaciones que se introducen en cuanto a la Ley General de derechos de las personas con discapacidad son las siguientes:

- Reconocimiento automático de discapacidad. Reconocimiento automático de un 33% de discapacidad a las personas a quienes se asigne un grado I de dependencia (hasta 65% para grados II y III).
- Accesibilidad universal como derecho.
- Mayor apoyo público para las obras de accesibilidad a viviendas.
- Atención temprana como derecho subjetivo. Garantía de atención de niñas y niños de 0 a 6 años que presenten trastornos de desarrollo o riesgo de desarrollarlos.
- Prohibición de la discriminación en las pólizas de seguro.
- Asistencia en procesos judiciales.

11. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. 20 de julio de 2026. Recurso disponible en: https://www.senado.es/legis15/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_15_443_3743.PDF



Respecto a la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, destacan las siguientes modificaciones:

- Coordinación socio-sanitaria. El proyecto de ley hace referencia a la importancia de la coordinación de los diferentes servicios que atienden a personas en situación de dependencia. La modificación propuesta para el artículo 11.1 c) indica: *“Establecer los procedimientos y mecanismos de coordinación socio-sanitaria necesarios para garantizar una atención integral, adecuada y de calidad a las personas en situación de dependencia”*.
- Servicio de prevención de situaciones de dependencia. Llama de nuevo a la coordinación socio-sanitaria, modificando la redacción para pasar de realizar programas de carácter preventivo y de rehabilitación a, además, realizar *“actuaciones de detección proactiva de situaciones de riesgo”* (artículo 21).
- Universalización de la teleasistencia. Este servicio se convierte en un derecho subjetivo, siendo posible su integración *“con otros servicios del catálogo y con los servicios del Sistema Nacional de Salud para ofrecer cuidados y apoyos integrales y coordinados”* (se amplía el artículo 22 añadiendo un 3º apartado con esta redacción).
- Ampliación de las competencias del servicio de ayuda a domicilio. Se extiende este servicio para acompañar a la persona dependiente en actividades cotidianas fuera del hogar. Además, la redacción del artículo 23 de la ley incluiría ahora también mención a la formación del personal que presta este servicio, siendo precisa *“una formación especializada que garantice una respuesta integral a las necesidades de la persona”*.
- Ampliación de la cobertura de la prestación económica por cuidados. Se reconoce como cuidadora principal a personas más allá de los familiares directos, como por ejemplo personas con vínculos de vecindad o amistad que desarrollen este rol.



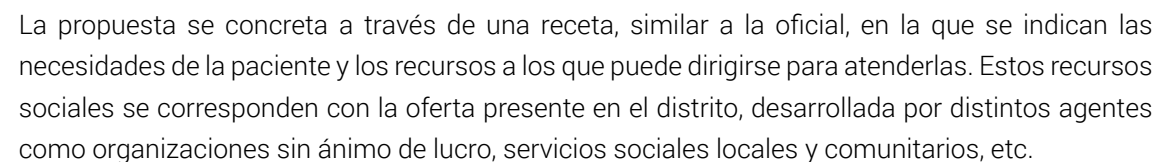
- Eliminación de incompatibilidades. La disposición adicional vigesimoprimera establece la fecha límite del 1 de enero de 2030 para que las Comunidades Autónomas establezcan un régimen de incompatibilidad que garantice la compatibilidad de todas las prestaciones de base domiciliaria. Se flexibiliza también el Programa Individual de Atención de forma que las personas usuarias puedan acceder a más servicios del catálogo. Esto implica, como se indica desde el ministerio de Derechos sociales, Consumo y Agenda 2030, que una persona en situación de dependencia que permanece en su hogar, *“podrá acceder a prestaciones combinadas como ir a un centro de día, y a la vez tener otras prestaciones como cuidados en el entorno familiar o teleasistencia”*.

Además de estos cambios, que muestran una dirección clara hacia una atención integral y coordinada, esta propuesta regula también líneas de cooperación en cuanto al acceso a datos compartidos entre Administraciones Públicas (disposición adicional octava) y el establecimiento de una ventanilla única de acceso al sistema de dependencia (disposición adicional decimotercera).

3.3. Ejemplo de cuidado coordinado en comunidad. La receta social en el centro de salud de San Cristobal

La dirección en la que se encamina el cuidado de la salud desde la visión expuesta (economía del cuidado/cuidado integral) tiene como ejemplo de materialización, entre otros, la “receta social” promovida por el Centro de Salud de San Cristóbal de los Ángeles en el distrito de Villaverde, en Madrid.

Esta iniciativa procura dar respuesta desde la atención primaria a las afecciones que, más allá de tratamientos farmacológicos, vienen derivadas de la situación social, socioeconómica, sociofamiliar y socioeducativa. La misma promueve la coordinación con la atención social como coadyuvante en el abordaje de un espectro amplio de problemáticas.



El desarrollo de esta “receta social” se lleva a cabo a través de una metodología de trabajo y coordinación continuos, lo que supone un proceso de actualización y evaluación constante. Así, el equipo profesional involucrado nos transmite que actualmente el proyecto se encuentra en un proceso de reforma debido a la identificación de nuevas necesidades, así como la ampliación de recursos ofertados y agentes dispuestos a participar.

La coordinación entre el centro de salud y los recursos sociales se lleva a cabo mediante la [mesa profesional de salud y género de Villaverde](#), que se materializa en reuniones mensuales en las que participan las personas responsables de salud comunitaria, medicina de familia, pediatría y coordinación de enfermería junto con las iniciativas asociativas y del tercer sector presentes en este ámbito territorial. Posteriormente, la información actualizada se transmite al resto de profesionales del centro de salud para que todo el equipo participe de la derivación a estos recursos.

El personal involucrado en el proyecto identifica como mayores dificultades la alta rotación del personal del centro de salud y la gran carga de trabajo que soporta el mismo. La rotación hace necesario que la información sea transmitida periódicamente, para hacer partícipes a quienes se integran progresivamente en el equipo. La carga de trabajo dificulta tanto la participación en el proceso como el necesario flujo de información.

“Cuando conocemos el trabajo de otras entidades dejamos de derivar personas y empezamos a construir itinerarios compartidos.”

Testimonio compartido en el IX Foro de Profesionales del ámbito socio-sanitario.

Mesa de Salud y Género

RECETA SOCIAL

PRESCRIPCIÓN:

FECHA: __ / __ / __

- 1) Orientación y búsqueda de empleo
- 2) Psicomotricidad y relaciones sociales (mayores)
- 3) Información y orientación para jóvenes
- 4) Aprender castellano y/o alfabetización

☐
☐
☐
☐

NOMBRE DEL/LA PACIENTE:

EDAD:

1) Recursos de empleo

- Cáritas: Plaza del Cura Tomás
- Educación, Cultura y Solidaridad; Tfno. 662 489 267
- Fundación ADSIS: Tfno. 650 428 076
- Fundación Senara: Tfno. 607 042 275
- Vives Emplea (Casa San Cristóbal): Tfno. 917 966 048 / 660 69 45 88

2) Recursos mayor frágil y sociedad no deseada

- Casa San Cristóbal: Tfno. 917 966 048 / 628 222 645
- Centro de Mayores "San Cristóbal de los Ángeles" (Agencia Madrileña de Atención Social); Tfno. 917 950 207
- Centro Municipal de Mayores María Zambrano: 917 100 411
- Parroquia (Programa acompañamiento al mayor): Tfno. 917 95 08 74
- Servicio de Atención y Prevención de la Soledad No Deseada en Personas Mayores de Villaverde. Dto. Servicios Sociales de Villaverde: Tfnos. 672 14 30 10 / 672 14 37 50

3) Recursos salud afectivo-sexual

- Centro Municipal de Salud Comunitaria de Villaverde. Tfno. 91 588 92 60
- Mesa de Salud y Jóvenes

4) Recursos para aprender castellano

- Casa San Cristóbal: Tfno. 917 966 048 / 628 222 645
- Educación, Cultura y Solidaridad: Tfno. 682 489 267

MÉDICO, ENFERMERO/A:

Organiza:

Colabora:

Asesora:

Asesoría:

Asesoría:

Asesoría:

Asesoría:

Asesoría:

Asesoría:

Imagen ilustrativa de la receta social. Fuente: intervencioncomunitariavillaverde.org



4

Definición y descripción de los agentes
implicados en los cuidados

El diamante de cuidado es un concepto desarrollado por la académica Shahra Razavi en 2007 para mostrar los cuatro agentes clave que producen, organizan y distribuyen los cuidados en la sociedad. En este caso, el diamante se ha ilustrado de manera que el tamaño de cada parte varía según el peso relativo que soporta en la actualidad en cuanto a los cuidados en España.





4.1. Red de apoyo primaria (no profesional). Cuidadora principal, entorno familiar y personas allegadas

La falta de respuesta pública y comunitaria estructurada acarrea que la mayor parte del peso de las tareas de cuidado sea soportado de manera no profesional por el entorno más cercano de la persona necesitada de asistencia. Más aún, la distribución de esta carga se produce de manera injusta entre los miembros que componen este entorno. Tal como refleja el informe “Principales Indicadores Estadísticos de Igualdad 2026”¹² del Instituto de las Mujeres, el 56% de las mujeres cuida diariamente de menores o dependientes frente al 29% de los hombres. Si profundizamos en la cuestión incluyendo el cuidado indirecto, el 59% de ellas realiza tareas domésticas a diario frente al 29% de ellos.

Este reparto injusto comporta que el 89,3% de las mujeres que no buscan empleo no lo hagan como consecuencia de su dedicación a los cuidados. Además, el 87% del total de excedencias solicitadas por cuidado de menores y el 75% de las solicitadas por cuidado de familiares se corresponden con mujeres.

El perfil mayoritario de persona cuidadora no profesional se corresponde con el de mujer entre 45 y 64 años, con parentesco de hija, madre o cónyuge respecto de la persona que recibe los cuidados. Es por esto que, desde los trabajos de años anteriores¹³, hablamos del rol de la “cuidadora principal” y la necesidad de la promoción de la corresponsabilidad en los ámbitos familiar, social y estatal.

12. Recurso disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Informes/Informes.htm>

13. Recomendaciones para la promoción de la corresponsabilidad del cuidado. (2025) Fundación Mujeres. Recurso disponible en: <https://cuidadanas.es/te-interesa---doc/promocion-de-la-corresponsabilidad-del-cuidado/>



En el contexto de coordinación, respecto a la red de apoyo primaria no profesional, las mujeres cuidadoras participantes en los talleres “La Voz de las Mujeres (LVM)” han puesto de manifiesto que continúa siendo necesaria la sensibilización y la participación efectiva del entorno familiar cercano. Respecto a las personas allegadas sin vínculo familiar (con vínculos de amistad y vecindad) las participantes en “LVM” destacan el alto valor de estas aportaciones para evitar la sobrecarga por cuidados, resultando clave en situaciones en que no se cuenta con un entorno familiar o el mismo no participa en los cuidados.

Cabe incluir también en este apartado a las mujeres empleadas del hogar¹⁴. A pesar de tratarse de una relación laboral, las mujeres que prestan servicios a través del Sistema Especial de Empleados del Hogar no cuentan con una profesionalización respecto a cuidados y, además, están presentes en el ámbito íntimo del hogar en el que residen las personas atendidas. Este régimen, que ocupa casi en su totalidad a mujeres¹⁵, incluye entre las tareas a realizar:

Artículo 1 apartado 4 del Real Decreto 1620/2011. “El objeto de esta relación laboral especial son los servicios o actividades prestados para el hogar familiar, pudiendo revestir cualquiera de las modalidades de las tareas domésticas, así como la dirección o cuidado del hogar en su conjunto o de algunas de sus partes, el cuidado o atención de los miembros de la familia o de las personas que forman parte del ámbito doméstico o familiar, y otros trabajos que se desarrollen formando parte del conjunto de tareas domésticas, tales como los de guardería, jardinería, conducción de vehículos y otros análogos”.

Igualmente ocurre con las mujeres que realizan estas labores sin mediar contrato de trabajo, cuando la parte empleadora busca estos servicios a través de la economía sumergida.

14. Régimen de la Seguridad Social integrado en el Régimen General con particularidades respecto al alta, baja y variaciones de los trabajadores, así como en cuanto a su cotización.

15. 95,48% mujeres según los datos de afiliación a la Seguridad Social de agosto de 2026.



4.2. Ámbito comunitario y tercer sector

Trascendiendo los vínculos vecinales directos que puedan existir en el entorno más próximo de las personas con necesidades de cuidados, las **asociaciones vecinales** son organizaciones sin ánimo de lucro constituidas por residentes de un barrio o localidad con el objetivo de defender sus intereses comunes y mejorar la calidad de vida en su territorio.

Estas asociaciones fomentan la participación ciudadana y actúan como interlocutores entre la población del territorio y las administraciones públicas, así como con otros entes con interés en la zona. Desde la óptica planteada en el presente documento, la participación de las asociaciones vecinales es fundamental debido a su amplio conocimiento de las necesidades del entorno local. Las asociaciones vecinales posibilitan, además, una coordinación que incentiva la participación del tejido empresarial en la zona. Uno de los ejemplos mencionado por los profesionales socio-sanitarios participantes en los foros realizados por Fundación Mujeres es el de la participación de las farmacias. Estos negocios tienen un contacto continuo con el vecindario y recaban información actualizada en cuanto a sus necesidades. Así, tanto las farmacias como otros negocios pertenecientes al comercio de proximidad se tornan como agentes para la detección de necesidades y vulnerabilidades.

Por su parte, las Organizaciones No Gubernamentales centran su actuación en torno a problemáticas sociales, económicas, ambientales, culturales y de diversa índole, complementando la actuación de las administraciones públicas debido a las limitaciones de estas. Gracias al amplio espectro de actuación y diversidad de temáticas en la que operan las ONG's, su presencia supone un engranaje esencial entre las administraciones públicas y las necesidades sociales.



4.3. Ámbito profesional sociosanitario. Administración pública

4.3.1. Administración municipal

La Administración municipal no regula directamente la situación legal ni las prestaciones económicas dirigidas a cuidadoras no profesionales. Estas competencias corresponden a la Administración estatal y a las Comunidades Autónomas en el marco de la Ley de Dependencia.

Sin embargo, los ayuntamientos y las diputaciones son las administraciones más cercanas a la ciudadanía y desempeñan un papel fundamental en la atención de proximidad. A través de los servicios sociales municipales se gestionan recursos destinados a reducir la sobrecarga que conlleva el cuidado: servicios de respiro familiar, apoyo domiciliario, tele asistencia, orientación, información y otros programas de atención y acompañamiento.

Estos servicios se desarrollan y gestionan de acuerdo con la normativa y las ordenanzas municipales de servicios sociales. En los municipios de más de 20.000 habitantes, la [Ley 7/1985 reguladora de las bases del régimen local](#) dispone en su artículo 26 apartado 1 letra c), que deberán prestar en todo caso los servicios de *“protección civil, evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público”*.

Como ejemplo, la [Ley 13/2008 de servicios sociales de Galicia](#) estipula en su artículo 61 apartado 1 que “de cara a garantizar una oferta pública de servicios sociales a todas las personas, con independencia de su residencia, todos los ayuntamientos de Galicia asegurarán, como mínimo, la prestación de servicios sociales comunitarios básicos de titularidad municipal”. Estas competencias se delimitan en el artículo 60 de la misma ley, incluyendo en el apartado 1.j) *“La coordinación de los servicios sociales con los restantes servicios municipales y de las restantes administraciones en el desarrollo de los planes y programas de intervención comunitaria, facilitando la participación de las entidades sociales y la implicación de la ciudadanía en el proceso”*.



4.3.1.1. Atención social primaria (servicios sociales municipales)

Los servicios sociales consisten en la asistencia profesionalizada que las administraciones públicas prestan para atender situaciones de necesidad. Son competencia de las Comunidades Autónomas, aunque la atención inicial y de proximidad se presta a través de los servicios sociales municipales¹⁶, que son la puerta de entrada al sistema público de atención social.

El equipamiento básico de la Atención Social Primaria es el Centro de Servicios Sociales, que depende de las entidades locales (ayuntamiento). Desde este organismo se gestionan recursos como los servicios de ayuda a domicilio (SAD) y respiro, centros de día y tele asistencia municipal y programas de formación y autocuidado, regulando los requisitos y condiciones de acceso a los mismos. Ejemplo: la Ordenanza 10/2022 de Ayuntamiento de Madrid que regula estos servicios en Madrid.

Igualmente, a través de la atención social primaria se realiza la evaluación de necesidades del municipio. Mediante el análisis de la demanda ciudadana y el diagnóstico técnico en los Centros de Servicios Sociales municipales. La adición de casos individuales permite identificar problemáticas estructurales en el municipio. Por ejemplo, la ciudad de Madrid, en su Plan Estratégico Nuevo Sistema Público de Servicios Sociales de la Ciudad de Madrid 2023-2027, recoge específicamente dos vías para obtener esta información:

- Coordinación con otros servicios: Los centros de salud, los colegios y las entidades de salud mental derivan casos y alertan sobre problemáticas emergentes en la infancia o la tercera edad.
- Procesos participativos: Se realizan encuestas y foros con asociaciones vecinales para conocer de primera mano las carencias del entorno.

16. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Recurso disponible en: <https://www.dsca.gob.es/es/derechos-sociales/servicios-sociales>.



Además, la [Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia](#), atribuye en su artículo 12 la participación de las entidades locales en la atención a las personas dependientes.

4.3.1.2. Centros municipales de atención a las mujeres

Estos espacios reciben distintos nombres en cada Comunidad Autónoma: Centros Municipales de Información a la Mujer, Servicios de Atención a las Mujeres, Espacios de Igualdad, etc. Por lo general, su financiación y gestión se realiza de manera conjunta entre la Comunidad Autónoma y los correspondientes ayuntamientos, concentrándose en su mayoría la gestión a través los últimos.

Las principales funciones de estos espacios se estructuran en tres grandes áreas:

- a) Atención individualizada a mujeres. Servicios de apoyo y asesoramiento en el ámbito psicológico, jurídico y de desarrollo profesional.
- b) Programación grupal y empoderamiento. Desarrollo de talleres, cursos y actividades en relación a salud y bienestar, habilidades, brecha digital, etc.
- c) Acción comunitaria y sensibilización. Dirigiéndose a la población en general, desarrollan actividades para la transformación del entorno social: intervenciones en colegios e institutos sobre prevención de la violencia de género y la colaboración con asociaciones vecinales, colectivos feministas y entidades de la zona.

4.3.1.3. Centros culturales y bibliotecas públicas

Los centros culturales y las bibliotecas públicas municipales llevan a cabo programas de apoyo, respiro y socialización, tanto para la población de la zona en general como para personas cuidadoras no profesionales en concreto.



4.3.2. Administración CCAA

4.3.2.1. Atención sanitaria primaria

La estructura organizativa de un centro de salud de atención primaria se compone de profesionales pertenecientes a diversos ámbitos: medicina de familia, pediatría, enfermería, administración y trabajo social.

Desde la perspectiva de atención a las mujeres cuidadoras no profesionales, los centros de atención primaria constituyen el acceso al ámbito sanitario. Este servicio, aunque competencia de las Comunidades Autónomas, se encuentra ubicado territorialmente en los municipios. El personal de estos centros mantiene el contacto más directo y cercano con las personas que llevan a cabo el cuidado informal de los pacientes y personas dependientes. Es por ello que los centros de salud desempeñan un papel esencial en la detección, apoyo y derivación de estas personas, como se muestra en el ejemplo expuesto del centro de salud de San Cristobal en el distrito de Villaverde, en Madrid (apartado 3.3).

Desde esta posición, pueden cumplir las funciones de:

- Identificación de la persona cuidadora. Esta información debe quedar registrada en la historia clínica para hacer el seguimiento desde una perspectiva amplia.
- Educación sanitaria. Ofrecer pautas sobre los cuidados a realizar según la tipología específica de paciente: movilización, control de síntomas, higiene, administración de medicamentos, etc.
- Evaluación de la sobrecarga. Revisar el estado de la cuidadora para identificar el desgaste físico y sobrecarga, posibilitando actuar para atajar los mismos.



- Coordinación social. El equipo de trabajo social puede dar orientación sobre ayudas a dependencia, tele asistencia, programas de respiro familiar, etc.
- Derivación a servicios (públicos o prestados por asociaciones y entidades del tercer sector) de apoyo al cuidado, apoyo psicológico, mejora de la empleabilidad, etc.

Atención primaria + servicios sociales municipales + entidades comunitarias = “Una coordinación eficaz entre estos recursos facilitaría la identificación temprana de situaciones de vulnerabilidad y permitiría activar respuestas de apoyo antes de que aparezcan situaciones de agotamiento o crisis familiar”.

Testimonio compartido en el IX Foro de Profesionales del ámbito socio-sanitario.

4.3.2.2. Atención sanitaria hospitalaria

Aunque se cumplen funciones similares a las de los centros de salud de atención primaria, la situación del/la paciente se encuentra en una fase más grave del proceso y, por tanto, la sobrecarga de cuidados alcanza un grado más severo.

Las cuidadoras han identificado que no se presta una atención a su papel hasta que existe una hospitalización por un problema grave de la persona a la que cuidan (en el caso de cuidadoras de personas enfermas y/o dependientes).

Igualmente, han reivindicado la necesidad de una mayor atención a la planificación de las atenciones e información a la persona cuidadora tras el proceso de hospitalización:



En el caso de una de las participantes en los talleres “LVM”, su madre, a la que cuidaba, sufrió dos ictus. Ella manifiesta que “(tras la hospitalización) nadie mantuvo una reunión conmigo para indicarme los derechos que tenía. Podría haber accedido a aparatos de cuidados o servicios a los que no accedí porque nadie me informó”.

Testimonio participante en “La Voz de las Mujeres”

4.3.2.3. Servicios sociales y dependencia

Como hemos mencionado, los servicios sociales realizan una intervención profesionalizada para la atención de situaciones de especial necesidad de la ciudadanía. Su competencia está asumida por las Comunidades Autónomas, pero que acercan su gestión a los municipios a través de la atención y servicios descritos en el apartado anterior.

Como competencia exclusiva, las CCAA desarrollan la legislación, gestionan los recursos y financian el sistema autonómico. Así, cada CCAA cuenta con una [ley autonómica de Servicios Sociales](#) que regula estos aspectos en cada territorio.

Por su parte, la ley de dependencia (39/2006) dispone en su artículo 16 apartado 1 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*”. Así, las CCAA son las encargadas de proveer y gestionar las prestaciones (artículo 14) y el catálogo de servicios (artículo 15) que esta ley establece como derecho subjetivo.

El acceso a estas prestaciones y servicios se realiza a través de la valoración de dependencia y la elaboración del Programa Individual de Atención (PIA). Este documento oficial es emitido por la administración pública y en él se determinan las prestaciones o servicios a los que tiene derecho en relación con su grado de dependencia. Estas labores son llevadas a cabo por profesionales de trabajo social de los servicios sociales competentes.



Las participantes en los talleres “LVM” manifestaron que el proceso administrativo para la valoración de la dependencia es uno de los trámites más difíciles y opacos a los que se han enfrentado. Denunciaron la falta de explicaciones claras sobre cómo tramitar el reconocimiento correctamente. Además, compartieron una crítica generalizada sobre la arbitrariedad de las revisiones, exponiendo casos donde se redujo el grado de dependencia basándose únicamente en la apariencia que presentaba un “mejor estado de ánimo” en la entrevista presencial realizada puntualmente.

“Debe existir una coordinación entre departamentos, tanto en sanidad como en lo social, e igualmente con un buen registro del expediente, para que el proceso no tenga que ser repetitivo el paso a paso. Y la importancia de disminuir brecha digital, porque dificulta el acceso a distintos procedimientos”.

Testimonio participante en “La Voz de las Mujeres”

4.3.3. Administración central

Aunque el grueso de las competencias se encuentra concentrado en las CCAA, la administración estatal tiene un papel unificador, determinando el nivel mínimo de protección garantizado para todas las personas beneficiarias del Sistema. Esta gestión se lleva a cabo a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), coordinado entre el Estado y a las CCAA. La coordinación y cooperación entre los dos ámbitos competenciales se lleva a cabo a través del [Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD](#), adscrito al Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Por su parte, la financiación pública de este nivel de protección es gestionada por la Administración General del Estado a través de la Ley de Presupuestos Generales, garantizando los fondos a las CCAA para mantener el nivel mínimo de protección.



4.3.3.1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

El IMSERSO es un organismo público que depende del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 y que gestiona los servicios sociales complementarios de la Seguridad Social.

Entre sus competencias¹⁷ se encuentran:

- La gestión y seguimiento de las pensiones de invalidez y jubilación en sus modalidades no contributivas.
- El fomento de la cooperación con las organizaciones y entidades de las personas mayores.
- La propuesta, gestión y seguimiento de planes de servicios sociales en sus áreas de personas mayores y de personas en situación de dependencia.
- La propuesta y ejecución, en su caso, de las funciones atribuidas a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales relativas a la regulación e implantación del Sistema de Protección a las Personas en Situación de Dependencia.
- La propuesta de normativa básica que garantice los principios de igualdad y solidaridad para la determinación de los baremos, a los efectos de reconocimiento del grado de discapacidad.

4.4. Propuesta de mapa de flujo de coordinación

A través de las aportaciones realizadas por las participantes en los talleres de “LVM” se identificaron como puntos de entrada: el personal de medicina de cabecera, los equipos de trabajo social de base, los servicios de asistencia social hospitalaria y los centros escolares.

17. Competencias y Estructura (2023) Imserso. Recurso disponible en: https://imserso.es/documents/20123/7648590/iai2023_cap1.pdf/54951bcf-e931-197b-e749-74bf7fc7f3e



A pesar de esto, las participantes indican que algunas de ellas pasaron desapercibidas para la intervención de profesionales sanitarios hasta las fases avanzadas de enfermedad o el ingreso hospitalario de las personas a las que cuidan. Este se convierte en un punto de inflexión para el acceso a la información sobre recursos, aunque se trata de una etapa muy avanzada en la que ya se han producido y agravado los malestares relacionados con la figura de la cuidadora principal. Además, declaran que la mayoría de los recursos ofrecidos por las y los profesionales de trabajo social se limitan a ayudas y apoyos enfocados de forma exclusiva para la persona dependiente.

No obstante, a través de personas conocidas, asociaciones o del ámbito escolar, descubrieron entidades específicas para evitar la exclusión social de sus familiares (como ASPRONAGA, FEAFES o ASPACE). El tercer sector cubre gran parte de la atención a la persona cuidadora, más allá de la persona cuidada.

La norma general percibida es que no existe coordinación sociosanitaria real a menos que acontezca un ingreso hospitalario grave o un internamiento residencial definitivo; fuera de estos supuestos, el contacto se limita al trámite de pruebas médicas. Sin embargo, muestran su convencimiento respecto a la existencia de muchos recursos privados que no son suficientemente publicitados y por ello existe desconocimiento entre la ciudadanía y no se produce derivación fluida desde las administraciones públicas.

Una vez realizada la exposición de los agentes principales que participan en torno a los cuidados, y atendiendo a las problemáticas planteadas por las cuidadoras participantes, se propone el siguiente mapa de flujo de coordinación en relación a los cuidados:



17. Competencias y Estructura (2023) Imsero. Recurso disponible en: https://imsero.es/documents/20123/7648590/iai2023_cap1.pdf/54951bcf-e931-197b-e749-74bf7fcf7f3e



Los centros de salud de atención primaria se identifican como un agente clave para la identificación, recopilación de información, diagnóstico y derivación a los diferentes servicios y apoyos disponibles. Las necesidades y consecuencias del cuidado, de forma general, requieren la atención de estos servicios de salud, convirtiéndose en una de las principales puertas de entrada a esta red.

En el siguiente nivel, los hospitales, a través del personal profesional de servicios sociales en estos centros, pueden llevar a cabo el mismo papel en los casos que no han sido atendidos previamente en atención primaria, los que no fueron identificados y asesorados, o aquellos cuya situación ha evolucionado y necesitan de un nuevo asesoramiento.

Se identifican como segunda puerta de entrada los servicios sociales a nivel municipal. Ofrecen orientación, diagnóstico social y apoyo en consonancia con el entorno cotidiano de la persona dependiente y la figura de la cuidadora principal. En este caso se propone reforzar la colaboración y promover la coordinación más estrecha con las entidades del tercer sector. Igualmente, promover la colaboración con figuras como el personal de atención a domicilio, centros escolares, farmacias y otros negocios de proximidad para mantener información actualizada sobre la evolución de las necesidades y vulnerabilidades de la población.

Respecto al tercer sector, para su colaboración y coordinación con la atención pública, se debe intensificar el papel del Consejo Estatal de ONG de Acción Social. Se trata de un órgano consultivo donde el Gobierno de España y las principales plataformas del tercer sector debaten y diseñan las políticas públicas de bienestar social. También en este ámbito, es necesario poner atención en las asociaciones vecinales con mayor presencia en los ámbitos municipales. Estas asociaciones pertenecen también al tercer sector al tratarse de organizaciones privadas sin ánimo de lucro. A pesar de esto, existe dispersión, diferencia de objetivos y poco contacto entre las ONG's con mayor presencia y estas asociaciones. Esta coordinación debe potenciarse a través de la acción de las federaciones de entidades locales y la plataforma del tercer sector, así como a través de la prospección de servicios y apoyos a realizar en la ejecución de proyectos en un territorio concreto.



5

Desarrollo de un modelo
de cuidados basado
en la coordinación



En esta fase del texto nos preguntamos de nuevo, ¿por qué es necesaria una acción coordinada respecto a los cuidados? Si ya existen servicios de apoyo y prestaciones económicas para diversas problemáticas y situaciones de necesidad, cabe cuestionarse por qué promover esta acción coordinada. Dar respuesta a esta pregunta puede resultar más sencillo si ilustramos esta necesidad a través de un ejemplo de las casuísticas a las que se enfrentan las mujeres cuidadoras que acuden en búsqueda de apoyo al servicio “Cidadanas” en el programa de Empoderamiento de Mujeres Cuidadoras de Fundación Mujeres:

Sandra (nombre ficticio) es una mujer que se ha visto obligada por las circunstancias a migrar de su país natal para tratar de mejorar su situación y la de su hijo con una enfermedad que lo hace totalmente dependiente de ella. Sandra es divorciada, por lo que no cuenta con el apoyo del padre de su hijo. Ella se encuentra en España de manera regular con permiso de residencia, pero no cuenta con la autorización legal para trabajar en el territorio. Debido a ello, su situación económica es precaria y apenas puede alquilar una habitación para vivir con su hijo. Además, el único lugar que encontró en el que le alquilaran una habitación en estas circunstancias se arrienda sin contrato, por lo que no se le permite empadronarse en ese lugar. Ella acude a todas las instituciones y entidades del tercer sector que le es posible en búsqueda de apoyo, pero lo que ha encontrado (en este caso por parte del Ayuntamiento) es una amenaza de multa al residir en un lugar en el que no está empadronada, a pesar de haber explicado su situación de extrema vulnerabilidad. Esto agrega a sus circunstancias previas una situación de violencia institucional.

En este caso, una de las circunstancias principales es la condición de su hijo, que hace que ella deba atenderle la mayor parte del día, produciendo así el desgaste físico y emocional que ello conlleva, pero es evidente la situación de necesidad múltiple que ha de abordarse desde perspectivas diversas para poder atenderla de una manera integral.



Esta casuística puede presentarse como caso paradigmático de la necesidad de coordinación en atención al cuidado, pero la acción coordinada resulta también indispensable aun cuando se trate de casuísticas de menor complejidad. Muchas de las cuidadoras que acuden al servicio “Cuidadanas” coinciden en que las instituciones, en muchas ocasiones, generan dificultades para que ellas puedan cuidar de manera adecuada de las personas a las que atienden. Es recurrente en sus intervenciones manifestar la falta de derivación a servicios para la ayuda a mujeres cuidadoras y a sus familiares por parte del médico de cabecera. Consideran que esto depende en gran parte de los casos de la voluntad y la implicación del personal médico y de trabajo social pero que, en general, falta conocimiento entre las personas que trabajan en la administración sobre los servicios existentes.

Igualmente, la mayoría comparte que han tenido dificultades a la hora de transmitir información de una administración a otra por falta de un protocolo claro y de una transmisión directa entre estos organismos. En ocasiones, incluso, la información facilitada por un organismo no se corresponde con la que exige la siguiente institución a la que debe entregarse.

En este sentido, la fragmentación de competencias entre las administraciones públicas mencionadas en sus múltiples niveles, así como la diversidad organizativa de las entidades que prestan servicios y apoyo, dificultan la creación de un sistema integrado, generando barreras en el acceso y la calidad de la atención.

5.1. Coordinación: teoría y práctica

Como respuesta a la problemática expuesta, este texto se dirige a focalizar, promover y establecer la coordinación en la actividad de todos los agentes vinculados al cuidado. Como inicio del establecimiento de una base teórica de la que partir, definimos la coordinación en la intervención



social como el proceso de organizar y articular acciones y recursos entre profesionales, entidades y servicios para lograr objetivos comunes en provecho de las personas beneficiarias de los mismos, de forma coherente y eficaz.

Las normativas que regulan algunas de las actividades que pueden participar de esta coordinación ya contienen indicaciones sobre la misma:

Código deontológico de trabajo social. Artículo 24: “En los casos en los que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el/la profesional del trabajo social debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada desde el ámbito de sus competencias en el marco de la institución u organización en la que ejerza su actividad”.

Ley de dependencia. Artículo 11, apartado 1. “En el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, corresponden a las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de las competencias que les son propias según la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente, las siguientes funciones: c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”.

Se trata de una colaboración estratégica entre las organizaciones, instituciones y actores sociales para generar sinergias cuyo resultado permita la atención integral de las necesidades de cuidado. Este enfoque permite además una gestión eficiente, evitando duplicidades y maximizando la eficacia del sistema.

Integrar esta teoría en la práctica diaria requiere el conocimiento y aceptación de algunas premisas. El trabajo en común a desarrollar produce distintos roles y responsabilidades asimétricas para cada parte actora. Estas diferencias se derivan de la naturaleza y el papel principal de cada



organización. Esto implica la necesidad de desarrollo de estrategias de coordinación diferenciadas para favorecer el trabajo intersectorial entre administración, servicios y ciudadanía¹⁸.

Como punto de partida puede tomarse el desarrollo de la prospección sobre organizaciones y servicios que tienen que ver con los cuidados y que actúan con cercanía a la actividad que estamos realizando. Posteriormente, organizar y categorizar los recursos que ofrecen y que podemos ofrecer, de manera que posteriormente se puedan diseñar e implementar estrategias de colaboración.

Ejemplo de matriz para el registro y categorización de recursos disponibles:

	Para personas cuidadoras	Para personas cuidadas
¿Qué servicio prestan?		
¿En qué ámbito actúan?		
¿Existe complementariedad/duplicidad de servicios?		
¿Quién realiza la gestión principal de la problemática?		
¿Qué límites legales existen?		
¿Qué dificultades existen para el tránsito de un servicio a otro?		
¿Cómo se puede medir la eficacia de la coordinación?		

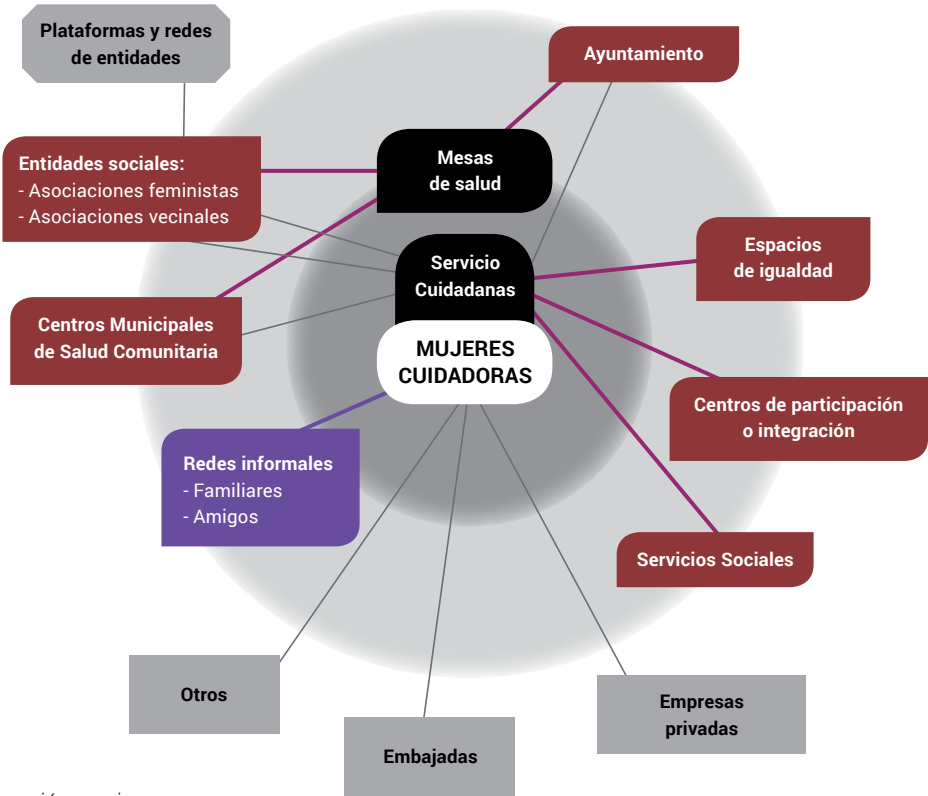
Fuente: elaboración propia

Estos primeros pasos nos permiten tomar conciencia de nuestro entorno y de hasta dónde no están incorporadas a nuestro proceso de intervención las organizaciones con las que se comparten servicios y, en ocasiones, objetivos.

18. Acción comunitaria para ganar salud o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida (2025) Ministerio de Sanidad. Secretaría General Técnica. Recurso disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf



Por otro lado, es necesario tener también en cuenta el tipo de relación que se puede establecer con cada organización, así como incluir otros agentes como aquellos que no están organizados de manera colectiva. Para ello se sugiere la elaboración de un mapeo o sociograma que plasme visualmente la relación que se materializa con cada uno de estos agentes¹⁹, así como la posibilidad del establecimiento de nuevas relaciones.



Fuente: elaboración propia

19. Metodologías participativas. Manual. (2009) AAVV. Cimas-Observatorio Internacional de la Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Recurso disponible en: https://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf



5.2. Principales obstáculos a la coordinación

VULNERABILIDADES INTERSECCIONALES. Todas las casuísticas se ven mediatizadas por múltiples circunstancias y vulnerabilidades ya que las cuidadoras, además de ser mujeres, se ven atravesadas por: etnia, clase social, edad y otras coyunturas que agravan cada situación. Esto multiplica las necesidades y hace más necesaria la coordinación.

COMPARTIMENTALIZACIÓN Y COMPETENCIA DE RECURSOS. Los sistemas de cuidado se ven afectados por la fragmentación de los servicios y apoyos existentes, que en muchas ocasiones compiten entre sí por recursos, en lugar de cooperar y articularse en torno al objetivo común. Esta lógica competitiva debilita la integridad de los sistemas y obstaculiza su consolidación²⁰.

“No hubo una respuesta coherente por parte de la asistencia social, porque fui derivada a Cruz Roja, que no es la entidad encargada del servicio que necesitaba, que debía prestar la Seguridad Social. Además, me descontaron de la nómina el dinero por los días que tuve que faltar para realizar gestiones administrativas”.

Testimonio participante en “La Voz de las Mujeres”

Esta carga añadida al cuidado respecto de las gestiones burocráticas también aleja a las mujeres cuidadoras de sus intereses y de su trabajo.

20. Financiamiento feminista y futuro de la agenda de cuidados (2025) Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Recurso disponible en: <https://fundar.org.mx/publicaciones/financiamiento-feminista-y-futuro-de-la-agenda-de-cuidados/>



IMPEDIMENTOS NORMATIVOS A LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN. Los datos personales, y sobre todo los referentes a la salud, tienen una protección legal que dificulta la fluidez en la coordinación de expedientes de manera compartida. Esta situación dificulta la coordinación socio-sanitaria y conlleva un déficit en la eficacia de las acciones²¹.

- [Reglamento Europeo 2025/327 del Parlamento y del Consejo relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud](#). Sus artículos 9 y 7 establecen cómo las personas físicas tienen derecho a permitir el acceso a sus datos de salud y a solicitar la transmisión de los mismos a otro prestador de asistencia sanitaria de su elección. Igualmente, se establece el derecho a obtener información sobre cualquier acceso a sus datos de salud.
- [Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales](#). Desarrolla esta regulación en el territorio español, estableciendo estas garantías en su artículo 9.2. Esto supone una dificultad para transmitir información entre los diferentes organismos y servicios, así como la necesidad del establecimiento de protocolos para su tratamiento.

DESCONOCIMIENTO DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DEL TERCER SECTOR. Tanto entre las entidades del tercer sector entre sí como por parte de los servicios sociales. El aislamiento y la falta de difusión de estos servicios dificulta la interconexión.

CONVERGENCIA Y DUPLICIDADES EN LOS PROGRAMAS DE ACTUACIÓN. La duplicidad conlleva adaptar los proyectos y servicios de cara a una acción coordinada que garantice la eficacia con mayor eficiencia.

21. Observatorio Social de las Personas Mayores (2024) Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Recurso disponible en: https://1mayo.ccoo.es/RELACIONES_LABORALES/OBSERVATORIO_PERSONAS_MAYORES



FALTA DE MEDIOS, ALTA CARGA DE TRABAJO Y ROTACIÓN DEL PERSONAL DEL TERCER SECTOR. Este sector se enfrenta a infrafinanciación, aprobación o renovación anual de proyectos y alta carga de trabajo del personal, lo que conlleva alta rotación que pone en riesgo la conservación del conocimiento, la organización y el mantenimiento de las redes de trabajo.

Por otro lado, “ahora mismo los trabajadores/as sociales (dispersos en los servicios municipales, de salud, etc.) se encuentran en situación de burnout y están saturados”. Esta situación dificulta la coordinación, lo que en ocasiones conlleva que “seamos muy ineficaces porque triplicamos el trabajo”.

Testimonio compartido en el IX Foro de Profesionales del ámbito socio-sanitario.

Las aportaciones en el foro de profesionales desarrollado evidencian que la atención a la persona cuidadora depende casi por completo de redes informales de coordinación interinstitucional, sostenidas por la voluntad individual del personal que representa a cada entidad. Existe conciencia clara de la necesidad de un mapeo de recursos y de vías de difusión más accesibles (farmacias, colegios), pero manifiestan que esas iniciativas quedan repetidamente sin ejecutar por falta de continuidad del personal y de una estructura estratégica.

22. Igualdad en el empleo en las entidades del tercer sector: brechas y medidas implantadas (2026) Observatorio del Empleo en el Tercer Sector. Recurso disponible en: <https://www.plataformatercersector.es/observatorio-del-empleo/#estudios>



5.3. Recomendaciones y estrategias para promover y mejorar la coordinación en los servicios de atención y apoyo al cuidado.

ESTABLECER CRITERIOS PARA ACOTAR EL ÁMBITO DE ACTUACIÓN Y LA PROSPECCIÓN A REALIZAR. Desde el enfoque de la intervención en el modelo comunitario, se hace necesario acotar²³:

- Territorio. Generalmente en atención a su unidad administrativa: barrio, distrito, municipio o mancomunidad.
- Población. Conocimiento estadístico de las características de la población a la que nos dirigimos.
- Demandas. Necesidades, aspiraciones y problemas de la población a la que nos dirigimos.
- Recursos. En base a lo anterior, prospección de los recursos disponibles: recursos públicos, privados, vecinales, etc.

“La prospección de servicios debe entenderse como un proceso continuo de conocimiento mutuo entre organizaciones”.

Testimonio compartido en el IX Foro de Profesionales del ámbito socio-sanitario.

PRESERVAR EL CONOCIMIENTO DESARROLLADO. Documentar las acciones realizadas y preservar el conocimiento para que pueda compartirse, trabajar sobre el mismo y desarrollarlo.

23. Creando territorios de cuidados. Enfoque, metodología y estrategias para el desarrollo del Enfoque Comunitario (2025) Recurso disponible en: <https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/2917756274/CRECE-CREANDO+TERRITORIOS+DE+CUIDADOS.pdf/5f434cfc-d5b3-cec0-7eb5-88752a3a8505?t=1736925346957>



PLANIFICAR LA DEDICACIÓN DE RECURSOS Y TIEMPO NECESARIOS. La acción coordinada requiere la dedicación de tiempo y recursos por parte de la propia organización. Si no se planifica correctamente puede suponer una sobrecarga de trabajo para el personal que se involucre en esta acción, o que se pierdan las mejoras y el trabajo realizado si no es posible garantizar su sostenibilidad. *“Para que (las acciones coordinadas) funcionen requieren un contexto habilitante: un liderazgo que respalde la colaboración, tiempo reservado para coordinar, acuerdos entre sistemas y estructuras comunitarias activas”²⁴.*

ATENDER EL ALINEAMIENTO DE OBJETIVOS ORGANIZACIONALES. Aunque los objetivos generales de las organizaciones con las que se pretenda la coordinación puedan parecer similares, es necesario revisar la misión, visión y valores para asegurar una colaboración que no entorpezca la finalidad general de la entidad.

DEFINIR CON CLARIDAD EL PAPEL Y LA RESPONSABILIDAD DE CADA PARTE. Delimitar de manera exhaustiva las reglas para la colaboración: objetivos, funciones, competencias y herramientas disponibles. Es necesario evitar ambigüedades y vacíos que puedan producir conflictos.

ADAPTAR EL ROL DE CADA AGENTE EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES. En cada colaboración concreta nuestra organización tendrá un cometido y ejecutará un rol variable. En ocasiones se puede asumir un papel de asesoramiento, en otras de planificación o de acción directa. La adaptabilidad y planificación en cada caso puede ser determinante para el buen desarrollo de la coordinación.

IDENTIFICAR LOS ACTORES CLAVE PARA LA COORDINACIÓN. En cada colaboración será necesario identificar cuál o cuáles son los actores principales con mayor capacidad para liderar la coordinación.

24. Cartera de innovaciones. Nuevos modelos de cuidados en la comunidad (2026) Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, a través de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Recurso disponible en: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/CarteraInnovacionesVIDAS.pdf>



Los testimonios compartidos en el foro de profesionales identifican la figura profesional del trabajo social como clave para enlazar los ámbitos sanitario y social. Se produjo una valoración muy positiva respecto a la posibilidad de contar con una figura de referencia que impulse y dinamice las colaboraciones.

PROTOCOLIZAR LA COORDINACIÓN. INCLUIR LAS TAREAS NECESARIAS EN LA DESCRIPCIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO. Debido a circunstancias como la alta rotación de personal y dependencia de aprobación de proyectos anuales señaladas en los obstáculos a la coordinación, sería necesario tener en cuenta las tareas de prospección, contacto y coordinación en la propia definición de los puestos de trabajo. Igualmente, es necesario protocolizar las acciones dirigidas a la coordinación para homogeneizar la forma de actuación con independencia de la persona que desarrolle el puesto.

POTENCIAR LA PARTICIPACIÓN EN MESAS PROFESIONALES²⁵. Estos espacios de trabajo y coordinación se presentan como mecanismos útiles para la reunión de profesionales y entidades con el objetivo de mejorar la atención al colectivo en cuestión.

Entre las impresiones compartidas en el foro de profesionales, las personas participantes indicaron que las principales acciones de coordinación que llevan a cabo se materializan a través de reuniones periódicas en mesas profesionales concretas.

PROMOVER LA REALIZACIÓN, MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE MAPAS DE RECURSOS DE LA ACTIVIDAD EN EL TERCER SECTOR.

Las y los profesionales participantes en los foros resaltan como recurso de coordinación el mapa de intervención (mapa de recursos). En uno de los espacios de igualdad participantes iniciaron la

25. Otros ejemplos de mesas profesionales: <https://participacionciudadana.ayto-alcaladehenares.es/mesas-de-participacion/> <https://intervencioncomunitariavillaverde.org/mesas-de-villaverde/>



confección de un mapa relacionado con prevención y sensibilización de violencia de género, junto con un centro de salud especializado en trabajar con mujeres víctimas de violencia. Lamentablemente el desarrollo del mismo quedó pausado por falta de medios (sobrecarga de trabajo y falta de personal).

“Un mapa dinámico de recursos, accesible para los distintos profesionales, permitiría mejorar la calidad de las derivaciones, reducir tiempos de búsqueda y ofrecer respuestas más ágiles y adaptadas a las necesidades detectadas”.

Testimonio compartido en el IX Foro de Profesionales del ámbito socio-sanitario.

CONTAR CON EL TEJIDO EMPRESARIAL DE PROXIMIDAD. Incluir en las posibles colaboraciones los negocios de proximidad, como por ejemplo las farmacias, que tienen un contacto de manera continuada con las personas con necesidades de cuidados y sus cuidadoras. Igualmente, pueden participar en iniciativas mediante otro tipo de coordinación, colaborando en la difusión de proyectos y actividades y facilitando espacios físicos para la realización de las mismas.

Las aportaciones en el foro de profesionales destacaron la importancia de utilizar múltiples canales de comunicación para llegar a diferentes grupos de población. Además de soportes tradicionales (folletos, cartelera, páginas web institucionales, redes sociales, etc.), se consideró necesario reforzar la presencia de los recursos en espacios comunitarios de proximidad: centros de salud, servicios sociales, asociaciones vecinales, centros educativos, farmacias y otros entornos frecuentados por personas cuidadoras.

APROVECHAR ESTRUCTURAS YA EXISTENTES. Algunos de los organismos y entidades mencionados en puntos anteriores ya cuentan con la estructura o vías de comunicación que



pueden potenciarse para realizar acciones coordinadas. En el marco estratégico estatal de las soledades 2026-2030²⁶ se expone como ejemplo el Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social y la Plataforma del Tercer Sector como espacios de referencia para canalizar la participación de la sociedad civil, garantizando una interlocución estructurada y representativa del tercer sector.

PROMOVER PROTOCOLOS Y ESTRATEGIAS EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA. Se trata de un momento crítico respecto a los cuidados. Esta protocolización tendría como objetivo la realización de una valoración integral de las necesidades de la persona hospitalizada y de su entorno²⁷, estableciendo un plan de cuidados con atención a los recursos y apoyos a los que se puede acceder en función de la casuística.

PROCURAR EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PROTECCIÓN DE DATOS. Teniendo en cuenta las dificultades explicadas en el punto anterior respecto a los flujos de información debido al carácter personal de los datos y su protección legislativa, es necesario abordar en profundidad el establecimiento de protocolos que permitan operatividad cumpliendo con las exigencias legales.

En este sentido se aconseja como orientación la Guía de Gobernanza de Espacios de Datos del Ministerio para la transformación digital y de la función pública²⁸. En la misma se facilitan distintos modelos de gobernanza del dato, entre los que podemos destacar el modelo federado para el tipo de coordinación expuesto en este documento.

26. Recurso disponible en: <https://www.soledades.es/politicas/marco-estrategico-estatal-de-las-soledades-2026-2030>

27. La atención y coordinación sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado. Revista Enfermería Clínica. Vol. 30. Núm. 5, págs. 291-356 (2020) Recurso disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-atencion-coordinacion-sociosanitaria-hacia-S1130862120304460>

28. Recurso disponible en: <https://cred.digital.gob.es/content/dam/cred/img/docs/Gu%C3%ADa%20de%20Gobernanza%20de%20Espacios%20de%20Datos.pdf>



Resulta interesante también revisar herramientas y ejemplos de coordinación y transferencia de la información, como Social Data Driven o la Historia Social Única promovida en Aragón:

Primer espacio de datos del tercer sector en España: Social Data Driven o SDDI

Se trata del primer espacio seguro y ético de datos en España diseñado específicamente para el Tercer Sector, la economía social y organizaciones con propósito social. Promovido por Grupo neoCK y financiado por la Unión Europea, busca transformar la gestión de datos en el ámbito social para mejorar la toma de decisiones y medir el impacto real de los proyectos en áreas como el empleo, la educación y el emprendimiento.

<https://sddi.es/>



Ejemplo de Aragón: Historia Social Única

La Historia Social única Electrónica, promovida en la Comunidad Autónoma de Aragón, se trata de una herramienta digital cuyo objetivo es unificar la información sobre la atención social que recibe la ciudadanía de esta región. Esta iniciativa intenta salvar las brechas que pueden surgir en la atención debido a la existencia de distintos niveles de atención: autonómica, local y departamental. Se trata así de un elemento unificador del sistema público de servicios sociales para reunir historiales y optimizar procesos administrativos.

El Decreto 18/2024 del Gobierno de Aragón, de estructura orgánica del Departamento de Bienestar Social y Familia atribuye a la Dirección General de Igualdad de Oportunidades el desarrollo de la Historia Social Única (artículo 12.1 l) así como incluye en la estructura de este departamento el Servicio de Historia Social Única (artículo 12.2 b).

La regulación específica de esta figura se encuentra en proceso de elaboración mientras se redacta este texto, con plazo entre el 24 de septiembre y el 8 de octubre para la realización de consultas públicas con carácter previo a la elaboración del proyecto de la norma: <https://sena.aragon.es/iniciativa/326>

MEDICIÓN DEL IMPACTO Y MEJORA CONTINUA. Medición de impacto y la definición de indicadores adecuados que permitan evaluar la efectividad de las metodologías puestas en marcha. La medición del impacto en estos indicadores facilitará la evaluación y toma de decisiones estratégicas para la mejora continua en la colaboración.



mujeres
FUNDACIÓN

