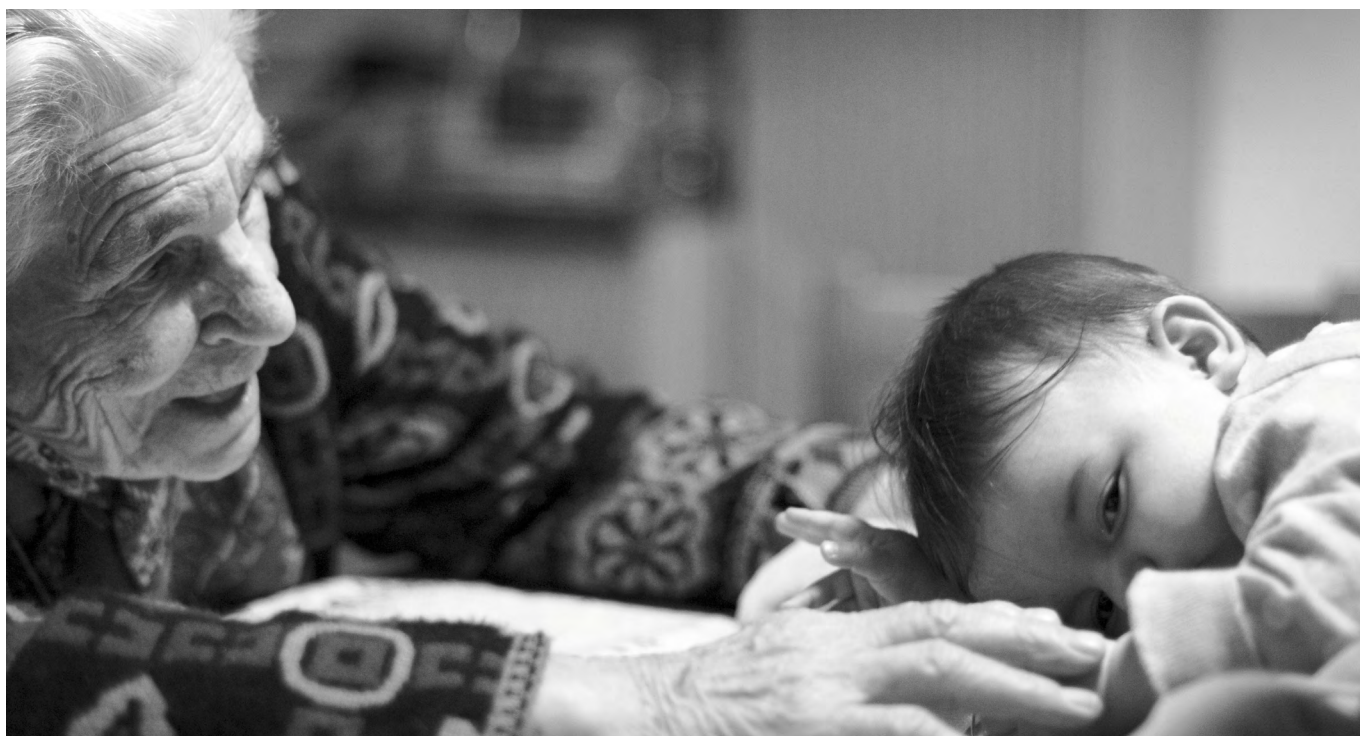


Economía





1. La economía de los cuidados en tiempos de pandemias sanitarias 5
2. Un marco conceptual para la economía de los cuidados 6
3. Los cuidados a los mayores y al final de la vida en España 8
4. La «nueva normalidad» para la economía de los cuidados a mayores 10
5. Elementos para seguir con la reflexión 13

«Elementos de reflexión para la economía de los cuidados tras la pandemia de la COVID-19»

Barcelona

Diciembre, 2020



Autores



David Elvira Martínez

Licenciado en Economía y Empresa, Máster en Economía Aplicada y Doctorando por la Universidad Autónoma de Barcelona. Exdirector del CatSalut. Fue miembro del Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari (CASOST). Ha desarrollado investigaciones sobre planificación y evaluación económica de los servicios sanitarios y farmacia. Consultor en gestión y planificación sanitaria. Docente en Universidad Pompeu Fabra y de la Universitat Oberta de Catalunya. **(Líder del área)**



Lluís Bohigas Santasusagna

Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Barcelona. Asesor del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Académico de la Real Academia de Medicina de Catalunya, Presidente del Cercle de Salut. Ha sido Secretario del Col·legi d'Economistes de Catalunya. Presidente de la Federació Catalana d'Escacs. Presidente de l'Associació d'Economia de la Salut. Director General de Planificació de la Generalitat de Catalunya. Vocal de la Comisión Abril Martorell. Director de la Fundació Avedis Donabedian. Director General de Planificació del Ministerio de Sanidad. Presidente de SESPAS. Presidente de la Comissió de Salut del Col·legi d'Economistes de Catalunya.





Guillem López Casasnovas

Licenciado en Ciencias Económicas y licenciado en Derecho por la Universidad de Barcelona. Doctor en Economía Pública. Universidad de York, Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra. Fundador y Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF). Codirector del Máster de Gestión Pública (UPF-UAB-EAPC) y del Máster de Health Economics & Policy de Barcelona Graduate School of Economics (Barcelona GSE). Ha sido Consejero Independiente del Consejo de Gobierno del Banco de España. Presidente de la International Health Economics Association, entre 2007 y 2013 y también asesor senior de la Organización Mundial de la Salud sobre desigualdades en salud en Europa. Es director de la Revista Económica de Cataluña desde el 2020, y miembro de los consejos de redacción de Hacienda Pública Española, del Journal of Health Services Management (desde sus inicios hasta el 2019) y de Review of Health Economics. Autor de más de un centenar de artículos científicos, colabora regularmente con El Periodico, El Punt Avui, diari Ara y La Vanguardia con un artículo mensual en cada uno de ellos.



Lluís Torrens Mèlich

Licenciado en Ciencias Económicas Universidad Autónoma de Barcelona, Magíster en Análisis Económico y Diplomado por el Programa de Dirección General de IESE. Director de Innovación Social Ajuntament de Barcelona. Profesor asociado de economía en l'Escola Superior de Comerç Internacional de la Universidad Pompeu Fabra. Ha sido Director de Serveis del Departament de Salut y del Departament d'Interior, de la Generalitat de Catalunya. Ha sido también, gerente del Centre de Recerca en el IESE. Es miembro de la red Renda Bàsica; del Consejo Asesor del Campus Cohesió i Compromís Social de la Universitat de Girona y del Consell Assessor del Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitària.

Promoción, Coordinación y Edición



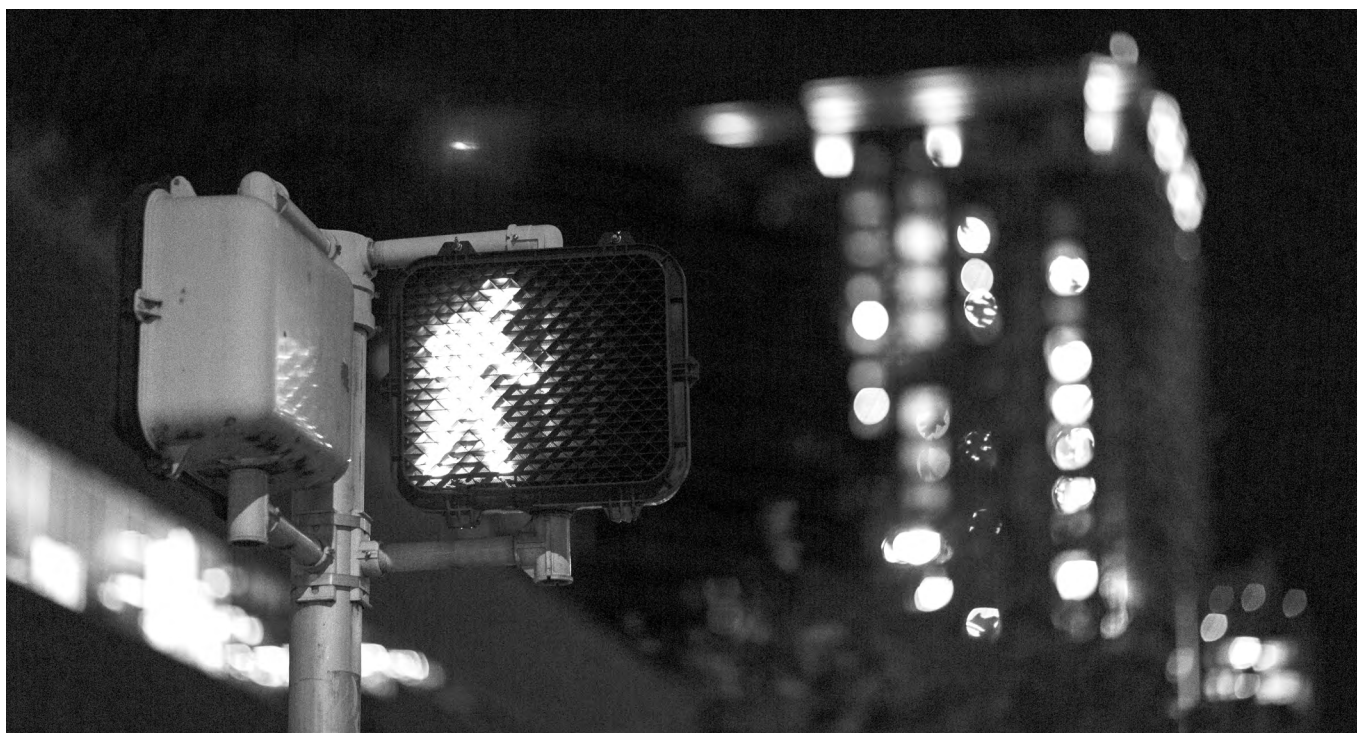
La economía de los cuidados en tiempos de pandemias sanitarias

La crisis de la COVID-19 ha reforzado la necesidad de colocar el cuidado a las personas en el centro del diseño de las políticas públicas de la llamada “nueva normalidad”. Los cuidados son innatos a las estructuras sociales que impactan en la economía de los países. Incluso cuando los mercados colapsan, la economía de los cuidados sigue funcionando. Si algo ha puesto de manifiesto la COVID-19 es que las crisis sanitarias hacen aflorar de forma intensa (y, en ocasiones, inhumana) las debilidades de las estructuras sociales, las fragilidades de las economías desarrolladas globalizadas y la necesidad de reenfocar (y reforzar) ciertas políticas públicas (en el ámbito social y económico). A pesar de que la pandemia ha hecho nuestra interdependencia más evidente, también nos ha recordado la necesidad de articular políticas económicas que tengan en cuenta que la fragilidad y la vulnerabilidad requieren de estructuras y reglas económicas que protejan a los individuos y eviten que las economías, en su conjunto, colapsen. En esta necesidad de gestionar la interdependencia radica el requerimiento de revisar la economía de los cuidados.

«En esta necesidad de gestionar la interdependencia radica el requerimiento de revisar la economía de los cuidados.»



2 Un marco conceptual para la economía de los cuidados



Esping-Andersen (1993) (1) incluyó por primera vez en los análisis comparativos sobre los Estados de bienestar la familia como pilar básico del bienestar, al mismo nivel que el Estado o el mercado, como una institución que asume y se hace cargo del trabajo de los cuidados y el trabajo doméstico que se genera en su seno. Así, a partir de la desmercantilización, la estratificación social y el equilibrio entre las tres instituciones del bienestar (Estado-mercado-familia), el autor muestra la existencia de tres regímenes de bienestar (liberal, conservador y socialdemócrata).

En España, desde la implantación de la Ley de la Dependencia, lo que se observa bajo el paradigma Esping-Andersen es una combinación de regímenes. Por un lado, un sistema universal que cubre, normalmente de forma insuficiente,

las necesidades de cuidado (el promedio de horas que recibe una persona atendida por el SAD – Servicio de Ayuda Domiciliaria– es de una por día laborable). Adicionalmente, normalmente se complementa el servicio universal con contratación regular (o irregular) de servicios domiciliarios con una intensidad que depende de la renta de la persona atendida o de su núcleo familiar cercano. Y, finalmente, existe un tercer tramo de atención prestado por los propios familiares, mujeres principalmente, o incluso por el círculo íntimo de amistades. Es un sistema profundamente inequitativo en el que el nivel de atención adecuado depende de la capacidad financiera o de la posibilidad de disponer de tiempo de los familiares. A mayor riqueza y potencial apoyo familiar, mejor cuidado, y viceversa (2).



En este sentido, la taxonomía de Esping-Andersen ha sido criticada a lo largo de los últimos años, especialmente por no incluir otras fuentes de desigualdad más allá de la estratificación social (como es el género) y su potencial impacto en la “mercantilización” de los servicios que se dan en el seno familiar. Además, el debilitamiento del modelo productivo que tradicionalmente había alimentado el paradigma del Estado del bienestar, con la progresiva consolidación de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, hace evidente el cuestionamiento de la organización de los cuidados en base a la división sexual del trabajo, su “mercantilización” o su apoyo público.

Además, para complementar el papel del sector público en la discusión de la innovación en la economía de los cuidados, no deben descartarse las recientes aportaciones sobre el papel del “Estado emprendedor”(3) como un actor clave para que el sector privado encuentre incentivos a la inversión mediante la socialización de los riesgos iniciales de la misma (fomentando la implantación de modelos de negocio de provisión pública, pero producción privada). Bajo este prisma, podemos introducir la promoción pública de la innovación tecnológica como un posible factor corrector de las inequidades. Por ejemplo, la teleasistencia, siendo un modelo de relativa sencillez en su concepción original, permite avanzar hacia modelos avanzados que reduzcan sensiblemente la necesidad de periodos de vigilia (retribuidos o no) e incrementar la autonomía personal.

Finalmente, la aportación del pensamiento feminista ha permitido incluir nuevas dimensiones de análisis a la economía de los cuidados (Lewis, 1992 (4); Sainsbury, 1999 (5)) y ha proporcionado un marco conceptual de las relaciones del género con las unidades familiares y su institucionalización en los sistemas de protección social. En este sentido, a diferencia de los análisis convencionales desde la perspectiva clásica de los Estados de bienestar (los sistemas públicos de protección social cubren de manera subsidiaria las necesidades de cuidados que tienen las familias), desde la óptica del Modelo de Organización Social del Cuidado, se contempla la manera en que se proporcionan los cuidados a las personas dependientes desde distintos ámbitos, como son: las familias, la comunidad, el Estado o el mercado, para así poder incluir las diferencias de género y de clase en dicha provisión de cuidados.

El sector de la dependencia y de la economía de los cuidados en España muestra claras debilidades en términos de recursos humanos y económicos si se comparan con otros países económicamente avanzados. Además, es un sector con carencias en su retribución a sus profesionales (si se compara con sectores como el sanitario) y que es ampliamente permeable a soluciones contractuales irregulares, al tener una frontera difusa en la identificación de los trabajos del hogar y los servicios de cuidados. En el sector de la atención domiciliaria, por ejemplo, el 98,5% de sus profesionales tienen alguna condición objetivable de precariedad: sueldo bruto inferior a 1.000 euros mensuales, altos porcentajes de parcialidad o temporalidad contractual (pese a que el retorno en el saldo fiscal de la mejora de dichas condiciones sería claramente positivo (6)).

«A mayor riqueza y potencial apoyo familiar, mejor cuidado, y viceversa»



3 Los cuidados a los mayores y al final de la vida en España

Estamos experimentando cambios demográficos sostenidos que nos conducen hacia la necesidad social y económica de hacer frente a una sociedad cada vez más envejecida con lazos familiares intergeneracionales más debilitados y con roles intrafamiliares en evolución (especialmente, como consecuencia de la normalización en la incorporación de la mujer al mercado de trabajo). En este sentido, nuestra sociedad está experimentando una crisis en los cuidados de nuestros mayores en situaciones de mayor dependencia.

La crisis de la COVID-19 ha expuesto, con suma crudeza, importantes deficiencias en el actual modelo de atención institucionalizada que, sin duda, necesita ser revisada, especialmente en los cuidados asociados al acompañamiento al final de la vida. Pero, más allá de los elementos puramente asistenciales, la crisis ha puesto también de relieve la importancia y necesidad de incluir los aspectos comunitarios (incluyendo el urbanismo, la arquitectura o las redes de apoyo social) como aspectos clave de análisis en la economía de los cuidados para colectivos frágiles (como los mayores).

La crisis no hace más que poner mayor foco en la necesidad de afrontar los retos sociales y económicos que supone el envejecimiento sostenido de nuestra sociedad. La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE), a 1 de enero de 2019 hay 9.057.193 personas mayores, un 19,3% sobre el total de la población, que siguen aumentando, tanto en número como en proporción. Hacia 2050, las personas mayores casi habrán duplicado sus efectivos actuales, y la generación del *baby boom* iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024 (siendo la presión sobre los sistemas de protección social especialmente notable en la década de los 40). Y, aunque no siempre suficientemente destacado (especialmente por las implicaciones en los cuidados que puede tener), el envejecimiento en España no solo sigue feminizándose, sino que es mucho más acentuado en el mundo rural.

«Nuestra sociedad está experimentando una crisis en los cuidados de nuestros mayores»



«La soledad dobla las probabilidades de mortalidad (...) y casi dobla la probabilidad de tener trastornos depresivos»



La soledad será un fenómeno relevante que condicionará nuestra noción de los cuidados, y también su análisis desde la perspectiva económica. Se viene observando, en los últimos años, un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son todavía menores que en otros países europeos. La proporción es mayor entre las mujeres que entre los hombres (2018: 31% frente a 17,8%) pero en estos ha habido un aumento notable en los últimos años. Aunque la forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola, en el futuro se espera que aumente y tenga consecuencias en la redistribución de los cuidados dentro del hogar. De hecho, ya se observa que los hombres mayores cuidan en proporciones crecientes (el 13,6% de los hombres mayores cuidan a personas dependientes; también lo hace el 14% de las mujeres que, en cifras absolutas, suponen la mayoría en el total de cuidadores en todas las edades) (7). La soledad dobla las probabilidades de mortalidad, en particular, por razones cardíacas, casi dobla la probabilidad de tener trastornos depresivos, y aumenta los riesgos de trastornos de demencia en aproximadamente un 60% (8). Se comprueba, por tanto, que la falta de contacto y apoyo humano tiene consecuencias comparables a las del consumo de tabaco y la obesidad (9). En este sentido, políticas públicas orientadas a disminuir el aislamiento social, especialmente de personas mayores, permiten mayores eficiencias en algunos servicios públicos, como el sanitario, y mejoras en el estado de salud (10) de las personas mayores dependientes.



4

La «nueva normalidad» para la economía de los cuidados a mayores

«Enfocar las políticas de adaptabilidad y resiliencia de los sistemas sociales y económicos»

La COVID-19 ejemplifica claramente lo que se ha denominado en la literatura sobre transiciones sociotécnicas (11) un *landscape shock* (12). Los rasgos de los probables cambios ofrecen una gran oportunidad para enfocar las políticas de adaptabilidad y resiliencia de los sistemas sociales y económicos. Retos como la transición demográfica y la revolución digital están claramente interrelacionados con los impactos de la COVID-19 y con las respuestas que esta crisis requiere.

Conceptos como la economía colaborativa, el teletrabajo, la telemedicina o la teleasistencia pueden permitir que el uso de esas tecnologías y modelos productivos se acelere en la fase de reconstrucción de la COVID-19. Además, el proceso de reconstrucción y resiliencia también modifica el valor que damos a distintos tipos de actividades económicas, promoviendo un giro hacia lo que se denomina *foundational economy* (13) (que prioriza, sobre todo, salud, cuidado, educación, vivienda, utilidades y alimentación).





En base a la priorización de las actividades relacionadas con los cuidados, y tomando el Modelo de Organización Social del Cuidado como marco de análisis económico (Sainsbury, 1999), cabe destacar que en España hay 4,1 plazas de residencia por cada 100 personas mayores; en total, 372.985 plazas (2019) y, aunque podemos tener un amplio debate sobre cómo puede evolucionar el modelo de cuidados a mayores institucionalizados, el reto social y económico de los cuidados está en el 96% de mayores que recibirán sus cuidados en sus hogares a través de la familia, la comunidad o el mercado.

Desde la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, coexisten dos formas de provisión pública de cuidados a mayores dependientes en sus hogares: los beneficios financieros para cuidadores no profesionales y los servicios domiciliarios profesionalizados (no sanitarios), en gran medida provistos por las administraciones locales. Ambos servicios se pueden combinar entre ellos o con el servicio de centro de día. No obstante, existen grandes diferencias en el acceso a los mismos. Por un lado, la universalidad queda, a menudo, comprometida por largos plazos de espera para acceder a los servicios y, por otro lado, los plazos son diferentes según el servicio, lo cual altera la libertad de elección. Además, la prestación de cuidador no profesional, que debería ser un recurso excepcional, es mucho más frecuente de lo esperado y existen dudas de que, para algunos usuarios vulnerables, en realidad es un complemento de pensiones o ingresos bajos. Pero, más allá de los servicios que podemos identificar desde la provisión pública, la mayor parte de los cuidados a los mayores en sus hogares son provistos por familiares o personas de sus círculos de confianza (mayoritariamente mujeres) o por empleadas contratadas o irregulares con, también, un claro sesgo racial o étnico (14).

La crisis de la COVID-19 ha acentuado la necesidad de tejer redes sociales (y económicas) de solidaridad a través de cuidados. También ha reforzado la necesidad de preocuparse por el impacto social y económico del modelo de cuidados para las generaciones del *baby boom*.



En este sentido, algunas innovaciones recientes, aceleradas o acentuadas por la pandemia de la COVID-19, merecen atención:

- **Intervenciones comunitarias basadas en creación de capital social (15):** que evitan el aislamiento social, refuerzan la cohesión social y diversifican la necesidad e intensidad de recursos necesarios para proveer servicios de cuidados, mejorando su efectividad y eficiencia. Estas intervenciones (por ejemplo, “radares” sociales (16)), aunque evidentemente no son exclusivamente ejecutadas por las administraciones, sí requieren ser facilitadas o promovidas por estas y, en gran medida, deben hacer frente al reto de la soledad en colectivos especialmente frágiles (por ejemplo, personas mayores dependientes).
- **Los cuidados domiciliarios de base comunitaria:** inspirados en la experiencia de economía social de Buurtzorg (17), que promueve un modelo holístico, integrado en la comunidad y con equipos profesionales con un alto grado de autogestión. Experiencias similares se están implantando ya en la ciudad de Barcelona, a través de la identificación de “supermanzanas sociales” (microáreas urbanas) en las que los servicios domiciliarios se implementan en base a redes de cuidados informales preexistentes, redes de cuidados sociosanitarios domiciliarios profesionalizados y servicios extradomiciliarios en la comunidad (18).
- **Modelos residenciales “distribuidos” para mayores:** que permiten a las personas mayores dependientes recibir los cuidados sociales y sanitarios requeridos de forma coordinada y coherente entre el hogar y los dispositivos sociosanitarios de proximidad. Para ello, se requieren recursos comunitarios y soluciones tecnológicas que garanticen la continuidad de los cuidados, su efectiva provisión y la eficiencia en el uso de todos los recursos disponibles (en la familia, en la comunidad o en el mercado) en un modelo integrado domicilio-comunidad-institución. El modelo residencial “distribuido” para personas mayores significa un cambio radical en el concepto de la institucionalización residencial, para evolucionar hacia “hubs logísticos” de provisión de cuidados en microáreas urbanas (19), y necesitará también de modelos capitativos de financiación sociosanitaria.

«Promueve un modelo holístico, integrado en la comunidad y con equipos profesionales con un alto grado de autogestión»



Elementos para seguir con la reflexión

5



«Permitir afianzar una sociedad más cohesionada y resiliente en términos económicos y sociales»

La reciente crisis de la COVID-19 nos permite aprovechar las oportunidades para conseguir una economía más competitiva asentándose no solo en la innovación y las capacidades de las personas, sino también en la integración y valoración del trabajo de los cuidados, tanto como trabajo remunerado (en el mercado) como en trabajo no remunerado (que incluye las tareas domésticas y de cuidado) (20). La integración de este enfoque en las medidas de reconstrucción y renovación pueden permitir afianzar una sociedad más cohesionada y resiliente en términos económicos y sociales.



Al igual que, en su momento, la concienciación social sobre los retos medioambientales ha activado estrategias sólidas de mejoras en la competitividad a través de compromisos en políticas económicas basadas en el *green deal* (21), la conciencia social sobre la necesidad de reforzar la economía de los cuidados como uno de los pilares de la reconstrucción económica post COVID-19 también nos plantea algunos elementos de reflexión:

- **Necesidad de soluciones económicas y de gestión colaborativas:** que más allá de la colaboración público-privada amplíen el perímetro de colaboración e implementación al ámbito comunitario. De esta manera, se puede favorecer la construcción de cadenas de valor resilientes con nuevas interacciones sociales, técnicas y económicas entre el “Estado”, el “mercado” y la “comunidad”. La equidad en el cuidado y su sostenibilidad financiera también puede requerir establecer sistemas de copago justos.
- **Necesidad de ecosistemas más productivos y competitivos en la economía de los cuidados:** que permitan conectar a las empresas (especialmente locales) con otros agentes (públicos o comunitarios) para mejorar sus capacidades de diagnóstico y análisis de las problemáticas, especialmente de los colectivos frágiles (personas mayores dependientes), y mejoren así sus soluciones técnicas (innovación digital) y de negocio (modelos de reembolso y pago) en la economía de los cuidados. Y que, a la vez, proporcionen puestos de trabajo dignos y atractivos, con carreras profesionales verticales y horizontales en estrecha relación con el sector sanitario.
- **Necesidad de modelos de reactivación económica anclados en la legitimidad social:** en base a grandes retos sociales (como la transición demográfica y la revolución digital) que permitan orientar las estrategias empresariales, individuales y de las políticas públicas (bajo el paradigma de un sector público “emprendedor”) hacia estrategias socialmente compartidas y legitimadas. La tecnificación del sector debe ser vista como una oportunidad industrial de primer orden en campos como la domótica, la robotización, la inteligencia artificial, las tecnologías de la información y la comunicación, o las adaptaciones de los hogares.

«Favorecer la construcción
de cadenas de valor
resilientes con nuevas
interacciones sociales,
técnicas y económicas»



- (1) Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del estado del bienestar*. Edicions Alfons el Magnanim-IVEI. Valencia.
- (2) https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/07_en_profundidad_julia-rojas_bcn25_es.pdf [Consulta: 15/07/2020].
- (3) Mazzucato, M. (2013). *The Entrepreneurial State: debunking public vs. private sector myths*. Athens.
- (4) Lewis, J. (1992). «Gender and the Development of Welfare Regimes». *Journal of European Social Policy* nº 3.
- (5) Sainsbury, D. (1996). *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge University Press. (Ed.) (1999). *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford University Press.
- (6) https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2018_05.pdf
<https://www.upf.edu/web/catedra-politica-economica-local/la-politica-de-atencio-domiciliaria-barcelona-estocolmo-y-copenhague> [Consulta: 15/07/2020].
- (7) INE (2019). Informes- Envejecimiento en red. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf> [Consulta: 05/07/2020].
- (8) López-Casasnovas, G., y Beiggelman, M. *La nueva economía de la soledad. Soledad y salud de las personas mayores*. Colección Health Policy Papers 2020-03_GL_MB (2020).
- (9) Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., y Layton, J. B. (2010). *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review*. PLOS Medicine.
- (10) McDaid, D., Park, A., y Knapp, M. *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*, 2017.
- (11) Wilson, J. et al. (2020). *Los impactos socioeconómicos de la COVID-19 en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. <https://www.orquestra.deusto.es/images/investigacion/publicaciones/informes/informes-especiales-covid-19/200013-Los-impactos-socioeconomicos-COVID-19-comunidad-autonoma-Pais-Vasco-CAST.pdf> [Consulta: 29/06/2020].
- (12) Geels, F. W., y Schot, J. (2007). *Typology of sociotransition pathways*, *Research Policy*, 36(3): 399-417.
- (13) Williams, K., Stafford, C. y Elliot, C. (2019). *The Foundational Economy, Renewal: A Journal of Social Democracy*, 27(2).
- (14) Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (Ed.). (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- (15) Patulny, R. V., y Svendsen, G. L. H. (2007). *Exploring the social capital grid: bonding, bridging, qualitative, quantitative*. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 27 (1/2), 2007, 32-51. DOI: 10.1108/01443330710722742.
- (16) Moreno-Colom, S. (2018). La acción comunitaria y los cuidados a domicilio. Vega Solís, C., Martínez Buján, R., y Paredes Chauca, M. (Eds.), *Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida* (pp. 147-166). Recuperado de: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS-UTIL_cuidados_reducida_web.pdf
- (17) <https://www.buurtzorg.com/>
- (18) Moreno-Colom, S. (2020). *Creando comunidad desde lo público: el caso de las "superilles socials" del Ayuntamiento de Barcelona*. Informe inédito. Área de Drets Socials, Ajuntament de Barcelona.
- (19) Rotelli, F., Gallio, G., y Entrar Afuera. (2018). *Futuro anterior de la ciudad social. Reflexiones desde la experiencia de atención sanitaria territorial en Trieste*. In Vega Solís, C., Martínez Buján, R., y Paredes Chauca, M. (Eds.), *Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida* (pp. 125-146). Recuperado de: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS-UTIL_cuidados_reducida_web.pdf
- (20) <https://www.orquestra.deusto.es/eu/zer-berri/albisteak-ekitaldiak/beyondcompetitiveness/1972-economia-cuidados-pilar-competitividad-eu> [Consulta: 05/07/2020].
- (21) https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_en [Consulta: 05/07/2020].



Las Ciudades que Cuidan

son ciudades amigables, compasivas, inteligentes y saludables, donde en el núcleo del modelo late con fuerza el concepto de cuidar, como el alma de la nueva urbe.

Una ciudad que cuida

ha de ser referente para que sus ciudadanos puedan envejecer activa y saludablemente, integrando los valores y los procesos que permitan abordar el final de la vida en paz y dignidad, enmarcada en un entorno de innovación y conocimiento basado en la creatividad y alta tecnología, y comprometida con la promoción y protección de la salud de todos sus ciudadanos.



www.ciudadesquecuidan.com