

POR UN ESTATUTO DE LAS PROFESIONES SOCIOSANITARIAS

JOSÉ LUIS BERMEJO LATRE
Universidad de Zaragoza

SUMARIO: I. ESTADO DEL BIENESTAR Y DEMOCRACIA DEL CUIDADO: DOS CONCEPTOS JURÍDICOS SOLAPADOS.– II. EL FACTOR HUMANO EN LA PROVISIÓN DE BIENESTAR PSICOFÍSICO.– III. LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS: ¿SANITARIOS, SOCIALES O TERTIUM GENUS?: 1. Los servicios sociosanitarios como servicios sanitarios. 2. Los servicios sociosanitarios como servicios sociales. 3. Los servicios sociosanitarios como servicios para (contra) la dependencia.– IV. LA ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS.– V. LA ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SOCIOSANITARIAS.– VI. RECAPITULACIÓN Y PROSPECTIVA.– VII. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN: Tras identificar el novedoso concepto de cuidados con el de bienestar psicofísico y social, el trabajo evidencia que el espacio intersticial entre los servicios sociales y los sanitarios ha sido ocupado por el sistema de atención a la dependencia, cuyos profesionales, a diferencia de los sanitarios, no cuentan con una regulación específica que los individualice, los proteja y los prestigie. El trabajo aboga por un estatuto de las profesiones sociosanitarias construido a imagen de la regulación de las sanitarias, examinando los elementos esenciales de ésta y proyectándolo sobre aquéllas.

Palabras clave: Estado de bienestar, Estado cuidador, servicios sociosanitarios, profesiones sanitarias, profesiones sociosanitarias.

ABSTRACT: *Te paper links the new concept of care with that of psychophysical and social well-being, showing that the interstitial space between social and health services has been occupied by the system of care for dependency, whose professionals, unlike health professionals, are not covered by a specific regulation that individualizes, protects and gives them prestige. The paper argues for such a regulation for the social and health care professions, inspired in the regulation of health care professions, whose main elements are highlighted for that purpose.*

Key words: *Welfare State, Caring State, health-social care services, health professionals, health and social professionals.*

I. ESTADO DEL BIENESTAR Y DEMOCRACIA DEL CUIDADO: DOS CONCEPTOS JURÍDICOS SOLAPADOS

El Estado del bienestar es una dimensión esencial de nuestro sistema político, y ostenta la condición de categoría constitucional, aunque se halle positivizado

bajo la menos seductora fórmula de «Estado social». Justificado a partir de la «procura existencial» teorizada por Ernst FORTSHOFF en 1938 y consagrado en virtud de las propuestas de William BEVERIDGE en 1942 (hay precedentes en Dinamarca y Suecia); edificado a partir de la segunda mitad del siglo XX con materiales recurrentes en el ámbito europeo (intervención pública en la economía, aseguramiento estatal frente a contingencias vitales, servicios públicos universales de carácter asistencial o prestacional); traducido en un complejo sistema de normas sectoriales y de organización burocrática... el Estado del bienestar ha padecido ciclos sucesivos de auge y declive, y ha recibido diversas denominaciones (Estado asistencial, provisor, garante, protector, amparador), expresivas de la evolución de una realidad plenamente consolidada a escala jurídica e institucional y profundamente interiorizada a escala social.

El Estado del bienestar es, por lo tanto, un concepto y un hecho jurídico y social, no meramente un constructo teórico ni una figura abstracta o programática. Así lo demuestra la vastedad de la regulación que lo articula, la ubicuidad de las autoridades que lo materializan y una conciencia colectiva que lo considera como una de las vocaciones primordiales del aparato público, cual es la satisfacción de las necesidades y aspiraciones vitales de los individuos. Dejando aparte la injusta postergación de ciertas actividades económicas ejercidas, respaldadas o fomentadas por los poderes públicos (ya sean calificados como «servicios de interés general» o no), el Estado del bienestar español se ha identificado tradicionalmente con sus llamados «tres pilares», consistentes en una terna de sistemas de servicios públicos denominados, en terminología del Derecho de la UE, como «no económicos de interés general» o «de solidaridad» (educación, sanidad y servicios sociales) (1). Sin embargo, la amplitud y elasticidad del concepto de servicios sociales y el

(1) El concepto jurídico euroundinense se verifica en la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo y el Comité de las Regiones, de 20 de noviembre de 2007, que acompaña a la Comunicación «Un mercado único para la Europa del siglo veintiuno» – Servicios de interés general, incluidos los sociales: un nuevo compromiso europeo [COM (2007) 725 final. En este documento se expone que «los servicios sociales pueden ser de naturaleza económica o no económica dependiendo de la actividad considerada. (existen) dos grandes tipos de servicios sociales: en primer lugar, regímenes de seguridad social (...) que cubren los principales riesgos en el transcurso de la vida, como los vinculados a la salud, el envejecimiento, los accidentes laborales, el desempleo, la jubilación y la incapacidad; en segundo lugar, otros servicios proporcionados directamente a la persona como los servicios de asistencia social, servicios de empleo y formación, vivienda social o asistencia sanitaria de larga duración». Sobre la distinción entre servicios de interés general «económicos» y «no económicos», vid. VIDA FERNÁNDEZ, J.: «Los servicios públicos de solidaridad en la Unión Europea: Los límites del mercado único y la competencia en los servicios de interés general», en QUADRA-SALCEDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, T. (dir.): *Los servicios públicos tras la crisis económica. En especial la asistencia sanitaria en la Unión Europea*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2017, pp. 27-135; en particular, p. 35.

propio carácter proteico de la noción de Estado del bienestar han propiciado, por un lado, el acrecentamiento del citado tercer pilar (la constante y creciente multiplicación de las actividades y prestaciones provistas bajo esta rúbrica) y, por otro, la erección de un cuarto (el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, vulgo «la dependencia»).

Otros factores contribuyen todavía a ensanchar los límites de la noción de Estado del bienestar, tales como la paulatina inclusión de nuevas actividades y prestaciones públicas bajo la rúbrica de la sanidad (originariamente solo asistencial o reactiva, hoy también preventiva y proactiva), la progresiva extensión del ámbito de la educación universal (por ejemplo, el primer ciclo de educación infantil) y la asunción de responsabilidades asistenciales por los poderes públicos en los campos del bienestar señalados por el art. 50 de la Constitución adicionales a la salud y a la suficiencia económica en la vejez: la vivienda, la cultura y el ocio.

Como se puede apreciar, el Estado del bienestar es una realidad jurídica y fáctica de carácter estructural en nuestro sistema jurídico y administrativo, abierta a nuevas manifestaciones y, sobre todo, incuestionable para una sociedad confiada en su capacidad de respuesta ante cualquier contingencia o carencia colectiva emergente. Este carácter magmático y adaptativo mueve a reflexionar sobre los límites sustantivos, aunque también terminológicos, del propio concepto de Estado del bienestar. Dicho de otro modo, cabe la duda de si con el Estado del bienestar se ha llegado al «fin de la Historia del Estado», hasta el punto de que la aparición de nuevas necesidades humanas o la transformación de las existentes reconduciría siempre a la esfera de lo público para obtener satisfacción. De ser así, sería ocioso explorar y formular términos innovadores o rupturistas, como por ejemplo los vinculados al «cuidado», tan en boga últimamente.

En efecto, el cuidado de las personas se ha colocado en el centro del interés de la academia, las instituciones y el público en general, hasta el punto de que al mismo se dedica todo un Objetivo de Desarrollo Sostenible (el 5.4, que aspira a reconocer los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados, promover la responsabilidad compartida en el hogar y la familia y proporcionar servicios esenciales y protección social) (2).

Las bases conceptuales sobre las que se viene asentando esta atención emergente fueron sentadas desde el ámbito de la sociología y politología estadounidense en la década de los 80 del siglo XX (3). La teorización del concepto

(2) En la 9ª Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales celebrada en junio del 2022 tuvo lugar el «Foro sobre la sociedad del cuidado» bajo los auspicios de Naciones Unidas y varias ONGs (Fundación Friedrich Ebert y OXFAM).

(3) El primer apunte específico sobre el concepto de «cuidado» se debe a TRONTO, J.: «Beyond Gender Difference to a Theory of Care», en: *Signs: Journal of Women in Culture and*

de cuidado acusa un sesgo marcadamente feminista y un tanto naif, como lo demuestra la definición consagrada literariamente: «una actividad concreta que incluye todo lo que hacemos para mantener, reproducir y reparar nuestro mundo de modo que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestro cuerpo, a nosotros mismos y nuestro entorno, todo lo cual tratamos de entretrejer en una compleja red que sustenta la vida» (4).

De este movimiento intelectual en pos del cuidado de las personas cabe extraer y validar la necesidad de fortalecer las políticas públicas de asistencia y provisión de las necesidades físicas y psicológicas más elementales del ser humano, en un contexto de transformaciones desafiantes (drástica inversión de la pirámide demográfica, dilatada prolongación de la tercera edad, constante elevación de las expectativas sobre la propia calidad de vida, notable incremento de ciertas dolencias o trastornos neurológicos, etc.). Así concebido, el cuidado sería un componente primordial del bienestar y se podría identificar con la atención integral a los individuos, cabe entender que a aquéllos más o menos privados de la plena autonomía que se predica del ser humano. Nada distinto, por lo tanto, de la función primordial que dispensan los servicios públicos de los tercer y cuarto pilar del Estado del bienestar, al menos en la experiencia española.

Sin perjuicio de esta coincidencia esencial entre los cuidados a las personas y los servicios sociales y de atención a la dependencia, lo cierto es que la acuñación de este concepto primario ha dado lugar a otros derivados («ética del cuidado», «sociedad del cuidado» y «democracia del cuidado»), que parecen más bien recursos léxicos para enfatizar la importancia de los cuidados más que una vindicación de éstos como único factor articulador de la organización social, lo cual rayaría en la utopía. Dando por buena la intención

Society vol. 12, University of Chicago, 1987, pp. pp. 644-663. Se trata de una reseña de GILLIGAN, C.: *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge and London, Harvard University Press, 1982. Posteriormente, Joan TRONTO publicaría el libro *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*, Routledge, Nueva York, 1993. El culmen de su pensamiento se encuentra en su obra *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York University Press, Nueva York, 2013, donde la autora propone avanzar hacia una «democracia cuidadora», que visibilice y abra la discusión sobre las responsabilidades del cuidado en la sociedad. TRONTO argumenta que el cuidado está en el centro de la vida humana, pero actualmente fuera de la política (discurre sobre la experiencia norteamericana). Para acercarme a la obra de TRONTO sigo la pista trazada por ARAUJO GUIMARÃES, N.: «Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿hay luz al fin de ese túnel?», en BATHYÁNY, K.; PERROTTA, V.; PINEDA DUQUE, J.A. (coords.): *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*, UNRISD, 2024; pp. 65-90.

(4) El «sesgo feminista» de la teorización es constatable, no meramente opinable, ya a partir del propio título de la pieza en la que se expone: vid. FISHER, B.; TRONTO, J.: «Toward a feminist theory of caring», en ABEL, E. Y NELSON, M. (eds.): *Circles of Care: Work and identity in women's lives*, SUNY Press, Nueva York, 1990, pp. 35-62 (en especial p. 40).

y el esfuerzo científico en pos de una teoría del cuidado, cumple reconocer que sus propósitos están cubiertos de antemano y de sobra por la teoría y, sobre todo, por la realidad jurídica y práctica del Estado de bienestar de matriz europea. La intensión y, sobre todo, la amabilidad del término «cuidado» lo hace preferible a locuciones más largas («atención a la dependencia») o menos precisas («servicios sociales») a la hora de referirse a las actividades y prestaciones desempeñadas por los profesionales sociosanitarios, que son el objeto de este trabajo.

II. EL FACTOR HUMANO EN LA PROVISIÓN DE BIENESTAR PSICO-FÍSICO Y LA CONVENIENCIA DE SU REGULACIÓN HOMOGÉNEA

Como se acaba de exponer, el Estado del bienestar es una realidad preexistente y parcialmente coincidente, en todo caso comprensiva, de la denominada democracia del cuidado. Lo que no se ha afirmado, por obvio, es que la porción del Estado del bienestar relativa a las prestaciones de carácter sociosanitario se refiere al *an* y al *quantum* de responsabilidad pública o estatal sobre las mismas, que puede eclipsar, pero no ocultar, la existencia de un mercado donde la sociedad requiere y obtiene libremente actividades y recursos sociosanitarios de todo tipo. Este mercado es a su vez preexistente y coexistente con el Estado del bienestar aunque opera en condiciones de competencia casi perfecta, se encuentra bastante fragmentado, cuenta con una regulación para algunas de sus dimensiones (principalmente la tutelar de los consumidores y usuarios, así como la laboral o profesional de los prestadores) y tiene una serie de fallos (desigualdad distributiva de rentas, falta de transparencia, consideración de los cuidados como bien público) que, lógicamente, han sido determinantes para el surgimiento y crecimiento de aquél. Este trabajo se centra en el análisis de la regulación de la dimensión laboral o profesional de los agentes prestadores de cuidados, en particular de los operadores del Estado del bienestar dedicados a los cuidados. Resulta desolador comprobar la ausencia de referencias al factor humano en los análisis prospectivos sobre los servicios sociosanitarios, análisis normalmente enfocados en las necesidades materiales tales como la disponibilidad de centros y plazas, nuevas modalidades de prestaciones y modelos alternativos de financiación (5).

En el plano estrictamente privado, el cuidado de las personas, entendido como cualquier actividad que permite la regeneración del bienestar físico y emo-

(5) Por poner un ejemplo, vid. MANCEBÓN TORRUBIA, M.J.; SÁNCHEZ-SÁNCHEZ A.: «Envejecimiento y dependencia», en MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J.L.; GONZÁLEZ SEARA, L. (coords.): *Las estructuras del bienestar: propuestas de reforma y nuevos horizontes*, Civitas, Madrid, 2002, pp. 344-347.

cional de los individuos, es una ocupación primaria y tradicionalmente propia de las familias, cualquiera que sea el concepto de familia que se maneje. No obstante, su consideración como sostén de una economía próspera y sostenible, sumado a las carencias de las familias, la ha convertido en una actividad también propia de un mercado que, desde el punto de vista laboral o profesional, presenta indistinta y simultáneamente desafíos y oportunidades. La escasez relativa de prestadores, la falta de estructuras que los aglutinen (más allá de los sindicatos y de los pocos conglomerados empresariales que han desembarcado en el sector), las carencias reputacionales y retributivas pueden ser observadas como indicadores de las reformas normativas necesarias para mejorar el estado de cosas (6).

Centrando la mirada en la situación del personal sanitario, particularmente del integrante de los servicios públicos de salud, PEMÁN GAVÍN advierte de las señales de agotamiento y desaliento en médicos y personal de enfermería, y constata las necesidades de relevo generacional derivadas de las situaciones de baja laboral y de la jubilación de numerosos profesionales. Todo

(6) Las perspectivas del mercado de trabajo de cuidados y salud en España a medio plazo son, según se analicen los datos del informe «Empleos del mañana: Sociales y Verdes» del Foro Económico Mundial (Davos), alentadoras y a la vez preocupantes. Por un lado, el sector ofrece oportunidades de crecimiento como para casi triplicar el número de profesionales en 2030 (se necesitan c. 920.000 puestos más respecto a los c. 564.000 actuales). Por otro, el sector se ve aquejado de una precariedad y desprestigio que obligará a mejorar las condiciones y formación de los profesionales para dignificarlo y hacerlo atractivo. En este sentido, el «Documento de bases orientado a la mejora de los cuidados» elaborado por el Instituto de las Mujeres con vistas a la composición de una «Estrategia Estatal de Cuidados» retrata las carencias y desafíos del sector, a saber: la «familiarización» de los trabajos de cuidado, mayoritariamente desarrollados en el seno doméstico y de forma generalmente no remunerada, o su «mercantilización» cuando se prestan de forma profesional; la «feminización» y «racialización» de un sector copado por mujeres e inmigrantes; la desestructuración e indefinición de las categorías y cualificaciones profesionales y la relativa invisibilidad estadística y jurídica del sector, lo cual dificulta la observación, redefinición y protección de las condiciones laborales de los cuidadores; la escasez y desigualdad en el acceso a unos servicios de cuidados adecuados y a una asistencia para los cuidadores no profesionales (asesoramiento, apoyo psicológico o sustitución temporal); la falta de formación de los cuidadores no profesionales y su propensión a la sobrecarga, que puede desembocar en problemas de salud mental (*burnout*) y física... El documento aboga por una mejora de las condiciones de los cuidadores, brindándoles formación inicial y continua de alta calidad y apoyo psicológico, y apuesta por una total integración del sector de los cuidados en un eventual sistema estatal público con una planificación realista y un impulso a la colaboración público-comunitaria, una mayor y mejor coordinación de los recursos, servicios y prestaciones públicos disponibles. En esta última línea abunda el informe de la OIT «De la crisis mundial de los cuidados a unos cuidados de calidad en el hogar: argumentos para incluir a los trabajadores domésticos en las políticas de cuidados y garantizar sus derechos laborales», si bien la preocupación de la OIT es la pertenencia de los cuidadores a los sistemas de protección sociolaboral, objetivo ya plenamente alcanzado España sin perjuicio de las carencias derivadas de que los cuidadores sean en ocasiones considerados como meros «empleados de hogar», etiqueta que les priva de algunos derechos (por ahora, todavía, de los beneficios del sistema de protección frente al desempleo).

ello enrarece el clima laboral, genera tensiones y expresiones de descontento y conflictos colectivos, incluida la huelga (7). Esta situación es preocupante dada la enorme importancia cuantitativa (la cualitativa es casi incalculable) del personal sanitario público, que exige un tratamiento escrupuloso, consciente de la trascendencia de las políticas públicas que afecten a este colectivo (8).

En el contexto descrito, los profesionales sanitarios cuentan al menos con una regulación cierta y coherente en lo tocante a su formación y titulación (y colegiación), acceso al empleo y progresión o carrera, contenido de las profesiones, derechos y deberes en su ejercicio profesional, responsabilidad civil, penal, sancionadora y en su caso disciplinaria. Todas estas cuestiones están contempladas en la normativa aplicable, que se proyecta sobre los profesionales tanto del sistema público como del mercado privado, presentando en algunos aspectos ciertas intersecciones (por ejemplo, la colegiación o la responsabilidad penal y civil) (9).

Pero bien distinta es la situación de los profesionales del cuidado no estrictamente sanitarios (en adelante, los profesionales sociosanitarios, tanto públicos como privados). Su relevancia numérica y económica es menor en comparación con la de los sanitarios, como también menor es la visibilidad de los servicios sociales respecto de los sanitarios, debido a su menor demanda en el mercado de cuidados (y en el Estado del bienestar) (10).

(7) PEMÁN GAVÍN, J. M.: «Debilidades en la cohesión sanitaria. Un balance tras dos décadas de vigencia de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud», en *Revista de Estudios de la Administración Local y Autónoma* n° 21, 2024, pp. 3-30.

(8) Los datos, extraídos de una experiencia regional pero fácilmente extrapolables al conjunto del Estado, ejemplifican esta importancia cuantitativa: conforme a los estados económicos recogidos en la Ley 17/2023, de 22 de diciembre, de *Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón para el ejercicio 2024*, de los c. 2.940 millones de euros correspondientes al capítulo de gastos de personal, c. 1.340 corresponden al del servicio aragonés de salud (bien que no solo sanitario). El 52% del presupuesto del citado servicio, cuyo coste total es de c. 2.600 millones de euros se aplica a gastos de personal. El gasto público total de la Comunidad Autónoma asciende a c. 8.500 millones de euros. A su vez, según los datos recogidos por el Instituto Aragonés de Estadística relativos a diciembre de 2023, de unos 60.400 empleados al servicio de la Administración aragonesa en total (datos), aproximadamente 27.000 pertenecen al Servicio Aragonés de Salud. Las conclusiones son elocuentes: un tercio de la Administración es servicio sanitario, la mitad del personal público se dedica a la sanidad, y la mitad de la sanidad corresponde al capital humano.

(9) La normativa aplicable consiste, reducida a sus exponentes de la máxima jerarquía, en los arts. 34 a 43 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de *cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* (LCCSNS), la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de *ordenación de las profesiones sanitarias* (LOPS) y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del *Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud* (LEMPESS).

(10) Una menor visibilidad que no puede ocultar una realidad representada por el 3,5% del total de afiliados al sistema de la Seguridad Social, un total de 724.956 trabajadores (en abril de 2024), de los cuales c. 39% se dedican a la asistencia en establecimientos

Acaso por estos motivos se les dedica una regulación bastante más dispersa y difícilmente trazable, menos robusta, a pesar de la proximidad conceptual y de las coincidencias temáticas y prácticas de ambos entornos (el sanitario y el sociosanitario). No es posible nombrar repentinamente ni siquiera una sola ley, no digamos ya varias, homólogas a las tres citadas que incorporan el estatuto del personal sanitario público y privado en España. Esta carencia alienta la hipótesis que se pretende validar en este trabajo: la conveniencia de reconstruir un ordenamiento jurídico de las profesiones sociosanitarias a semejanza, y con los materiales que resulten utilizables, de la regulación de las profesiones sanitarias.

III. LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS: ¿SANITARIOS, SOCIALES O *TERTIUM GENUS*?

Antes de exponer el régimen jurídico de las profesiones sanitarias como posible modelo de una eventual regulación de las sociosanitarias, cabe cuestionar la sustantividad de este sector o su condición de subsector, híbrido o *tertium genus* a medio camino del sanitario y el social. Importa deslindar, si es posible, los ámbitos de la salud y —si se me permite el término— la menesterosidad, con el fin de encontrar un espacio apropiado en el que ubicar la salud y bienestar psicofísicos, con ello los recursos dedicados a su consecución y, finalmente, el capital humano responsable de la misma. Tanto más fácil (o, en su caso, innecesario) será proyectar el esquema regulatorio de las profesiones sanitarias sobre las sociosanitarias cuanto más aproximemos el fenómeno de los cuidados al de la salud. Veamos, por lo tanto, qué se entiende por servicios sanitarios y servicios sociales respectivamente, con la dificultad conceptual añadida que entraña la existencia del cuarto pilar del Estado del bienestar (los servicios de atención a la dependencia).

residenciales. La tasa de crecimiento interanual es del 7 %, con una tendencia alcista desde 2017, lo que da idea de la pujanza de este sector, que incluye los puestos de trabajo de varios códigos de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas, relativos a una parte de la Sección Q «Actividades sanitarias y servicios sociales» (las divisiones de «Asistencia en establecimientos residenciales» y 88 «Actividades de servicios sociales sin alojamiento», dentro de los cuales cabe destacar las siguientes: 8710 «Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios», 8720 «Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia», 8731 «Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores», 8732 «Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad física», 8811 «Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores», 8812 «Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas con discapacidad»). En estas cifras se incluyen los cuidadores no profesionales, que pueden suscribir un convenio especial con la TGSS en virtud del RD 615/2007 y que constituyen el 11,1% del total del sector (80.321 en el primer trimestre de 2024, también con una tendencia alcista).

1. Los servicios sociosanitarios como servicios sanitarios

Si nos atenemos a su norma de cabecera, el sistema sanitario se concibe en el primer artículo de la Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad* (LGS) como un conjunto de «medios y actuaciones... orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades». Más adelante, el art. 18 de la norma enumera las citadas actuaciones (no estrictamente denominadas servicios sanitarios, pero calificables como tales), que abarcan desde la educación en salud hasta el control de los productos alimentarios y terapéuticos, pasando por las acciones más reconocibles como actividades prestacionales: la atención y asistencia para la curación y rehabilitación de dolencias, la detección precoz, prevención y reducción de discapacidades y deficiencias congénitas o adquiridas, la orientación para la planificación familiar, la mejora de la salud mental y de la salud laboral. La concreción del número y del contenido de estos servicios públicos asistenciales en sentido funcional se realiza mediante la disposición reglamentaria de las prestaciones en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, *por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, conforme a las reglas genéricas de la LCCSNS (arts. 8 y ss.).

Particular atención merece, del amplio conjunto de servicios regulados por estos instrumentos, la prestación de asistencia sociosanitaria, que comprende, según reza el art. 14 LCCSNS, «el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social» (11).

Conforme a este diseño, los servicios sociosanitarios gozarían de entidad y contenido propios, aun formando parte de un conglomerado mayor (los servicios sanitarios). No obstante, la mera lectura del art. 14 LCCSNS alienta muchas dudas sobre la naturaleza y extensión reales de este subsector. En efecto, el subsector aglutina el «conjunto de cuidados» (¿solo los vinculados a

(11) La categoría formal todavía se remonta unos pocos años antes, cuando el artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril, *de habilitación de nuevas formas de gestión del Servicio Nacional de Salud*, aludió a los servicios y establecimientos de «atención sanitaria o sociosanitaria». Seguidamente, el apartado 1.3 del Acuerdo parlamentario sobre consolidación y modernización del SNS (aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de diciembre de 1997), formuló una serie de propuestas en relación con la «asistencia sociosanitaria». En 1999 el Defensor del Pueblo elaboró un Informe sobre la atención sociosanitaria a las personas mayores («La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos»). Todo ello no significa que los servicios sociosanitarios no existieran con anterioridad, sino que entraron con derecho propio en el discurso de las políticas públicas en la antesala del cambio de siglo.

la salud u otros de todo tipo, por ejemplo los relacionados con la alimentación o la movilidad?) destinados a aquellos «enfermos» (¿han de ser personas con patologías diagnosticadas y estar recibiendo tratamiento recurrente?) que sean potenciales beneficiarios «por sus especiales características» (¿cuáles son? ¿la edad? ¿la discapacidad? ¿la pobreza?... solo la cronicidad, pero sin perjuicio de otras innominadas, se contempla en la norma) de la «actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales» (¿han de tener los usuarios sendos expedientes abiertos ante las Administraciones sanitaria y social respectivamente?) para «aumentar su autonomía» (¿no es este el cometido principal del SAAD?), «paliar sus limitaciones o sufrimientos» (aquí no hay duda de que los cuidados paliativos son de naturaleza estrictamente sanitaria, pues se dispensan mayoritariamente a través de fármacos) y «facilitar su reinserción social» (¿han de ser los usuarios objeto de exclusión social conforme a la normativa sectorial que les resulte aplicable?). Además, la norma precisa, sin que se sepa el alcance restrictivo que pueda tener el inciso «en el ámbito sanitario» (¿se refiere a la atención en centros sanitarios o al propósito de mejora de la salud?), que la atención sociosanitaria se debe llevar a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine, pero incluyendo siempre los cuidados sanitarios de larga duración (¿cuán larga?), la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. El precepto concluye con una llamada a la garantía de continuidad del servicio, que se debe hacer efectiva por parte de los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes, como no podía ser de otro modo a la vista de la exigencia previa de «actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales». Explícitamente se reconoce, por lo tanto, que los servicios sociosanitarios son sanitarios por mor de la legislación que los regula, por ciertas condiciones de sus usuarios y por el entorno donde se dispensan, pero sociales en todo lo demás (perfil y circunstancias de sus beneficiarios, funciones, finalidad, corresponsabilidad en su prestación...).

Aparte de las inquietudes que provoca la literalidad de la normativa, la praxis revela insuficiencias y problemas vinculados a la asistencia sociosanitaria desde hace casi dos décadas. En el ya remoto año 2005, se constataba la peculiar situación de los ancianos, discapacitados y enfermos crónicos demandantes de una atención algo más que sanitaria, que quedaban a medio camino entre el SNS y los servicios de acción social (12).

(12) Así se advertía desde la oficina del Defensor del Pueblo: «... una especial consideración debe concederse también a las quejas recibidas en relación con enfermos crónicos, o en fase muy avanzada de su enfermedad, a quienes se les concede el alta hospitalaria y, sin embargo, no pueden ser atendidos, con las condiciones que su estado requiere, en el propio domicilio, o no encuentran residencia asistencial alternativa donde ser

Por estas razones no resulta del todo verídico que los servicios sanitarios engloben sin más a los sociosanitarios, o que éstos conformen un subsector especializado dentro de un sector superior (los sanitarios). Otras dificultades impiden esta visión simplista, principalmente la disociación de responsabilidades en ambos ámbitos (autonómicas para lo sanitario, autonómicas y/o locales para lo social), que una resonante invocación a la necesaria coordinación no basta para despejar. Tampoco es desdeñable la diferencia entre recursos aplicables a cada servicio, incluidos los humanos. La robustez de la regulación del personal es distinta en cada entorno, pero también hay notables diferencias entre los centros y los medios materiales necesarios para la dispensación de las prestaciones, a pesar de las posibles coincidencias. De cualquier modo, el hecho es que la atención sociosanitaria ocupa una zona gris, confluyente, interseccional... entre la atención o asistencia social y la sanitaria (13).

ingresados. Ello muestra la importancia de poner el acento en la necesidad de configurar recursos sociosanitarios, ámbito que compone un quinto bloque de quejas, las que hacen mención a la atención sociosanitaria. En estas quejas se plantea la situación de aquellas personas que, por no precisar un tratamiento exclusivamente sanitario ni requerir solo una atención social, encuentran dificultades para solucionar sus problemas, al no ser cabalmente atendidos ni por el Sistema Nacional de Salud, ni por los sistemas de acción social. Esta situación, que adquiere todavía una mayor dimensión a causa de los cambios demográficos que están acaeciendo en España y en todos los países de nuestro entorno, derivados fundamentalmente del aumento de la esperanza de vida y la escasa tasa de natalidad, exige que se preste una especial atención a la planificación, organización y gestión de la asistencia socio-sanitaria. Si bien la preocupación de las Administraciones Públicas por desarrollar una atención sociosanitaria coordinada es una constante desde los años ochenta y han sido varios los esfuerzos desarrollados en este sentido, tanto por las comunidades autónomas como por la Administración del Estado, lo cierto es que persisten problemas en la atención a los ancianos, discapacitados y enfermos crónicos, extremo sobre el que el Defensor del Pueblo, con ocasión de la elaboración de un informe sobre la atención sociosanitaria en España, formuló diversas recomendaciones a las Administraciones Públicas competentes, en orden a la adopción de acuerdos para dar respuesta a las necesidades de los segmentos de la población que precisen la atención integral de medidas sanitarias y sociales». BENITO ANGUITA, F.: «Retos inmediatos de la Sanidad desde la perspectiva del Defensor del Pueblo», *Revista de Derecho y Salud* 13, 1 (2005), p. 39.

(13) Resulta patente «la multidimensionalidad de lo sanitario y del carácter borroso de las fronteras que separan la asistencia sanitaria respecto a otras problemáticas próximas o afines», por ejemplo, las actuaciones realizadas en ámbitos sanitarios pero con una conexión indirecta con la salud de los afectados. Más visible es el hecho de que «los servicios de salud entran en contacto forzosamente con situaciones de necesidad en las que las cuestiones de salud aparecen estrechamente vinculadas a otros aspectos o perspectivas, por ejemplo la atención a las personas con enfermedades crónicas o degenerativas y a las personas de edad avanzada con limitaciones funcionales importantes, atención que requiere una asistencia que va más allá de lo estrictamente sanitario» (por ejemplo, el tratamiento de adictos y de determinados enfermos mentales): vid. PEMÁN GAVÍN, J.: «Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro», en *Revista de administración pública* n° 156, 2001, pp. 101-154, en especial pp. 112 y 113.

Bien es cierto que cualquier contingencia que se produzca en esta zona gris se termina reconduciendo al amplio concepto de «salud», que abarca cualesquiera prestaciones y cuidados de carácter preventivo, curativo, rehabilitador y, finalmente, paliativo. No ha hecho falta esperar a la actual floración del interés por la salud mental para entender que no solo importa la corporal, o que ambas se retroalimentan. Ya en 1966 el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refería al concepto de «salud física y mental», análogo al de «integridad física y psíquica» recogido en el art. 3 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (14). Toda circunstancia social, económica, habitacional, ambiental e incluso cultural redundaba en la salud de los individuos, y la salud es a la vez el presupuesto de la plena dignidad y autonomía de las personas. Aunque parezca osado, es posible reclamar a este efecto la vigencia del concepto de *One Health*, reconocido y utilizado a escala mundial para significar la interconexión entre el medio ambiente, la salud humana y la sanidad animal, y la necesidad de abordar el fenómeno de la enfermedad de manera integral: en este caso, la dignidad y la autonomía personal sería también un componente de la «salud unitaria» (15).

2. Los servicios sociosanitarios como servicios sociales

Venimos, pues, al segundo espacio contiguo al estrictamente sanitario, llámese sistema de servicios sociales, de asistencia social (según el art. 148.1.20º de la Constitución, cuando lo nombra título competencial genuinamente autonómico) o de acción social (según la expresión más usual en la doctrina especializada: GARCÉS SANANGUSTÍN, BELTRÁN AGUIRRE, VAQUER CABALLERÍA y MORENO REBATO). Originariamente predispuesta por el art. 50 de la Constitución para atender los problemas específicos de «salud, vivienda, cultura y ocio», la acción social ha ido desplegándose por obra de las Comunidades Autónomas, responsables de su ordenación y gestión. La exclusividad competencial autonómica no ha logrado desdibujar, sin embargo, las líneas maestras de un sistema articulado en los años sesenta del siglo XX como cierre de la estructura protectora por excelencia (la Seguridad Social), como señala PEMÁN GAVÍN (16).

(14) Sobre el significado o contenido jurídico del derecho a la salud vid. PEMÁN GAVÍN, J.M.: «El derecho constitucional a la protección de la salud: una aproximación de conjunto a la vista de la experiencia de tres décadas de vigencia de la Constitución», en *Revista Aragonesa de Administración Pública* n° 34, 2009, pp. 11-50.

(15) Vid. HERNÁNDEZ SAN JUAN, I.: «Una Sola Salud y un sin número de actores para su gestión transfronteriza», en TOLIVAR ALAS, L.; HUERGO LORA, A. CANO CAMPOS, T. (dirs.): *El patrimonio natural en la era del cambio climático: actas del XVI Congreso de la Asociación Española de Profesores de Derecho Administrativo. Oviedo 3-5 de febrero de 2022*, INAP, Madrid, 2022, pp. 143-154.

(16) PEMÁN GAVÍN, J. M.: «La asistencia social en España: delimitación conceptual y marco jurídico general», en *Documentación administrativa* n° 271-272, 2005, pp. 39-80.

La legislación autonómica de servicios sociales estructura el sistema prestacional de manera dual, ofreciendo prestaciones dinerarias y no dinerarias, es decir, los servicios sociales en sentido estricto. Estos, a su vez, se desdoblaron en generales (o «de base», «comunitarios» o «de atención primaria», de contenido abierto y destinatario universal) y especializados (dirigidos a determinados grupos de población con necesidades concretas, nominalmente identificados: menores, mayores, discapacitados, drogodependientes y adictos, exreclusos, inmigrantes, refugiados y asilados, familias, mujeres, víctimas de la violencia o de catástrofes, minorías étnicas, etc.). Si consideramos únicamente las prestaciones que pueden redundar directamente en la salud de los beneficiarios, encontramos multitud de actividades y procedimientos dirigidos a mantener o mejorar las funcionalidades físicas, psicológicas y mentales: ayuda a domicilio para higiene y alimentación, terapia ocupacional, fisioterapia y rehabilitación, acceso a puntos de lactancia, teleasistencia conversacional, etc. Se trata de un complejo ecosistema cuyos principios, normativa, organización y recursos son perfectamente reconocibles en todo el país, gracias a una herencia común y a la mimesis entre las Comunidades Autónomas.

No obstante, los servicios sociales autonómicos se han desarrollado con distinto ritmo y presentan características diferentes en cada territorio, lo cual genera desigualdades difícilmente asumibles, que la interconexión de los títulos competenciales vinculados a la acción social no ha podido remediar (17). Acaso por ello se haya aprobado recientemente (enero de 2023) un Anteproyecto de ley estatal de servicios sociales, con la previsión de un futuro catálogo común y unos estándares mínimos de calidad de prestaciones y servicios que garantice la misma cobertura mínima en todo el territorio nacional.

A la espera de que fructifique esta iniciativa, y a reserva del diseño definitivo de los mapas de servicios sociales común y autonómicos, solo es posible anticipar

(17) El Estado ha invocado recurrentemente el art. 149.1.1 de la Constitución para justificar su participación accidental en el sistema de servicios sociales, como recuerda GARCÉS SANAGUSTÍN, A.: *Los nuevos retos de los servicios sociales en España*, Epraxis, Madrid, 2012, pp. 78-87. Sin embargo, esta participación accidental se ha tornado en protagonismo con la creación y regulación del Ingreso Mínimo Vital por RDI 20/2020, de 29 de mayo (hoy Ley 19/2021, de 20 de diciembre), operación amparada en la competencia estatal sobre seguridad social del art. 149.1.17º de la Constitución, que ha impactado de lleno sobre la competencia exclusiva autonómica de acción social. La deficiente técnica normativa, como explica VAQUER CABALLERÍA, M.: «El Ingreso Mínimo Vital desde la óptica del derecho público: sus aportaciones al debate sobre el estado social y autonómico», en *Revista de Derecho Público: Teoría y Método*, vol. 5, 2022, pp. 115-142, ha planteado serios problemas de adaptación tanto a las autoridades autonómicas como a los beneficiarios de sus prestaciones dinerarias de subsistencia (salarios sociales, rentas mínimas de inserción o ayudas análogas). Aquéllas han debido reconfigurar sus esquemas propios de subsidio económico convirtiéndolos en complementarios, y éstos se han visto movidos drásticamente de un esquema a otro, viendo cambiar las reglas, los procedimientos y los interlocutores para obtener estos subsidios e incluso su monto.

la visión de una «red integrada de sistemas públicos de servicios sociales» que responda a cuatro grandes clases de «necesidades sociales básicas»: autonomía personal y autocuidado; necesidades materiales básicas en situaciones de emergencia o urgencia social; inclusión, participación social y libre desarrollo de la personalidad; y convivencia, relaciones sociales y familiares en un entorno adecuado y habilitante (art. 16.1 del Anteproyecto). Nada más cabe extraer de este documento en lo tocante a la caracterización de los servicios que permita una filiación sanitaria, social o mixta de los mismos. Pero mucho más interesante resulta la atención que prodiga a los profesionales del ramo —eso sí, de la red de sistemas públicos— en tres de sus preceptos, producto, al parecer, de la intervención del Consejo General del Trabajo Social en el procedimiento prelegislativo.

En particular, los arts. 20, 21 y 22 del Anteproyecto singularizan y denominan a los profesionales de los servicios sociales, admiten la naturaleza laboral o alternativamente estatutaria de su relación profesional, prevén la exigencia de determinados requisitos de titulación, formación y especialización, contemplan la figura del «profesional de referencia» (dotado de funciones de acompañamiento, a regular por cada Comunidad Autónoma) y la de los «equipos interdisciplinarios» (estos sí, formados por personal de asistencia o cuidados), prevén la fijación de ratios de profesionales relativos a los usuarios de los servicios y fijan una serie de derechos y deberes de estos profesionales (derechos a la formación continua y adecuada, al reconocimiento y acreditación de competencias, a la dotación de medios y apoyos necesarios; deberes de atención adecuada a los usuarios, de respeto a sus decisiones propias salvo que sean contrarias al interés superior de menores de edad, de denuncia de las vulneraciones de derechos; derechos-deberes de desarrollo colaborativo de su intervención). Esta información resulta especialmente oportuna y valiosa para el propósito de este trabajo, aunque no despeje la duda de si los servicios sociosanitarios se deben incardinar y dispensar en el sistema sanitario o en el de servicios sociales.

3. Los servicios sociosanitarios como servicios para (contra) la dependencia

Una tercera región del Estado asistencial vendría representada por el denominado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) implantado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, sistema que tiene un endeble soporte constitucional, un arraigo histórico casi nulo pero una elevada y creciente demanda social (18).

(18) Un relato de la evolución orgánica del originario «Servicio Social de Asistencia a Ancianos» (hoy absorbido por el IMSERSO) y de la incorporación —por inspiración del Plan Gerontológico Nacional de 1992— de las prestaciones actualmente identificables en el SAAD,

Este sistema se define como un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, y la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos. La filiación social de estos servicios es clara, pues conforme a lo dispuesto en el art. 16.1 de la LAAD estas prestaciones se integran en la red de servicios sociales de las respectivas Comunidades Autónomas.

En particular, y dejando aparte las prestaciones económicas, de los arts. 2.3 y 28.3 de la LAAD se desprende que los servicios sociosanitarios ofertados en el SAAD son actividades que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia para lograr el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, el reconocimiento de personas y objetos, la orientación, la comprensión y ejecución de órdenes o tareas sencillas. Así pues, y en función del grado de dependencia de cada beneficiario, el SAAD dispensa una serie de servicios agrupados en torno a cinco ejes: (i) promoción de la autonomía personal y prevención de la situación de dependencia, (ii) teleasistencia, (iii) ayuda a domicilio, (iv) estancia diurna y nocturna y (v) atención residencial.

La concreción de los servicios sociosanitarios «de la dependencia» se realiza, de una manera un tanto dispersa, sobre la base del RD 1051/2013, de 27 de diciembre, *por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (19). El desglose de las actividades en las que consisten estas prestaciones permite calificarlas como sociosanitarias o puramente sociales con bastante rigor, a pesar de lo difuso de la distinción: en efecto, hay actividades esencialmente sociales pero incidentalmente sanitarias (por ejemplo, las relacionadas con la preparación de alimentos, la higiene personal o la ayuda a la adquisición de habilidades, capacidades y hábitos personales y de convivencia), y también las hay originariamente sociales pero tendencialmente sanitarias (por ejemplo, la teleasistencia completada con utilidades orientadas al diagnóstico y terapia de patologías) (20).

puede verse en MANCEBÓN TORRUBIA, M.J.; SÁNCHEZ-SÁNCHEZ A.: «Envejecimiento y dependencia», en MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J.L.; GONZÁLEZ SEARA, L. (coords.): *Las estructuras del bienestar: propuestas de reforma y nuevos horizontes*, Civitas, Madrid, 2002, pp. 321-324.

(19) Que a su vez es detallado en el *Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD sobre los criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado II y III* (Resolución de 31 de julio de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad).

(20) *Vid.* la Acción 4.1 del *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023* aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021, consistente en la «implementación de herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y chatbots para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía».

En esta línea, se podría considerar que son servicios sociosanitarios puros (aquellos que trascienden a la mejora del estado de salud de los beneficiarios y se hibridan con cuidados orientados a la garantía del desempeño cotidiano personal y en el entorno) la habilitación y terapia ocupacional, la estimulación cognitiva, el control de la administración del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud, la ayuda para realizar cambios posturales, la promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, la habilitación psicosocial para enfermos mentales o discapacitados intelectuales y la atención temprana a niños con trastornos del desarrollo.

Consecuentemente, un dato muy revelador a nuestros efectos viene ofrecido por las normas que desarrollan las prestaciones relacionadas con la asistencia personal y contemplan la figura del asistente personal, recogiendo los requisitos a cumplir por las personas que ejerzan como tales de manera profesional. Se trata, en extracto, de los siguientes: mayoría de edad, residencia legal, idoneidad para el servicio, ajenidad familiar al beneficiario y afiliación y alta en la Seguridad Social (21). Justamente el requisito de «idoneidad para prestar adecuadamente los apoyos y cuidados», aun carente de parámetro o criterio alguno que permita su verificación, apunta en una de las líneas de reflexión abiertas en este trabajo: la conveniencia de, como mínimo, normalizar las capacidades de quienes proveen material y efectivamente los servicios de bienestar psicofísico, lo cual ya sucede en el campo de los servicios sanitarios con un alto grado de sofisticación.

De todo lo expuesto se deduce que el «Estado cuidador» se realiza jurídicamente a través de tres sistemas (sanitario, social y dependencia) que formalmente se reducen a dos (sanitario y social) pero que funcionalmente son otros tres (sanitario, social y sociosanitario). Importa insistir en que este ejercicio de deslinde y filiación de los servicios sociosanitarios cobra sentido si se observa a la luz de la premisa de este trabajo, que no es otra que la constatación de que en el ámbito sanitario rige una disciplina muy estricta respecto al *quid* y al *quis*, mientras que en el ámbito sociosanitario el *quid* se halla al mismo nivel de regulación pero no tanto el *quis*. Veamos a continuación los elementos y rasgos fundamentales de la regulación de los profesionales sanitarios para completar este argumento.

(21) Por no citar todas y cada una de las normas reglamentarias autonómicas respectivas, que coinciden en este punto, valgan las siguientes referencias: el art. 12 a) del citado RD 1051/2013 (norma que sin embargo se refiere a los cuidadores no profesionales) y, sobre todo, el art. 16.2 de la Orden TAS/2455/2007, de 7 de agosto, *por la que se dictan normas para la aplicación y desarrollo en el año 2007, de los Reales Decretos que desarrollan la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en las Ciudades de Ceuta y de Melilla*, sucesivamente modificada para actualizar las cuantías en ella reflejadas.

IV. LA ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

El de profesión sanitaria es un concepto jurídico determinado, positivizado por los arts. 2, 3, 6, 7 y disposición adicional séptima de la LOPS, preceptos completados con otras menciones legales (notablemente, la Ley 10/1986, de 17 de marzo, *sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental*) (22). Conforme a esta normativa, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficiales (23). El bien jurídico subyacente (la protección de la salud) justifica la acuñación de este concepto, integrado por dos elementos: una cualificación individual (cualificación adquirida mediante una formación y acreditada mediante una titulación, ambas fuertemente regladas) y una condición gremial (la incorporación forzosa a un colegio profesional).

En función de la titulación académica exigida para el acceso a las mismas, las profesiones sanitarias se estructuran en dos bloques. En el primer bloque se encuentran aquellas para cuyo ejercicio habilitan los títulos (universitarios) de licenciado o graduado en Medicina, Farmacia, Odontología, Veterinaria, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Óptica y Optometría, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética, y una serie de títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales titulados (en el ámbito de la biología, la bioquímica o la química: especialista en Análisis Clínicos, en

(22) La lectura de los citados preceptos de la LOPS debe hacerse a la luz de la actual configuración de las enseñanzas universitarias oficiales derivada de la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior operada con la modificación en 2007 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, *de Universidades* (hoy derogada por la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, *del Sistema Universitario*). Hubo que esperar hasta la aprobación del Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, *de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud*, cuya disposición adicional segunda incorporó formalmente una referencia a la eliminación de la distinción entre licenciados y diplomados, reconduciéndose las titulaciones a una única de grado. Dado el tiempo transcurrido, sorprende la falta de adaptación literal de la LOPS al marco vigente desde hace más de tres lustros.

(23) Esta regulación, desarrollo del artículo 36 de la Constitución, entronca con las leyes de creación de los respectivos colegios profesionales, y con la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, *relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales* (transpuesta en España por RD 1837/2008). El Derecho de la UE en este punto se propone armonizar y coordinar las condiciones mínimas de formación de los títulos conducentes al ejercicio de determinadas profesiones para garantizar las libertades de circulación en los Estados miembros, estableciendo un sistema de reconocimiento recíproco de las cualificaciones aplicable a una lista restringida de profesiones sanitarias (médico, médico especialista, enfermero responsable de cuidados generales, enfermero especialista obstétrico-ginecológico, odontólogo, veterinario y farmacéutico). Así pues, cabe distinguir un subconjunto dentro del de profesiones sanitarias, el de profesiones sanitarias con reconocimiento automático.

Bioquímica Clínica, en Inmunología, en Microbiología y Parasitología, y en Radiofarmacia; en el ámbito de la física u otras disciplinas científicas y tecnológicas: especialista en Radiofísica Hospitalaria; en el ámbito de la psicología: especialista en Psicología Clínica y máster en Psicología general sanitaria); adicionalmente, los graduados en Ciencia y Tecnología de los Alimentos cuando desarrollen su actividad profesional en centros sanitarios integrados en el Sistema Nacional de Salud o cuando desarrollen su ejercicio profesional, por cuenta propia o ajena, en el sector sanitario privado. También forman parte de este bloque los Ayudantes Técnicos Sanitarios y demás profesionales sin título académico (de grado), que se encuentren habilitados, por norma legal o reglamentaria, para ejercer alguna de las profesiones pertenecientes a este primer bloque (24).

En el segundo bloque se hallan las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de formación profesional de la familia sanidad o equivalentes, pudiendo distinguir entre los técnicos superiores (en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico, en Audiología Protésica, en Dietética, en Documentación y Administración Sanitaria, en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, en Laboratorio Clínico y Biomédico, en Ortoprótisis y Productos de Apoyo, en Radioterapia y Dosimetría, así como en Prótesis Dental e Higiene Bucodental) y los técnicos medios (en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en Farmacia y Parafarmacia, y en Emergencias Sanitarias).

Además de la indicación precisa de las profesiones, la LOPS completa su disciplina con una serie de reglas cuyos rasgos esenciales serían, resumidamente, los siguientes: somera relación de las funciones básicas de cada profesión (pero relegando la espinosa cuestión del deslinde y reserva de atribuciones o competencias a una fase posterior, la del establecimiento del correspondiente colegio profesional), especificación de los itinerarios formativos que las sustentan (afirmando la validez nacional de los títulos, diferenciando niveles escalares y modulares de capacitación específica y avanzada, contemplando la formación continuada como derecho-deber), apelación al trabajo en equipo

(24) Importa destacar que esta relación no es cerrada, sino ampliable mediante norma con rango de ley con el fin de acompasar la configuración del sistema sanitario a la constante evolución científica y tecnológica de las ciencias de la salud. Un ejemplo reciente de la expansión de la lista, no hacia fuera (nuevos grados) sino hacia dentro (nuevas especialidades médicas) se encuentra en la rama de urgencias y emergencias, incorporada al modelo de la Formación Sanitaria Especializada mediante el RD 610/2024, de 2 de julio, en aplicación a su vez del RD 589/2022, de 19 de julio, *por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica; y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación en especialidades en Ciencias de la Salud.*

ya sea de forma jerárquica o colegiada, garantía del derecho al ejercicio de funciones en ámbitos no asistenciales (docente e investigador y, sobre todo, de gestión clínica, sometidas estas últimas a evaluación del desempeño), sujeción del ejercicio profesional a condiciones de calidad (documentación de su desempeño en la historia clínica de cada paciente, seguimiento de guías y protocolos de práctica clínica y asistencial...) y disposición de un sistema de incentivo al desarrollo profesional consistente en un reconocimiento individual del mérito (faseado en lustros, diferenciado para centros de titularidad pública y privada, intensamente participativo). Adicionalmente, la ley contiene preceptos exclusivamente dirigidos a los profesionales privados, relativas a la obligación de formalizar por escrito sus contratos de prestación de servicios, de figurar en registros públicos, así como de cubrir su eventual responsabilidad por daños.

Otras disposiciones de tipo organizativo, esta vez no solo de la LOPS sino también de la propia LCCSNS, pueden revestir interés a nuestros efectos, por cuanto revelan una confianza del legislador en la conveniencia de introducir la visión experta de los propios profesionales en el diseño de las reglas de su formación (a la postre, presupuesto de su profesión). Así, en la LOPS se regulan las Comisiones Nacionales de Especialidad, los Comités de Áreas de Capacitación Específica y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órganos mixtos destinados a asesorar al Ministerio competente en lo relativo a la programación y contenidos de la formación exigible en esos segmentos profesionales sanitarios. En cuanto a la LCCSNS, subsiste la Comisión de Recursos Humanos del SNS, responsable de desarrollar actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del SNS, y de definir los criterios básicos (a desarrollar por las CCAA) de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios en general (25).

V. LA ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SOCIO SANITARIAS

Llegados a este punto, estamos en condiciones de imbricar los dos conceptos analizados hasta ahora (servicio sociosanitario y profesión sanitaria), descubriendo así el que se trata de alumbrar (profesión sociosanitaria) para examinar su regulación y, en su caso, proponer líneas de mejora, suponiendo

(25) El esquema participativo descrito perdió tono tras la supresión de la originaria Comisión Consultiva Profesional (posteriormente reconvertida en Foro profesional) de resultados del Acuerdo del Consejo de Ministros de 30 de abril de 2010 *sobre racionalización de estructuras en la Administración General del Estado, reducción de altos cargos y reordenación del sector público empresarial* y del RD 776/2011, de 3 de junio, *por el que se suprimen determinados órganos colegiados y se establecen criterios para la normalización en la creación de órganos colegiados en la Administración General del Estado y sus Organismos Públicos*.

que ello es viable y necesario al objeto de normalizar el fenómeno y caracterizarlo con plenitud de garantías para los sujetos implicados (quienes ejercen las profesiones y quienes se benefician de su desempeño). El parámetro normativo bien podría ser el de las profesiones sanitarias, si bien no todos los elementos regulatorios propios de éstas podrían o deberían concurrir en la regulación de las sociosanitarias. Así pues, parafraseando la definición de la LOPS, serían profesiones sociosanitarias aquellas cuya formación se dirige a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias del cuidado del bienestar psicofísico y psicosocial, distinto de la salud en sentido estricto y de la inserción social al margen de necesidades económico-culturales.

Conforme a este criterio, de las profesiones sanitarias tituladas reguladas en la LOPS podrían ser calificadas como sociosanitarias las siguientes: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética, Psicología Clínica y Psicología general sanitaria); los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Análogamente, serían profesiones sanitarias reguladas (que no tituladas) las de Audiología Protésica, Dietética, Ortoprótisis, Prótesis Dental e Higiene Bucodental (reservadas a técnicos superiores de formación profesional) y la de Cuidados Auxiliares de Enfermería (reservadas a técnicos medios de formación profesional).

Adicionalmente, fuera del marco de la regulación de la LOPS, habría otras profesiones sociosanitarias no reguladas, que serían todas aquellas cuyo resultado sea la estimulación cognitiva, la administración de tratamientos médicos, la realización de cambios posturales, la recuperación de la autonomía funcional, la habilitación psicosocial y la atención temprana. Algunas de estas labores pueden y suelen ser desempeñadas por profesionales sanitarios (psicólogos, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería...), pero no existe una reserva de actividad para ello. Además, otras tareas no presentan una vinculación tan clara con alguna de las profesiones sociosanitarias arriba enumeradas.

Una posible relación formal de estas profesiones sociosanitarias no reguladas solo puede ser extraída de la legislación educativa, ya que el principal elemento determinante de una profesión es la formación exigida para el acceso a la misma, tanto o más que las actividades en las que ésta se expresa, incluso tratándose de funciones reservadas (que no es el caso). En este sentido, la mirada debe dirigirse al Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP), instrumento que enumera y denomina las cualificaciones profesionales susceptibles de reconocimiento y acreditación en función de las competencias apropiadas para el ejercicio profesional a partir de una observación del sistema productivo (26). Los títulos académicos y profesionales establecidos con

(26) Este documento se encuentra regulado transitoriamente en el RD 1128/2003, de 5 de septiembre, de acuerdo con la Disposición transitoria tercera de la Ley Orgánica

carácter general en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, *de Educación* son objetos representativos de enseñanzas o programas formativos ofertados por el sistema educativo y, en última instancia, de competencias adquiridas por los individuos, pero en rigor son solo una evidencia más de los conocimientos y destrezas que habilitan para el ejercicio en el mercado laboral. En el caso de la formación profesional (los títulos académicos son generalistas, no habilitando de por sí para el ejercicio de profesión alguna, sino para el acceso a etapas y ciclos superiores), los títulos se suman a los cursos de especialización, los certificados de profesionalidad y el procedimiento específico de reconocimiento de la experiencia laboral como medios de acreditación de la cualificación profesional. Aunque no constituyen una regulación del ejercicio profesional, las cualificaciones profesionales son el factor predisponente y distintivo de una determinada profesión, el elemento de conexión entre las capacidades personales y las tareas asociadas al ejercicio de una determinada actividad profesional.

Las cualificaciones profesionales tienen validez nacional y en la mayoría de los casos, a pesar de lo dicho, se corresponden con títulos de formación profesional dispensados por el sistema educativo. Conforme a la regulación propia de las cualificaciones profesionales, éstas se ordenan en torno a familias —representativas de los sectores productivos— y se gradúan en niveles —según la sofisticación de las competencias necesarias y de la complejidad de las tareas a desempeñar—. Cuatro de las familias de cualificaciones son relevantes a nuestros efectos (sanidad, servicios socioculturales y a la comunidad, imagen personal y actividades físicas y deportivas), sin que los tres niveles procedentes interesen más allá de los títulos de formación profesional con los que se corresponden (el nivel 1 con los títulos de grado básico, el 2 con los de grado medio y el 3 con los de grado superior) (27).

3/2022, de 31 de marzo, *de ordenación e integración de la Formación Profesional*, hasta su reemplazo por el Catálogo Nacional de Estándares de Competencias Profesionales en el momento en que se produzca el oportuno desarrollo reglamentario de la citada Ley. La definición, elaboración y actualización del CNCP corresponde al Instituto Nacional de las Cualificaciones, órgano técnico de apoyo al Consejo General de la Formación Profesional creado por RD 375/1999, de 5 de marzo.

(27) En el nivel 1 se ordenan las cualificaciones profesionales que expresan «competencia en un conjunto reducido de actividades de trabajo relativamente simples correspondientes a procesos normalizados, siendo los conocimientos teóricos y las capacidades prácticas a aplicar limitados», en el nivel 2 las que expresan «competencia en un conjunto de actividades profesionales bien determinadas con la capacidad de utilizar los instrumentos y técnicas propias, que concierne principalmente a un trabajo de ejecución que puede ser autónomo en el límite de dichas técnicas. Requiere conocimientos de los fundamentos técnicos y científicos de su actividad y capacidades de comprensión y aplicación del proceso», y en el 3 las que expresan «competencia en un conjunto de actividades profesionales que requieren el dominio de diversas técnicas y puede ser ejecutado de forma autónoma, comporta responsabilidad

Así pues, un ejercicio tentativo de definición de las profesiones sociosanitarias no reguladas debería partir de las cualificaciones profesionales recogidas en el CNCP, mereciendo luego algún matiz y una contextualización en función de criterios subjetivos (referidos a la condición personal del beneficiario, por ejemplo, afectado por un trastorno o una discapacidad) y circunstanciales (referidos a la situación personal, doméstica o social del beneficiario, por ejemplo, afectado por una pérdida patrimonial drástica y severa). Es preciso, por lo tanto, apelar a la sensibilidad y capacidad de proyección del lector para que esta enumeración final cobre pleno sentido. La posible lista quedaría como sigue:

- a) De la familia «Actividades físicas y deportivas»: acondicionamiento físico en sala de entrenamiento polivalente con soporte musical, animación físico-deportiva y recreativa genérica o específica para personas con discapacidad, *fitness* acuático e hidrocinesia, instrucción en yoga o en método pilates.
- b) De la familia «Imagen personal»: Peluquería y servicios estéticos de higiene, depilación y maquillaje, cuidados estéticos de manos y pies, Masajes estéticos y técnicas sensoriales asociadas, Tratamientos estéticos y capilares estéticos, Asesoría integral de imagen personal, Micropigmentación.
- c) De la familia «Sanidad»: Transporte sanitario, Traslado y movilización de usuarios y/o pacientes, Cuidados auxiliares sanitarios, y Audioprótesis.
- d) De la familia «Servicios socioculturales y a la comunidad»: Atención sociosanitaria a dependientes y/o discapacitados (en el domicilio o en instituciones sociales), Gestión de teleasistencia domiciliaria, Educación de habilidades de autonomía personal y social, Mediación entre sordociegos y la comunidad, Promoción, desarrollo y participación de los sordos, Promoción e intervención socioeducativa con personas con discapacidad, Supervisión de la atención sociosanitaria para la promoción de la autonomía personal. Residualmente, el «Empleo doméstico», también adscrito a esta familia, podría rendir utilidades sociosanitarias discriminando las actividades concretas a desempeñar por el personal (principalmente limpieza e higienización del domicilio, lavado de ropa, adquisición y preparación de alimentos).

de coordinación y supervisión de trabajo técnico y especializado. Exige la comprensión de los fundamentos técnicos y científicos de las actividades y la evaluación de los factores del proceso y de sus repercusiones económicas». Aunque el Anexo II del CNCP trata de objetivar de alguna manera esta graduación, menos obvia que la ordenación de las familias, la definición de los niveles solo se entiende si se conecta con los títulos de formación profesional y los programas formativos en los que éstos se concretan.

Resumidamente, las profesiones sociosanitarias aparecerían como una realidad escalonada en tres niveles de intensidad regulatoria. En el primero figurarían las profesiones sociosanitarias tituladas y reguladas (legal y formalmente consideradas sanitarias): fisioterapia, terapia ocupacional, podología, logopedia, nutrición y dietética, psicología y ayudantes técnicos sanitarios. En el segundo nivel se hallarían las profesiones sociosanitarias reguladas aunque no tituladas, legalmente reservadas a técnicos de formación profesional: Audiología Protésica, Dietética, Ortoprótisis, Prótesis Dental e Higiene Bucodental y Auxiliares de Enfermería. Por último, en el tercer nivel encontraríamos las profesiones sociosanitarias no reguladas ni tituladas, consideradas tales en función del resultado producido y de las condiciones de los usuarios o beneficiarios de las mismas, que se deben hallar en una situación de vulnerabilidad físico-psíquica y social: entrenamiento y animación físico-deportiva polivalente en diversas modalidades (gimnasia, hidrocinesia, yoga o pilates), estimulación sensorial; asesoría de imagen personal, peluquería y estética (especialmente capilar y de manos y pies, y micropigmentación); transporte sanitario y movilización de pacientes, auxiliares sanitarios; atención e intervención socioeducativa a dependientes y/o discapacitados, gestión de teleasistencia, educación de habilidades de autonomía personal y social, mediación entre sordociegos y la comunidad, promoción, desarrollo y participación de los sordos y, eventualmente, empleo doméstico.

Las profesiones originariamente sanitarias (primer y segundo nivel) quedarían bajo la cobertura de la regulación de la LOPS en los términos arriba descritos, mientras que para el resto de profesiones no habría más disciplina que la indicación de las cualificaciones profesionales adecuadas para su ejercicio: ni siquiera hay exigencias de titulación pues, en rigor, la acreditación de las competencias podría resultar de la obtención casual de certificados de profesionalidad o de la comprobación de la experiencia de los ejercientes. En esta línea, cabe constatar una carencia regulatoria que, si bien no es crítica, puede ser inconveniente, ya que algunos elementos de la regulación de las profesiones «sanitarias-sociosanitarias» garantiza la mejora de la calidad de los servicios y protege los derechos e intereses de los profesionales.

Es indudable que la indicación precisa de las profesiones y la relación de las funciones básicas de cada profesión favorecería la transparencia del mercado laboral tanto para empleadores como para empleados. Por su parte, la alusión a la formación continuada y su consideración como derecho-deber, por sí sola, significaría una apuesta por la calidad en la continuidad de los servicios sociosanitarios y por el crecimiento personal de los profesionales. Otra de las virtudes de la LOPS trasladable al entorno sociosanitario sería el reconocimiento del trabajo en equipo como técnica idónea para satisfacer las necesidades de los usuarios de servicios sociosanitarios, normalmente necesitados de atención pluridisciplinar e integrada. También las condiciones de

ejercicio profesional recogidas en la LOPS pueden ser extrapolables al desempeño de las profesiones sociosanitarias en beneficio del entero sistema: la necesidad de documentar las intervenciones formando una especie de historial de cada usuario, siquiera sumario; así como la conveniencia de producir guías orientativas y protocolos de práctica asistencial. El diseño o previsión de la existencia de un sistema elemental de carrera profesional basado en el mérito individual y sostenido en el tiempo prestigiaría las profesiones y contribuiría a retener a los profesionales en un segmento laboral tan exigente y consuntivo. Finalmente, la cobertura forzosa de la eventual responsabilidad por daños requiere una reflexión más detenida, pero conviene apuntar la oportunidad de analizar el sector de servicios sociosanitarios con la mira puesta en el número e importancia de las incidencias ocurridas y el grado de intervención de los agentes en las mismas, teniendo en cuenta la peculiar estructura de un sector participado por Administraciones públicas, operadores privados con y sin ánimo de lucro organizados o individuales —estos últimos en régimen laboral casi unánimemente por cuenta ajena, pero en todo caso con una endeble estructura retributiva, potencialmente incapaces de afrontar indemnizaciones cuantiosas—.

VI. RECAPITULACIÓN Y PROSPECTIVA

Desde el asentamiento en España, hace ya casi veinte años, del llamado «cuarto pilar del Estado del bienestar», venimos asistiendo a la progresiva consolidación y extensión de un sistema público de prestaciones y servicios, originariamente marginal respecto de los sistemas sanitario y de acción social, hoy singularizado en el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia. Las transformaciones sociales y demográficas ocurridas y por venir apuntan hacia una creciente importancia de lo que se ha dado en llamar líricamente el «Estado de los cuidados» o «Estado cuidador», fenómeno que ya goza de una robusta regulación desde el punto de vista del objeto (los servicios sociosanitarios) y los sujetos pasivos (los beneficiarios), pero no tanto de los sujetos activos (los profesionales sociosanitarios).

A diferencia de cuanto sucede en el sistema sanitario, el personal ocupado en la dispensación de cuidados a las personas carece de un estatuto, más allá de la legislación laboral y de la educativa (de la que solo cabe destacar un marco de cualificaciones del que deriva un mapa de titulaciones profesionales correspondiente a enseñanzas ofrecidas por el sistema educativo). Debido a la entidad del bien jurídico protegido (la salud), la regulación del personal sanitario (y en particular del incorporado al sistema público) es relativamente intensa y contempla aspectos importantes tales como la indicación de las profesiones y su contenido funcional básico, las exigencias de formación y

titulación para el acceso a la profesión, la previsión de un sistema de progresión formativa y profesional individualizado, un breve catálogo de derechos y deberes (que, en realidad, es el pretexto para enfatizar la importancia de instrumentos tales como los equipos integrados, la historia clínica del paciente y las guías y protocolos de práctica asistencial), entre otros abordados en el texto. Por el contrario, los profesionales responsables de la producción de bienestar psicofísico y social para las personas no se benefician de un régimen semejante que, de existir, contribuiría seguramente a colmar sus carencias reputacionales y redundaría en la transparencia, calidad y sostenibilidad del sistema de servicios sociosanitarios.

A lo largo de estas páginas se ha tratado de exponer esta carencia y de apuntar a una posible solución, disponible principalmente en la legislación de ordenación de las profesiones sanitarias. Curiosamente, un futurible «Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales» presta cierta atención a los profesionales sociosanitarios —si bien solo a los de la red de sistemas públicos— y recoge algunos elementos interesantes coincidentes con los aquí defendidos (singularización jurídica y denominación específica, fijación de requisitos de titulación, formación y especialización, alusión a la corralidad e interdisciplinariedad, fijación de ratios profesional-usuarios, y establecimiento de derechos y deberes). Sería conveniente avanzar por este camino para lograr una plena alineación de los pilares sanitario, educativo y social (en sus dos facetas, social y sociosanitaria) del «Estado de los cuidados».

VII. BIBLIOGRAFÍA

- ARAUJO GUIMARÃES, N.: «Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿hay luz al fin de ese túnel?», en BATHYÁNY, K.; PERROTTA, V.; PINEDA DUQUE, J.A. (coords.): *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*, UNRISD, 2024; pp. 65-90.
- BENITO ANGUITA, F.: «Retos inmediatos de la Sanidad desde la perspectiva del Defensor del Pueblo», *Revista de Derecho y Salud* n° 13, 2005, p. 39.
- FISHER, B.: TRONTO, J.: «Toward a feminist theory of caring», en ABEL, E. Y NELSON, M. (eds.): *Circles of Care: Work and identity in women's lives*, SUNY Press, Nueva York, 1990, pp. 35-62 (en especial p. 40).
- GARCÉS SANAGUSTÍN, A.: *Los nuevos retos de los servicios sociales en España*, Epraxis, Madrid, 2012.
- HERNÁNDEZ SAN JUAN, I.: «Una Sola Salud y un sin número de actores para su gestión transfronteriza», en TOLIVAR ALAS, L.; HUERGO LORA, A. CANO CAMPOS, T. (dirs.): *El patrimonio natural en la era del cambio climático: actas del XVI*

- Congreso de la Asociación Española de Profesores de Derecho Administrativo. Oviedo 3-5 de febrero de 2022*, INAP, Madrid, 2022, pp. 143-154.
- LOMAS HERNÁNDEZ, V.: «Profesiones y profesionales sanitarios en la normativa actual» en LARIOS RISCO, D. (coord.): *Marco jurídico de las profesiones sanitarias*, Lex Nova, 2007, pp. 45-96.
- ORTÚN RUBIO, V.: «Reforma de la sanidad», en MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J.L.; GONZÁLEZ SEARA, L. (coords.): *Las estructuras del bienestar: propuestas de reforma y nuevos horizontes*, Civitas, Madrid, 2002, pp. 159-208.
- PEMÁN GAVÍN, J.M.: «Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro», en *Revista de Administración Pública* n° 156, 2001, pp. 101-154.
- «La asistencia social en España: delimitación conceptual y marco jurídico general», en *Documentación administrativa* n° 271-272, 2005, pp. 39-80.
 - «El derecho constitucional a la protección de la salud: una aproximación de conjunto a la vista de la experiencia de tres décadas de vigencia de la Constitución», en esta REVISTA n° 34, 2009, pp. 11-50.
 - «Debilidades en la cohesión sanitaria. Un balance tras dos décadas de vigencia de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud», en *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica* n° 21, 2024, pp. 3-30.
- MANCEBÓN TORRUBIA, M.J.; SÁNCHEZ-SÁNCHEZ A.: «Envejecimiento y dependencia», en MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J.L.; GONZÁLEZ SEARA, L. (coords.): *Las estructuras del bienestar: propuestas de reforma y nuevos horizontes*, Civitas, Madrid, 2002, pp. 313-354.
- TRONTO, J.: «Beyond Gender Difference to a Theory of Care», en: *Signs: Journal of Women in Culture and Society* vol. 12, University of Chicago, 1987, pp. 644-663.
- *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*, Routledge, Nueva York, 1993.
 - *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York University Press, Nueva York, 2013.
- VAQUER CABALLERÍA, M.: «El Ingreso Mínimo Vital desde la óptica del derecho público: sus aportaciones al debate sobre el estado social y autonómico», en *Revista de Derecho Público: Teoría y Método*, vol. 5, 2022, pp. 115-142.
- VIDA FERNÁNDEZ, J.: «Los servicios públicos de solidaridad en la Unión Europea: Los límites del mercado único y la competencia en los servicios de interés general», en QUADRA-SALCEDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, T. (dir.): *Los servicios públicos tras la crisis económica. En especial la asistencia sanitaria en la Unión Europea*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2017, pp. 27-135.