

Economía de los cuidados y política municipal: hacia una democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona

Sandra Ezquerro
Elba Mansilla



estudios  tiempo y cuidados

Economía de los cuidados y política municipal: hacia una democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona

Sandra Ezquerro
Elba Mansilla



**Ajuntament
de Barcelona**

UVIC

UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

LA
CIUTAT
INVISIBLE
.COOP

Economía de los cuidados y política municipal: hacia una democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona

Colección Estudios del tiempo y cuidados

© de la edición: Ajuntament de Barcelona

Autoras

Sandra Ezquerra - Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas,
Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya.
Elba Mansilla - La Ciutat invisible, SCCL

Traducción y Corrección

Gemma Salvà Santanachs

Diseño gráfico

Angel Uzkiانو

Imágenes

Anna Celma (pag. 11)
Barcelona té nom de dona (pag. 21, 141)
Arxiu propi (pag. 29, 43, 139)

Edición y coordinación de la colección

Ajuntament de Barcelona
Direcció de Serveis d'Economia Cooperativa, Social, Solidària i Consum
Departament de Programes de Temps i Economia de les Cures

Fecha

1ª edición mayo 2018

<http://www.barcelona.cat/tempsicures>

SUMARIO

I. PRESENTACIÓN	7
II. OTRAS ECONOMÍAS	11
1. La economía feminista	11
2. La economía de los cuidados	17
3. La economía social y solidaria	19
III. MARCO DE DEMOCRATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	21
1. Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados	23
2. Socialización de los cuidados	24
3. Reducción de la (mala) división social de la organización social de los cuidados desde una perspectiva interseccional	25
4. Empoderamiento en torno a la organización social de los cuidados	26
IV. METODOLOGÍA Y RECOPIACIÓN DE DATOS	29
1. Análisis de datos y de documentación	30
2. Entrevistas semiestructuradas	32
2.1. Las voces de los proyectos, servicios y experiencias	32
2.2. Las voces de las personas usuarias y cuidadoras	36
V. ANÁLISIS Y DEBATE DE LAS EXPERIENCIAS	42
1. Adecuación de los servicios y espacios a los ejes estratégicos de democratización de los cuidados	43
2. Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados	45
2.1. Valorización social y simbólica de los cuidados	45
2.1.1. Análisis y debate de la valorización social y simbólica de los cuidados	46
2.1.2. Propuestas de actuaciones para fomentar la valorización social y simbólica de los cuidados	51
2.2. Garantía de que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona	53
2.2.1. Análisis y debate de los cuidados familiares no remunerados	53
2.2.1.1. Organización de los cuidados en el marco de la familia	
a. Impactos de la organización familiar de los cuidados en la salud y el bienestar de la persona cuidadora	
• Impactos de los cuidados en la salud física	
• Impactos de los cuidados en la salud mental y emocional	
• Impactos de los cuidados en el bienestar	
b. Impactos de la organización familiar de los cuidados en la esfera relacional de la persona cuidadora	
c. Impactos de la organización familiar de los cuidados en la disponibilidad de tiempo de la persona cuidadora	
• Impactos de la organización familiar de los cuidados en los proyectos vitales de la persona cuidadora:	
• Impactos de los cuidados en la trayectoria formativa	
• Impactos de los cuidados en la trayectoria profesional	

	<ul style="list-style-type: none"> • Impactos económicos de los cuidados • Impactos de los cuidados en la planificación de los propios cuidados en el futuro 	
2.2.2.	Análisis y debate de los cuidados remunerados, formales e informales	73
2.2.2.1.	Los cuidados remunerados: un sector feminizado y racializado	
2.2.2.2.	Escasa protección laboral	
2.2.2.3.	Características específicas del trabajo de cuidados que fomentan la precariedad	
2.2.2.4.	Externalización de los servicios de cuidados	
2.2.3.	Propuestas de actuaciones para garantizar que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona	84
2.3.	Socialización de los cuidados	87
2.3.1.	Percepciones acerca de la responsabilidad de los cuidados	89
2.3.2.	Socialización de los cuidados en el ámbito comunitario	93
2.3.2.1.	Análisis y debate de la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario	
	<ul style="list-style-type: none"> a. Grupos de crianza y grupos de crianza compartida b. Grupos de apoyo a personas cuidadoras c. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en el ámbito comunitario 	
2.3.2.2.	Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario	
2.3.3.	Socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas	105
2.3.3.1.	Análisis y debate de la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas	
	<ul style="list-style-type: none"> a. El cuidado de la infancia b. El cuidado de la gente mayor c. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en las administraciones públicas 	
2.3.3.2.	Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas	
2.3.4.	Socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro	126
2.3.4.1.	Análisis y debate de la socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro	
	<ul style="list-style-type: none"> a. Socialización de los cuidados hacia el sector privado con ánimo de lucro b. Socialización de los cuidados hacia el sector privado sin ánimo de lucro c. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en el sector privado con y sin ánimo de lucro 	
2.3.4.2.	Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro	
	VI. RETOS Y AGRADECIMIENTOS	139
	VII. BIBLIOGRAFÍA	141
	VIII. SOBRE LAS AUTORAS	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por sexos (expresada en porcentajes) de las tareas del hogar y de cuidados en los hogares, 2015	14
Tabla 2. Marco de democratización de los cuidados	22
Tabla 3. Resumen del eje estratégico del reconocimiento de la centralidad social de los cuidados	23
Tabla 4. Resumen del eje estratégico de la socialización de los cuidados	25
Tabla 5. Resumen del eje estratégico transversal de la (mala) división social del trabajo que caracteriza la organización social de los cuidados	26
Tabla 6. Resumen del eje estratégico transversal del empoderamiento en torno a la organización social de los cuidados	27
Tabla 7. Marco de la democratización de los cuidados. Ejes y dimensiones	28
Tabla 8. Relación de experiencias de cuidados analizadas	35
Tabla 9. Relación de personas cuidadoras profesionales, no profesionales y receptoras de cuidados entrevistadas	40
Tabla 10. Adecuación de servicios y espacios a los ejes estratégicos de democratización de los cuidados	44
Tabla 11. Propuestas de actuaciones para fomentar la valorización social y simbólica de los cuidados	52

Tabla 12. Promedio de afiliaciones a la Seguridad Social en alta en el Régimen General (Sistema Especial de Empleados en el Hogar) durante el mes de enero de 2017, por sexo. Absolutos y porcentajes	74
Tabla 13. Promedio de afiliaciones a la Seguridad Social en alta en el Régimen General (Sistema Especial de Empleados en el Hogar) y total de afiliaciones de personas extranjeras no comunitarias durante el mes de enero de 2017, por sexo. Absolutos y porcentajes	75
Tabla 14. Porcentaje de personas extranjeras no comunitarias del promedio de afiliaciones a la Seguridad Social en alta en el Régimen General (Sistema Especial de Empleados en el Hogar) y del total de afiliaciones del mes de enero de 2017, por sexo	75
Tabla 15. Propuestas de actuaciones para garantizar que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona	85
Tabla 16. Resumen del potencial democratizador de los cuidados del ámbito comunitario	104
Tabla 17. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario	105
Tabla 18. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en las administraciones públicas	123
Tabla 19. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas	124
Tabla 20. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en el sector privado con y sin ánimo de lucro	137
Tabla 21. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro	138

I. Presentación

Uno de los lemas más reiterados por el movimiento feminista desde la década de 1970 ha sido: «Las mujeres sostenemos el mundo». Pese a ser un lema conciso y sencillo, pone de manifiesto una de las contradicciones del sistema económico más silenciadas desde el nacimiento de la sociedad industrial: la división entre la economía considerada productiva y todas aquellas tareas fundamentales para el sostenimiento de la vida y el funcionamiento del sistema económico, consistentes en el cuidado de las personas y los hogares. La principal consecuencia de esta fractura impuesta, así como de la subordinación del ámbito reproductivo al productivo, ha sido la eliminación de los cuidados, en el imaginario colectivo y en la vida social, como eje conductor de la vida social y económica, y su construcción, social e ideológica, como una dimensión, en primer lugar, inherentemente femenina y, en segundo lugar, profundamente racializada.

Bien avanzada la segunda década del siglo **xxi** — tras largos años de hegemonía de políticas neoliberales que contribuyen, entre otros procesos, a la mercantilización de los cuidados, y/o que intensifican su invisibilización, y tras una gestión austericida de la crisis económica que ha impuesto fuertes recortes, en especial en el ámbito de la reproducción social—, el feminismo reivindica la importancia de los cuidados con una vitalidad y una insistencia renovadas; reivindica que constituyen un elemento básico para la construcción y el mantenimiento de una sociedad democrática, inclusiva y cohesionada; que son una responsabilidad que debe asumirse colectivamente; y que su organización debe ocupar un lugar privilegiado en el debate social y en la acción política y económica. Ahora bien, la generación de bienestar y la provisión de atención y cuidados a las personas no han sido —ni son— un elemento central de las políticas públicas ni de los debates económicos. Esta negligencia se explica porque históricamente, según se ha observado, la prestación de cuidados ha sido excluida de la economía, lo que se refleja, aún hoy en día, tal y como se explica en este documento, en el hecho de que un elevado porcentaje de tales cuidados está concentrado en manos de las mujeres y en el marco de la familia.

En este sentido, la irrelevancia e invisibilidad político-económicas de las que los cuidados siguen siendo objeto provoca que las sociedades no se pregunten muy a menudo, de forma colectiva, cómo cuidan ni cómo deberían cuidar. Los

seres humanos, sin embargo, nos caracterizamos, por un lado, por una inherente y constante vulnerabilidad en el transcurso de nuestras vidas y, por otro, por una gran capacidad para abordar esta vulnerabilidad desde la solidaridad y la interdependencia. Si no cuidamos o no nos cuidan en los numerosos momentos de la vida en que lo necesitamos, no solo se rompe el axioma de la solidaridad y de la vida en común, sino que, además, las condiciones básicas para garantizar una vida digna y para participar en nuestras comunidades, en el mercado laboral, en la cultura, o en muchas otras esferas de la vida social, se ven mermadas. Dicho de otro modo, el edificio social empieza a tambalearse.

Actualmente, lo que impide que este edificio social se derrumbe es, sobre todo, el esfuerzo silencioso e invisible de familias (en especial, mujeres) que cada día hacen malabarismos para cuidar de los más pequeños, de los no tan pequeños y de las personas mayores, y que sufren las consecuencias cotidianas de ello en su salud, en su bienestar y en sus proyectos vitales a corto, medio y largo plazo. Aunque las familias —y las mujeres, en su seno— siguen desempeñando un protagonismo innegable en el ámbito de los cuidados, este protagonismo va acompañado: en primer lugar, de la existencia de programas, servicios, permisos y prestaciones de carácter público que, pese a ser imprescindibles para reducir la carga de cuidados de las familias, a menudo son insuficientes, no siempre garantizan acceso a quien lo necesita, y no siempre se adecuan a las necesidades de quien accede a los mismos; en segundo lugar, no debe olvidarse que la solidaridad, entre otros, de vecinos o amigas, si bien es imprescindible para acompañar y cuidar a las personas de una forma comunitaria, suele reproducir la división sexual de los trabajos que impera en el hogar y tiene lugar en un contexto en el que las relaciones de vecindad y la red comunitaria pierden intensidad y se acentúa la atomización de nuestras vidas; en tercer lugar, es fundamental visibilizar la emergencia y el crecimiento de los cuidados como un nicho económico para responder al incremento de demanda de cuidados por parte de ciertos colectivos sociales. Con todo, esta respuesta suele traducirse en la supuesta cobertura de unas necesidades básicas, como la provisión de cuidados mediante la generación de nuevas fuentes de negocio, de precariedad laboral y de exclusiones sociales.

Es cierto que las cuatro «fuentes de cuidados» conforman, en distinto grado, importantes respuestas para cubrir necesidades de atención de la ciudadanía. También es cierto, sin embargo, que a menudo funcionan y conviven de un modo poco planificado, contradictorio y lleno de tensiones, mostrándose incapaces de garantizar unos cuidados dignos y de calidad y generando múltiples y profundas desigualdades sociales. Esta es, precisamente, la gran paradoja de los cuidados tal y como los conocemos en la actualidad: su importancia en la generación de bienestar y su aportación al sostenimiento del sistema económico son enormes; sin embargo, su invisibilización y su organización actual no solo dificultan dicha generación de bienestar, sino que, además, conforman uno de los principales yacimientos de desigualdad y de exclusión social en nuestras ciudades.

Por todo ello, aumentan las voces que reclaman una reflexión generalizada sobre la organización social de los cuidados. Los abundantes estudios y trabajos analíticos de las últimas décadas en torno a los cuidados han dado paso en años recientes a un debate sobre la construcción de una agenda política de cuidados transformadora y feminista (Delicado, 2011; Esquivel, 2014, 2015). El presente documento desea contribuir a dicho debate, al tiempo que define

cuáles deberían ser los ejes principales de una política transformadora y feminista de los cuidados en la ciudad de Barcelona. Presenta los resultados principales de un proyecto de investigación llevado a cabo por las autoras —a petición del **Comisionado de Economía Cooperativa, Social y Solidaria** y de la **Concejalía de Ciclo de Vida, Feminismos y LGTBI** del **Ayuntamiento de Barcelona**— entre el mes de septiembre de 2015 y el mes de diciembre de 2016. La investigación ha partido del análisis de documentación diversa sobre la temática de la economía de los cuidados, así como de la realización de entrevistas en profundidad a personas receptoras y proveedoras de cuidados —profesionales y no profesionales— de espacios y servicios de gestión municipal —privada y comunitaria—, así como del ámbito familiar. Paralelamente a la elaboración del estudio, hemos participado en la elaboración de un mapeo de servicios y programas municipales en torno a los cuidados, así como en diversos grupos de trabajo, con el propósito, no solo de transversalizar y trasladar los ejes estratégicos para la democratización de los cuidados a los distintos departamentos y áreas de la administración local, sino también de contrastar nuestro trabajo con personas expertas y profesionales en el ámbito de los cuidados. Podemos afirmar que **esta investigación también ha tenido una voluntad de proceso.**

El objetivo del proyecto ha consistido en explorar la provisión y recepción de cuidados en la ciudad con el propósito de formular recomendaciones de actuación para democratizarlos. Partiendo de la premisa de que los cuidados constituyen un fundamento imprescindible de nuestra vida en común y de que, por consiguiente, deben ocupar un lugar central en las prioridades políticas, sociales y económicas, el presente documento desea contribuir al

El objetivo del proyecto ha consistido en explorar la provisión y recepción de cuidados en la ciudad con el propósito de formular recomendaciones de actuación para democratizarlos.

impulso de la economía de los cuidados en la ciudad de acuerdo con un objetivo político fundamental: **la democratización de los cuidados, tanto para las personas que los proporcionan como**

para quienes los reciben. Ello significa, específicamente, **reconocer los cuidados como una parte central de la vida socioeconómica de la ciudad, fomentar la corresponsabilidad de todos los actores sociales a la hora de garantizar el derecho a unos cuidados dignos y de calidad, y trabajar con miras a reducir las desigualdades sociales que caracterizan, tanto la provisión como la recepción de cuidados.** El resultado final de este trabajo es, en última instancia, una serie de propuestas, recomendaciones y actuaciones recogidas en la **Medida de Gobierno para la Democratización de los Cuidados (2017-2020)** del Ayuntamiento de Barcelona.

El contenido del presente documento se organiza en las siguientes partes: en primer lugar, y con el propósito de empezar a pensar los cuidados desde paradigmas alternativos a los que predominan actualmente, se efectúa un recorrido por tradiciones de pensamiento y práctica económica alejadas de la economía convencional: la economía feminista, la economía de los cuidados y la economía social y solidaria.

En segundo lugar, se proporciona un doble marco conceptual —la democratización de los cuidados y la justicia de género—, que contribuye a establecer herramientas analíticas y operativas para el diseño, implementación y evaluación de una política pública sobre los cuidados con vocación transformadora. Ambos

modelos se construyen a partir de miradas claramente feministas y de una vocación explícitamente socializadora de los cuidados y de reconocimiento de su centralidad en la vida social y económica. En este sentido, abordan múltiples tensiones, contradicciones y desigualdades presentes en la actual organización de los cuidados y aspiran a contribuir al avance para su superación.

En tercer lugar, se presentan la metodología utilizada en el proyecto y los datos resultantes del trabajo de campo llevado a cabo en la ciudad de Barcelona en dos fases diferenciadas: entre octubre y diciembre de 2015 se realizaron entrevistas a servicios, programas y experiencias en torno a la economía de los cuidados actualmente existentes en la ciudad de Barcelona, con vínculos variables con la administración municipal; entre julio y noviembre de 2016 se mantuvieron entrevistas con personas proveedoras y receptoras de cuidados en la ciudad en distintos momentos del ciclo vital y en diversas situaciones de vulnerabilidad que, a su vez, generan necesidades de cuidados específicas. Además, se participó en la elaboración de un mapeo de los servicios y programas relacionados con la economía de los cuidados que en la actualidad existen en el Ayuntamiento de Barcelona y en diversos espacios de trabajo técnico y de debate sobre la organización social de los cuidados en la ciudad.

Todo ello ha permitido formular un diagnóstico principalmente cualitativo de la situación de las distintas experiencias analizadas. Este diagnóstico posibilita subrayar sus fortalezas, potencial y posibles tensiones, así como algunos aspectos que se consideran problemáticos y sus retos. Además, incluye una caracterización de las contradicciones y conflictos inherentes a la provisión de cuidados en la ciudad en situaciones múltiples y diversas, tanto si los mismos son proporcionados de forma remunerada, como en un marco público o comunitario o por parte de familiares. El debate de estas experiencias, narradas de primera mano por las personas protagonistas, nos permite contrastar las prácticas, necesidades y carencias que existen en la actualidad, al tiempo que contribuye a establecer un modelo de democratización de los cuidados caracterizado por la búsqueda de justicia social y de género.

El resultado es una relación de propuestas de actuaciones formuladas en el transcurso de las entrevistas, que posteriormente se contrastan con distintos actores. Dichas propuestas de actuaciones no aspiran a resolver automáticamente todas las carencias e injusticias que caracterizan la actual organización social de los cuidados: ni el cambio puede ser automático, ni un Gobierno municipal tiene capacidad para emprenderlo solo, sin la implicación de otras administraciones y de otros actores sociales. No obstante, esperamos que las propuestas sean viables y puedan materializarse a corto o medio plazo. Esperamos también que, junto con el resto del documento, y con la presentación y el despliegue de la Medida de Gobierno para la Democratización de los Cuidados en la ciudad de Barcelona, contribuyan a impulsar un amplio debate sobre la economía de los cuidados, cuyo propósito fundamental sea marcar una diferencia en el tratamiento de los cuidados por parte de las políticas municipales. Esperamos, en definitiva, que las reflexiones, conclusiones y propuestas aquí presentadas solo sean una primera aportación a lo que debe ser un largo camino de estudios, debates y, en especial, transformaciones, sobre el modo en que los cuidados —una dimensión tan fundamental y al mismo tiempo tan invisibilizada de nuestras vidas— son pensados, prestados y recibidos por los ciudadanos y ciudadanas de Barcelona, y más allá.



II. OTRAS ECONOMÍAS

En este apartado se presentan las dos corrientes teóricas principales —la economía feminista y la economía de los cuidados— sobre las que se erige el proyecto, así como una tercera corriente —la economía social y solidaria— que no solo comparte principios fundamentales con la economía feminista, sino que, además, disfruta del potencial de generar significativas contribuciones a la hora de impulsar una nueva economía de los cuidados más allá de la familia, del sector privado y del Estado.

1. La economía feminista

Desde la década de 1970, la economía feminista ha desarrollado una crítica epistemológica y metodológica en profundidad de las tradiciones clásicas y neoclásicas del pensamiento económico. Su principal aportación ha sido la elaboración de una nueva visión del mundo social y económico cuyo objetivo primordial es fomentar las condiciones de vida de las personas, además de tomar en consideración la totalidad de los trabajos necesarios para la subsistencia, el bienestar y la reproducción social. Frente al sesgo mercantil y monetarista de los modelos económicos convencionales, la economía feminista, en primer lugar, rechaza delimitar su interés, análisis y actuación a la esfera considerada productiva y al trabajo mercantil (históricamente considerado masculino); en segundo lugar, reivindica las importantes aportaciones efectuadas desde el trabajo no mercantil, no solamente al funcionamiento del conjunto del sistema económico, sino, en particular, al cuidado de la vida humana y a la provisión

de bienestar (históricamente considerado femenino). La economía feminista reivindica que la vulnerabilidad y la (inter)dependencia son inherentes a la condición humana, y defiende la centralidad de la denominada «economía de los cuidados» por tratarse de un aspecto fundamental e imprescindible del entramado de la vida y de las necesidades humanas (Carrasco, 2011; Pérez Orozco, 2014).

A diferencia de las escuelas económicas tradicionales, que históricamente han obviado la importancia social y económica del trabajo reproductivo y han naturalizado o reproducido acríticamente la construcción social de su responsabilidad como inherentemente femenina, la economía feminista parte de una doble premisa con profundas implicaciones políticas: 1) existe una relación dinámica entre los ámbitos productivo y reproductivo; y 2) la línea que separa tales ámbitos, definida por la división sexual del trabajo, es porosa y cambiante (Carrasco, 2011, 2013). Es decir, lo que sucede en cualquiera de las dos esferas siempre ejerce un impacto en la otra, y las actividades que se llevan a cabo en cada una de ellas varían en el tiempo (por ejemplo, en épocas de crisis económica) y en el espacio (por ejemplo, en distintos contextos socioeconómicos).

En términos más concretos, si analizamos los datos disponibles, tanto de la esfera reproductiva como de la productiva, observaremos, en primer lugar, que las mujeres aún desempeñan un papel preponderante en la provisión de cuidados familiares en distintos momentos del ciclo vital y en distintas situaciones de enfermedad, discapacidad y autonomía funcional restringida.

Las mujeres aún desempeñan un papel preponderante en la provisión de cuidados familiares en distintos momentos del ciclo vital y en distintas situaciones de enfermedad, discapacidad y autonomía funcional restringida.

Según datos del Idescat del año 2011, el tiempo medio diario que las mujeres destinan al hogar y a la familia es de 4 horas y 14 minutos, mientras que el destinado por los hombres asciende a 2 horas y 35 minutos. En Barcelona, según la Encuesta de Condiciones de Vida y Hábitos de la Población, en el año 2011, el 30,82 % de los hombres dedicaban al trabajo doméstico y de cuidados entre 1 y 10 horas semanales, mientras que el 34,78 % le dedicaban entre 10 y 20 horas. En el caso de las mujeres, el 27,90 % dedicaban a ese trabajo entre 10 y 20 horas; el 23,10 %, entre 20 y 40 horas; y el 21,60 %, 40 horas o más.

En la tabla 1 se muestra, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2015, la distribución por sexo del trabajo del hogar y de cuidados en distintos escenarios: las tareas del hogar, el cuidado de personas con discapacidad dentro del hogar, el cuidado de menores de 15 años y el cuidado de familiares de edad avanzada. Según puede observarse, las mujeres soportan más peso que los hombres en los cuatro escenarios (el 47,27 % *versus* el 39,95 % en el cuidado de personas con discapacidad; el 17,53 % *versus* el 1,72 % en el cuidado de menores; el 4,79 % *versus* el 1,95 % en el cuidado de personas mayores; y el 70,36 % *versus* el 12,75 % en las tareas del hogar), aunque las situaciones en que participan en mayor medida la persona entrevistada y su pareja son el cuidado de menores y las tareas del hogar. La encuesta señala un cierto grado de participación por parte de personas del hogar que no son la pareja, pero no especifica de quién se trata ni si son hombres o mujeres. Por otro lado, las situaciones en que todos los miembros del hogar cuidan de forma conjunta son muy poco habituales.

En la tabla 1 se muestra, a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2015, la distribución por sexo del trabajo del hogar y de cuidados en distintos escenarios: las tareas del hogar, el cuidado de personas con discapacidad dentro del hogar, el cuidado de menores de 15 años y el cuidado de familiares de edad avanzada. Según puede observarse, las mujeres soportan más peso que los hombres en los cuatro escenarios (el 47,27 % *versus* el 39,95 % en el cuidado de personas con discapacidad; el 17,53 % *versus* el 1,72 % en el cuidado de menores; el 4,79 % *versus* el 1,95 % en el cuidado de personas mayores; y el 70,36 % *versus* el 12,75 % en las tareas del hogar), aunque las situaciones en que participan en mayor medida la persona entrevistada y su pareja son el cuidado de menores y las tareas del hogar. La encuesta señala un cierto grado de participación por parte de personas del hogar que no son la pareja, pero no especifica de quién se trata ni si son hombres o mujeres. Por otro lado, las situaciones en que todos los miembros del hogar cuidan de forma conjunta son muy poco habituales.

Este escenario que pervive en el ámbito de lo que se considera el ámbito reproductivo y que, por consiguiente, es ajeno a la esfera económica, guarda una estrecha relación con la situación de las mujeres en el mercado laboral y en la economía considerada real. La identificación social de los cuidados como algo inherentemente femenino, así como su invisibilización y menosprecio, fomentan la discriminación laboral de las mujeres y su situación de desventaja en el mercado de trabajo con relación a los hombres.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2016 indican que la media de horas semanales que las mujeres dedican al trabajo remunerado es de 33,8, frente a las 39,7 horas de los hombres. Ello está relacionado con el hecho de que, actualmente, el 25,2 % de las mujeres trabajan a jornada parcial, *versus* el 7,9 % de los hombres. Este diferencial está muy vinculado con la división sexual del trabajo en la organización familiar de los cuidados: del total de personas contratadas a jornada parcial en el año 2016, el 18,6 % eran mujeres que especificaban como motivo el cuidado de los más pequeños o de personas adultas enfermas, en situación de discapacidad o mayores, y otras obligaciones familiares y personales. Los hombres que alegaron este motivo representaron únicamente el 1,8 % del total de personas contratadas a tiempo parcial.

Esta articulación definida por el género entre el ámbito de los cuidados no remunerados y el mercado laboral genera, finalmente, desigualdades salariales entre hombres y mujeres. En el contexto de Cataluña, los estudios más recientes indican que actualmente la brecha salarial es del 26 %, y también coinciden en afirmar que esta desigualdad es fruto de la dedicación desigual por parte de hombres y mujeres a las tareas domésticas y de cuidados en el hogar. Tales desigualdades se manifiestan, a su vez, en la situación de desventaja que sufren las mujeres, tanto en el salario base (18,4 % de brecha), como en los complementos salariales —complementos personales, complementos relacionados con el puesto de trabajo, pluses de penosidad o toxicidad, complementos por calidad y cantidad de trabajo, e incentivos de productividad— (36,4 % de brecha), y en los pluses de nocturnidad, en el trabajo por turnos o en el trabajo en fin de semana (brecha de casi el 40 %), así como en los pagos por horas extraordinarias (75 % de brecha).

La combinación del total de estas situaciones fomenta la feminización de la pobreza y de la precariedad, tanto en la vida adulta como en la vejez. Así, según datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en el año 2016 había 4.242.652 hombres que cobraban una pensión contributiva de jubilación, *versus* 3.290.371 mujeres. Las cuantías medias de las pensiones masculinas eran de 1.312,13 euros y, las de las mujeres, de 896,27 euros. Del conjunto de personas que cobraban una pensión de jubilación inferior a los 700 euros mensuales, 2.222.728 eran mujeres y 1.237.112 eran hombres, mientras que del conjunto de personas que cobraban una pensión de jubilación superior a los 1.500 euros mensuales, 1.083.546 eran hombres y 219.694 eran mujeres. Ello se traduce en una mayor tasa de riesgo de pobreza entre las mujeres mayores que entre los hombres, así como en más carencias materiales y más dificultades para llegar a fin de mes.

Tabla 1. Distribución por sexos (expresada en porcentajes) de las tareas del hogar y de cuidados en los hogares, 2015

	Persona cuidadora principal de las personas discapacitadas del hogar			Persona cuidadora de menores de 15 años			Persona cuidadora de personas mayores de 65 años y más (no discapacitadas)			Quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Persona entrevistada	22,01	17,71	25,33	6,17	1,25	10,87	2,31	1,43	3,15	26,54	10,89	41,47
Su pareja	17,03	21,94	13,24	3,49	6,66	0,47	1,07	1,64	0,52	15,05	28,89	1,86
Persona entrevistada + pareja	11,16	12,01	10,50	16,76	17,81	15,75	1,00	1,05	0,95	28,90	31,95	25,99
Persona entrevistada + alguien distinto de la pareja	4,33	4,27	4,38	1,08	0,37	1,76	0,26	0,26	0,25	7,75	5,70	9,70
Persona entrevistada + persona contratada	1,00	0,33	1,52	0,03	-	0,07	0,02	-	0,04	1,34	0,76	1,90
Otra persona del hogar distinta de la pareja	15,29	16,09	14,67	5,05	5,71	4,41	0,94	0,96	0,93	15,14	17,43	12,95
Persona contratada	3,86	4,17	3,62	0,15	0,23	0,08	0,17	0,09	0,24	3,71	2,97	4,41
Servicios Sociales	0,85	-	1,51	-	-	-	0,03	0,06	0,01	0,23	0,21	0,25
Entre todos los miembros del hogar	0,68	0,66	0,70	0,42	0,49	0,35	-	-	-	1,04	0,92	1,15
Entre todos los miembros del hogar + persona contratada	0,23	0,53	-	0,04	-	0,07	0,02	0,05	-	0,00	0,00	-
Un familiar que no reside en el hogar	0,08	-	0,13	0,03	0,05	0,00	0,01	-	0,01	0,28	0,24	0,32

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2015.

La relación entre el ámbito de los cuidados familiares y del trabajo del hogar y la economía considerada productiva es, desde una perspectiva de género, dialéctica: del mismo modo en que la construcción social de los cuidados como algo femenino fomenta la desigualdad de género en el mercado laboral —según se ha señalado anteriormente—, la situación de inferioridad de las mujeres en el mercado laboral favorece, en muchos casos, que en situaciones de necesidad de cuidados familiares sean ellas quienes realicen una jornada laboral reducida o abandonen su trayectoria profesional para dar una respuesta a tales cuidados. Es por ello que la economía feminista aborda el ámbito reproducti-

vo y productivo de un modo conjunto y entiende que la situación social de las mujeres no puede mejorar, salvo que se introduzcan simultáneamente cambios en los dos ámbitos.

Además de tratar la esfera productiva y la esfera reproductiva como ámbitos de la vida social en constante interacción, la economía feminista denuncia el protagonismo social y económico de la primera, a partir de la cual se organizan el resto de esferas sociales. Uno de los ejes centrales de los debates en el seno del feminismo ha girado en torno a dos formas distintas de abordar la justicia de género: la igualdad y la diferencia. En el contexto de los cuidados, el abordaje de la igualdad se materializa en el fomento de la justicia de género mediante la promoción de la ocupación laboral femenina; el abordaje de la diferencia se materializa en la promoción de la justicia de género, principalmente brindando apoyo a los cuidados informales.

El principal problema del primer abordaje es que corre el riesgo de presuponer «lo masculino» como norma, y coloca a las mujeres en una situación de desventaja, al tiempo que nos impone, a todas y a todos, una concepción de economía que equipara trabajo con empleo. Nancy Fraser (2015) se refiere a ello como «modelo de proveedor universal». Esto se traduce en la promoción de la justicia de género mediante la incorporación de las mujeres en el mercado laboral y en la economía «productiva», que desempeñan un papel central en la vida económica, mientras que los cuidados y el trabajo doméstico no remunerado (el ámbito de la reproducción) siguen desempeñando un papel marginal. La división sexual del trabajo y de esferas es transgredida únicamente en la medida en que las mujeres se incorporan en el ámbito laboral y «productivo» y no se cuestiona la identificación social de las mujeres con el ámbito reproductivo ni la de los hombres con el productivo. La incorporación laboral de las mujeres como motor exclusivo de la justicia de género presenta severas limitaciones, dado que, en comparación con los hombres, tal y como sabemos, se produce en condiciones de desventaja. Si a ello le añadimos la escasa atención social y política que el ámbito reproductivo recibe en la actualidad, la estrategia se traduce en un aumento de la carga global de trabajo de las mujeres (se incorporan en el mercado laboral y a la vez siguen siendo responsables del trabajo doméstico y de cuidados), en una reproducción de la división sexual del trabajo existente, y en una perpetuación, tanto de la centralidad de la economía «productiva», como de la marginación de la reproductiva.

Por otro lado, el segundo abordaje también es problemático, puesto que a menudo puede responder, de un modo no deliberado, a conceptos esencialistas y naturalizadores de una femineidad orientada a la reproducción social, reforzando así los estereotipos relacionados con supuestas diferencias biológicas o psicológicas, y confinando a las mujeres a las divisiones y especializaciones de género existentes. Nancy Fraser se refiere a ello como «modelo de paridad de la persona cuidadora». Ello se traduce en un apoyo —principalmente en la forma de prestaciones económicas— a los cuidados informales prestados en el ámbito reproductivo familiar. Aunque ello obedece a una cierta ampliación de la importancia depositada en el trabajo doméstico y de cuidados, el ámbito «productivo» no pierde en ningún caso su centralidad social y económica. Además, a diferencia del modelo anterior, no se potencia necesariamente la incorporación de las mujeres en el mercado laboral como herramienta principal de consecución de la justicia de género, y la ausencia de un cuestionamiento de la división sexual del trabajo y de esferas perpetúa la invi-

sibilización de la reproducción en el ámbito familiar y doméstico, así como la reclusión de las mujeres en el mismo.

En definitiva, ni es posible alcanzar la justicia de género mediante la mera incorporación de las mujeres en el modelo masculino de empleo (Carrasco, 2013), ni es posible lograrla fomentando marcos normativos y de intervención que sigan marginando la esfera reproductiva de la vida económica y perpetúen la esencialización de la capacidad y responsabilidad hacia los cuidados como elementos innatos a las mujeres (véase Diputación Foral de Guipúzcoa, 2012).

Ante este dilema, desde el feminismo surgen diversas voces—como la de la propia Fraser— que apuestan por reinterpretar conceptualmente la justicia de género y defienden abordarla como una idea compleja y multidimensional que engloba una pluralidad y diversidad de principios normativos. Ello conlleva transformar radicalmente el modelo predominante de ciudadanía y de sujeto de derechos (inherentemente masculinos) y desplazar la centralidad de la economía «productiva» de la vida social, política y económica. Frente a los modelos de «proveedor universal y de paridad de la persona cuidadora», Fraser (2015) propone invertir las jerarquías económicas actualmente existentes y avanzar hacia el modelo de «persona cuidadora universal», lo que conlleva que los patrones de vida que hoy se consideran femeninos se transformen en la norma para todos y todas, y que el mercado laboral esté diseñado para trabajadores y trabajadoras remunerados que, fruto del desmantelamiento de la oposición sexista entre «la actividad proveedora» y «la actividad cuidadora», también sean cuidadores y cuidadoras. Implica, asimismo, la integración de actividades que actualmente están separadas, la eliminación de su codificación de género y, en definitiva, la reducción de la importancia del género como principio estructural de la organización social.

La doble premisa —por un lado, la relación dialéctica entre la esfera productiva y la reproductiva y, por otro, la porosidad de la línea que las separa, defendida por la economía feminista— tiene unas consecuencias políticas sumamente

Podemos aspirar a que los cuidados sean responsabilidad prioritaria, los hombres como de las mujeres, y que sean asumidos y prestados por múltiples actores sociales, en múltiples espacios físicos e institucionales.

relevantes: la adjudicación de los hombres al ámbito productivo y de las mujeres al ámbito reproductivo no es ni atemporal ni inevitable, como tampoco lo son la frontera histórica entre ambos ámbitos ni la marginación social, política

y económica de la esfera reproductiva. En otras palabras, podemos aspirar a que los cuidados sean responsabilidad prioritaria, tanto de los hombres como de las mujeres, y podemos aspirar también a que sean asumidos y prestados por múltiples actores sociales, en múltiples espacios físicos e institucionales y tomando como base múltiples y diversos vínculos sociales.

La variabilidad contextual y la evolución histórica de las distintas esferas económicas pueden tomar distintas direcciones y derivas. Aunque la economía feminista lleva décadas hablando de ello, los cuidados han adquirido recientemente más visibilidad social debido al estallido de la denominada «crisis de los cuidados», que pone de manifiesto la incapacidad del sistema económico y social actual para garantizar el bienestar de amplias capas de la población y la agudización de la incapacidad de amplios sectores de la población para cuidarse, cuidar o ser cuidados (Ezquerro, 2011). Son múltiples los factores que

generan esta situación, como el envejecimiento demográfico de las últimas décadas, la significativa incorporación de las mujeres en el mercado laboral, la profundización de políticas neoliberales y el fuerte crecimiento de modelos familiares no tradicionales. Estos cambios, además, se producen en un escenario lleno de contradicciones: por un lado, en los últimos años aparece en la agenda política, cada vez con más fuerza, la necesidad de impulsar un «cuarto pilar» del Estado de bienestar, el pilar de los cuidados, que debería incluir los cuidados de la infancia, de las personas mayores y de las personas con diversidad funcional. La aprobación en España de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) es el resultado más evidente de ello. Por otro lado, sin embargo, a raíz de la crisis económica, los gobiernos estatales y autonómicos optan por un ahondamiento de las políticas de austeridad hegemónicas a escala internacional desde la década de 1980 (López *et al.*, en Lois y Alonso, 2014), unas políticas cada vez más centradas en los recortes del gasto público y en la reestructuración de los procesos de reproducción social. En nuestro país, el principal efecto de todo ello en el ámbito reproductivo ha consistido en un incremento del trabajo reproductivo llevado a cabo en los hogares como consecuencia de la reducción del gasto público y en una disminución de la adquisición de ciertos servicios privados de cuidados y de atención por la imposibilidad de asumir los costes de los mismos, con la consiguiente eliminación de derechos sociales y la reproducción de desigualdades.

Ahora bien, estas políticas —y sus efectos— no eran ni son inevitables, y una política pública decididamente a favor de fomentar la centralidad social, política y económica de los cuidados, tal y como se plantea aquí, puede contribuir de forma decisiva a revertir esta tendencia y a crear una nueva con voluntad democratizadora. Si bien en años recientes este objetivo ha desaparecido en gran medida de la agenda política institucional, en la agenda política del feminismo está presente con más fuerza que nunca. El reto actual consiste en recuperar el terreno perdido en el ámbito institucional e impulsar nuevos modelos de cuidados más democráticos y más justos, tanto para quien los recibe como para quien los presta.

2. La economía de los cuidados

La Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹ define el trabajo de cuidados como todas aquellas actividades, en un sentido amplio, llevadas a cabo para dar respuesta a las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de una o más personas en la esfera pública y/o en la esfera privada, así como en la economía formal, en la economía informal y de un modo no remunerado.

El concepto de «cuidados» se caracteriza por una complejidad rara vez reco-

¹ Organización Internacional del Trabajo. (2015). *Women and the Future of Work - Taking care of the caregivers*, disponible en: <http://www.ilo.int/global/docs/WCMS_351297/lang-en/index.htm>.

nocida. Se utiliza habitualmente con referencia a personas que requieren una atención específica (bien porque se encuentran al inicio o al final del ciclo vital, o porque presentan diversidad funcional) y, por ello, los cuidados a menudo son social y políticamente estigmatizados. Sin embargo, la vulnerabilidad y la (inter)dependencia son inherentes a la condición humana y, además, son multidimensionales (Pérez Orozco, 2016). Todas las personas necesitamos cuidados y atención —de distintos tipos y grados— en incontables momentos de nuestra vida. Según el momento del ciclo vital en el que nos hallemos, esta necesidad puede ser de tipo biológico, de tipo económico, en forma de socialización o de tipo emocional, entre otros (Carrasco, 2011; Esquivel, 2011).

La estigmatización que acompaña a los cuidados no la padecen únicamente las personas que los solicitan y/o que los reciben, sino también quienes los proveen. Caracterizados social y políticamente como responsabilidad y parcela de las mujeres (género) de bajos ingresos (clase) y/o migradas (origen/etnia), y ubicados mayoritariamente en el ámbito privado familiar o en sectores laborales precarizados, tal y como están organizados en la actualidad, los cuidados son el factor motor de fenómenos diversos, aunque interrelacionados, como la precariedad laboral, la segmentación del mercado laboral, la feminización de la pobreza, las dobles jornadas, la pobreza de tiempo, la renuncia a proyectos personales de vida, el aislamiento social, e incluso la violencia de género.

Impulsado desde la economía feminista, el concepto de «economía de los cuidados» busca, en primer lugar, visibilizar y valorizar el trabajo de cuidados realizado en las familias y en las comunidades que no es remunerado ni reconocido.² En segundo lugar, la economía de los cuidados aborda también el trabajo de cuidados de carácter remunerado fomentando que se lleve a cabo en condiciones justas y dignas, al tiempo que reivindica la importancia de las aportaciones en forma de servicios y transferencias provenientes del sector público. En tercer lugar, lejos de centrarse, por un lado, en la esfera familiar o en la comunitaria, y, por otro, en la esfera del mercado laboral y de las administraciones públicas, considera la totalidad de estas esferas como espacios sociales relevantes para la ejecución y recepción de cuidados y, al mismo tiempo, como actores responsables de su provisión durante todo el ciclo vital de las personas. En definitiva, la economía de los cuidados aborda la triple dimensión económica, social y política de los cuidados, dado que:

- 1.** reconoce que las economías consideradas productivas se benefician del trabajo de cuidados que no es reconocido ni remunerado y, por lo tanto, apuesta por sacarlo de la invisibilidad;
- 2.** pretende combatir las múltiples desigualdades sociales que acompañan tanto la provisión como la recepción de cuidados;
- 3.** y defiende fomentar la corresponsabilidad entre distintos actores sociales —incluidas las administraciones públicas— en la provisión y recepción de cuidados de un modo justo y digno.

La calidad de vida de las personas está influida por las condiciones laborales

² Varios estudios han señalado en los últimos años que prácticamente el 90 % del tiempo de cuidados en materia de salud adopta la forma de cuidados familiares (Durán, 2002; Delicado, 2011).

de que disfrutan (o que sufren), pero también por otras dimensiones de su vida cotidiana, como la organización de los tiempos y de los espacios, el acceso a servicios y apoyo y, entre otros, la carga global de trabajo (incluido el trabajo doméstico y de cuidados) que debe asumir cada persona (Carrasco, 2011). La economía de los cuidados tiene por objeto tomar en consideración todos estos factores y abordarlos en su totalidad de forma simultánea y dialéctica; por ello, tendría que ser el ámbito fundamental hacia el que deberían orientarse los objetivos sociales y económicos, así como el referente principal de las prioridades políticas.

En este sentido, el gran potencial de la economía de los cuidados consiste en contribuir a poner fin a la reclusión e invisibilización que los cuidados han sufrido históricamente en el ámbito familiar, a desnaturalizarlos como algo propio de las mujeres y los hogares y ajeno al mundo económico, y a politizarlos y construirlos como un fenómeno objeto de intervención pública y de acción social y económica. Además, una mayor centralidad de la economía de los cuidados puede contribuir a desplazar el beneficio económico y la productividad como ejes conductores de la actividad política y económica y a sustituirlos por el bienestar de las personas y el sostenimiento de la vida.

3. La economía social y solidaria

La economía social y solidaria y la economía feminista comparten una mirada crítica a los principios que la teoría económica hegemónica impulsa. Ambas defienden, en primer lugar, reivindicar la importancia de instituciones más allá del mercado —como las familias, el Estado o las comunidades— como generadoras de cuidados, entendidos como un bien y un servicio esencial; en segundo lugar, tanto la economía feminista como la economía social y solidaria pretenden colocar a las personas y sus condiciones de vida en el centro de los análisis; en tercer lugar, también aspiran a superar la dicotomía establecida por la economía convencional entre el espacio público-productivo y el espacio privado-reproductivo (o no productivo) (REAS Euskadi, 2014).

Otro principio fundamental compartido por la economía feminista y la economía social y solidaria es la preponderancia de la equidad, la horizontalidad, la cooperación y la interdependencia en las relaciones que deben conformar la vida social y económica, con el objetivo de generar condiciones de vida dignas y de superar las discriminaciones y desigualdades por razón de clase, género, edad, etnia, origen y, entre otros, diversidad funcional, que caracterizan las sociedades contemporáneas. Ello contribuye a que el trabajo, en un sentido amplio, incluido el trabajo de cuidados, se valore más por su valor de uso que por su valor de cambio, permitiendo así el desarrollo de las personas tomando como prioridad principal la satisfacción de las verdaderas necesidades de la población. Significa, a su vez, que los principales objetivos de las iniciativas económicas deben ser, en primer lugar, la promoción humana y social (y no el ánimo de lucro ni el enriquecimiento privado) y, en segundo lugar, y mediante

la creación de redes y de alianzas comprometidas con su entorno, la generación de un modelo socioeconómico alternativo (REAS Euskadi, 2014). Este breve recorrido por los principios rectores que comparten la economía feminista y la economía social y solidaria visibiliza el enorme potencial existente para que ambas sean, tanto una fuente de inspiración, como el marco normativo de una organización social de los cuidados.



III. MARCO DE DEMOCRATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

En este apartado se presenta y define el marco empleado para analizar las experiencias de cuidados durante la realización del diagnóstico, el cual, a su vez, puede ser sumamente útil a la hora de generar herramientas para el diseño, implementación y evaluación de una política pública que considere los cuidados como una de sus prioridades: **la democratización de los cuidados**. Este modelo se construye a partir de una mirada claramente feminista, y permite abordar las múltiples tensiones, contradicciones y desigualdades presentes en la actual organización de los cuidados.

Según se ha señalado anteriormente, el estallido de la crisis de los cuidados y de la crisis económica nos sitúa en una encrucijada: está en juego que la entrada en crisis del modelo tradicional de la provisión de cuidados que se ha expuesto con anterioridad se traduzca en una recomposición reaccionaria donde gran parte del peso vuelva a recaer en las mujeres, sin que reciban ningún tipo de reconocimiento, o que su debilitamiento provoque el surgimiento de una nueva organización social de los cuidados basada en valores democráticos, tanto para quien los recibe como para quien los proporciona. Si deseamos garantizar la segunda posibilidad, debemos empezar a trabajar para conseguir un **modelo de cuidados** que supere todas las carencias descritas hasta ahora y presente una **clara vocación transformadora**. Según Nancy Fraser, una agenda de cuidados transformadora es aquella que modifica las desigualdades asociadas con la provisión de cuidados mediante «la reestructuración del marco generativo subyacente», en contraste con medidas paliativas «destinadas a corregir los resultados desiguales de ciertos acuerdos sociales sin alte-

rar el marco subyacente que los genera» (Fraser, 1995). Es decir, es una agenda que interviene en las causas generadoras de desigualdad y no simplemente en sus efectos. Se trata de convertir en objetivo político prioritario la democratización del conjunto de relaciones sociales, económicas, institucionales y simbólicas que estructuran la organización social de los cuidados en nuestra sociedad; se trata de garantizar, a su vez, que los cuidados prestados se caractericen por ser unos cuidados de calidad y universales, sin que ello signifique que vayan en detrimento de la multiplicidad de experiencias, particularidades y trayectorias vitales que caracterizan la vida en la ciudad (Pérez Orozco, 2016), como distintos tipos de familias, modelos de convivencia diversos u orígenes nacionales y culturales plurales.

Para lograr estos objetivos, proponemos un marco de democratización de los cuidados que conste de dos ejes estratégicos centrales y de dos ejes estratégicos transversales. Los primeros comprenden la promoción del reconocimiento de la centralidad social de los cuidados y la socialización de la responsabilidad hacia los mismos. Los dos ejes transversales, que atraviesan los otros dos ejes, son la eliminación de la (mala) división social del trabajo que caracteriza la actual organización social de los cuidados desde una perspectiva interseccional y el empoderamiento de las personas proveedoras de cuidados y de quienes los reciben.

A continuación se presentan los cuatro ejes mencionados. Los dos ejes centrales del marco de democratización de los cuidados están profundamente relacionados con la obra de Nancy Fraser y su énfasis en el reconocimiento y la redistribución, según se indica en la tabla 2 y se detalla en los apartados siguientes. Los dos ejes transversales se sitúan a caballo entre el reconocimiento y la redistribución.

Tabla 2. Marco de democratización de los cuidados

Ejes centrales	Ejes transversales	
Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados	Eliminación de la (mala) división social de la organización social de los cuidados desde una perspectiva interseccional	Empoderamiento personal, relacional y colectivo en torno a la organización social de los cuidados
Socialización de la responsabilidad de los cuidados hacia el ámbito comunitario, las administraciones públicas y el sector privado		

Fuente: Elaboración propia.

1. Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados

Según la Plataforma para la Acción de Beijing, reconocer los cuidados significa visibilizar su naturaleza, sus dimensiones y su papel en unos contextos específicos. Reconocer los cuidados implica, a su vez, tomar en consideración la totalidad de sus contribuciones al conjunto de la economía y de la sociedad, sin olvidar quién efectúa tales contribuciones. También implica no obviarlos en el diseño de políticas públicas. Reconocer la centralidad social de los cuidados conlleva, además, medirlos mediante, entre otros instrumentos, encuestas de usos del tiempo y la recopilación de datos desagregados por sexo y otras variables relevantes. Reconocer la centralidad social de los cuidados significa, a su vez, generar nuevas agendas discursivas y nuevos imaginarios con el propósito de cuestionar las relaciones de poder existentes en su organización actual y con objeto de eliminarlos como una externalidad inevitable de la vida moderna y construirlos como una actividad fundamental en una sociedad que prioriza la interdependencia y la sostenibilidad de la vida. La totalidad de los componentes del reconocimiento de la centralidad social de los cuidados se engloban en una **primera dimensión, denominada «valorización social y simbólica de los cuidados»**.

Asimismo, reconocer la centralidad social de los cuidados conlleva visibilizar el modo en que la actual organización social de los mismos genera un riesgo de exclusión social entre las personas que los proveen, con independencia de que lo hagan a cambio de una remuneración o no. Este riesgo de exclusión social adopta múltiples formas y a menudo se traduce en impactos negativos en la salud, en aislamiento social, en pobreza de tiempo, y en dificultades para que la persona cuidadora pueda desarrollar proyectos vitales propios, como consecuencia de una dedicación intensiva y prolongada en el tiempo al cuidado de un miembro de la familia. El riesgo de exclusión social se traduce también en condiciones sociales y laborales caracterizadas por la precariedad en una buena parte de las personas que se dedican a la provisión de cuidados de un modo profesional y remunerado. Dicho de otro modo, cuando el acceso a los cuidados está garantizado, estos a menudo son prestados a costa de los derechos de las personas que los proveen (Pérez Orozco, 2016). Esta serie de elementos integran la **segunda dimensión** del eje estratégico del reconocimiento social de los cuidados, entendida como una **garantía de que el acceso a unos cuidados dignos no se obtiene a costa de los derechos de otra persona**.

Tabla 3. Resumen del eje estratégico del reconocimiento de la centralidad social de los cuidados

Eje estratégico 1. Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados

Dimensión 1.1. Valorización social y simbólica de los cuidados

Dimensión 1.2. Garantía de que el acceso a unos cuidados dignos no se obtiene a costa de los derechos de otra persona

Fuente: Elaboración propia.

2. Socialización de los cuidados

Pese a que fue la gran ausente en la Plataforma para la Acción de Beijing, en los últimos años la redistribución de los cuidados ha adquirido una fuerza creciente en los debates analíticos y normativos en torno a la organización social de los mismos. En un principio, cuando se hablaba de la redistribución de los cuidados, el concepto se limitaba a la transferencia de responsabilidad con respecto a los cuidados y de carga de trabajo de cuidados entre mujeres y hombres en el marco de las familias y los hogares privados. Dicho de otro modo, era sinónimo de reparto equitativo —desde una perspectiva de género— de la responsabilidad y la carga de trabajo entre personas individuales (mujeres-hombres) y, aún hoy, este es el abordaje que siguen realizando propuestas feministas de reestructuración de los cuidados de corte liberal.

En los últimos años, sin embargo, se ha problematizado el hecho de que la mayor parte de los cuidados que las personas necesitan son prestados en el ámbito de la familia. De ahí que una agenda política de democratización de los cuidados, que se propone contribuir a reconocer su importancia y su centralidad social y económica, entienda su distribución como algo que debe tener lugar más allá de las fronteras y de la privacidad de los hogares, y que debe incluir a la sociedad en su conjunto. Ello es así, no solo porque existen hogares y/o familias en los que no es posible una mayor redistribución (con altas cargas de cuidados y con recursos económicos limitados) o en los que la redistribución no es posible en absoluto (hogares monomarentales), sino también porque el reconocimiento de su centralidad social conlleva que el conjunto de actores y de instituciones sociales (la comunidad, las administraciones públicas y el sector privado) los asuman y se responsabilicen de ellos. Es por esta razón que en el presente estudio se habla de socialización y no de redistribución. Esta socialización, que en definitiva pretende reducir la sobrecarga y la sobrerresponsabilización de las familias en la provisión de cuidados y bienestar, además de fomentar la asunción de responsabilidad por parte del resto de actores sociales, se plantea en tres direcciones a través de **tres dimensiones** distintas: **a) socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario;** **b) socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas;** y **c) socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro.**

Estos desplazamientos no se entienden como absolutos, sino que pueden producirse en distinto grado según la situación; tampoco se entienden como una apuesta por eliminar el rol cuidador de la familia. La socialización de los cuidados, sin embargo, sí que debe comportar una reducción del protagonismo excesivo —y de la sobrecarga resultante— de la familia, y particularmente de las mujeres. Por otro lado, la socialización de la responsabilidad en materia de cuidados incluye, más allá de la redistribución de tareas concretas y de carga de trabajo, la oportunidad de compartir dudas, saberes, experiencias y estados de ánimo y, por consiguiente, de reducir el aislamiento y la soledad en que suele tener lugar la provisión y recepción de cuidados.

Tabla 4. Resumen del eje estratégico de la socialización de los cuidados

Eje estratégico 2. Socialización de los cuidados
Dimensión 2.1. Socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario
Dimensión 2.2. Socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas
Dimensión 2.3. Socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro

Fuente: Elaboración propia.

Además de los dos ejes centrales señalados, el marco de democratización de los cuidados consta de dos ejes estratégicos transversales, que presentamos a continuación.

3. Reducción de la (mala) división social de la organización social de los cuidados desde una perspectiva interseccional

Diversos estudios revelan, según se ha señalado anteriormente, que en el Estado español y en Cataluña las mujeres siguen dedicando más tiempo que los hombres al trabajo de cuidados no remunerado, tanto de atención a los más pequeños como a personas adultas y de edad avanzada. Esta desigualdad conlleva múltiples consecuencias: como resultado de su sobrerrepresentación en el cuidado familiar, las mujeres sufren en mayor medida sus impactos negativos en su salud y bienestar; también experimentan más aislamiento social y más dificultades para participar en espacios comunitarios; sufren más pobreza de tiempo y, a menudo, también deben renunciar a proyectos vitales propios para poder garantizar la continuidad de la provisión de cuidados. Las desigualdades de género en la asunción de responsabilidades y de tareas de cuidados también ejercen claros impactos en el ámbito económico y laboral, contribuyendo a desigualdades de ingresos entre hombres y mujeres y a tasas de empobrecimiento más elevadas entre las mujeres (González y Jurado, 2015; Rivero, 2008). La concentración desproporcionada de mujeres en las tareas de cuidados se produce también en el ámbito del mercado laboral de los cuidados y del trabajo del hogar. Estos elementos constituyen la **primera dimensión** de este eje estratégico transversal: **la división sexual del trabajo en la organización social de los cuidados**. Cuando se plantea eliminar la división sexual del trabajo que caracteriza los cuidados, se obtiene una implicación equitativa entre hombres y mujeres en los cuidados proporcionados en la familia y para la familia, en la comunidad y para la comunidad, en las administraciones públicas y para las administraciones públicas, y en el sector privado y para el sector privado. Debe matizarse que, si bien difícilmente se logrará una equidad perfecta a corto plazo, sí que puede resultar útil promover una mayor implicación de los hombres en este ámbito, porque ello también hará que las mujeres cada vez tengan menos protagonismo.

Además, en las últimas décadas, el cuidado de las personas y el trabajo del hogar se han convertido en un sector laboral emergente, caracterizado por condiciones de precariedad, que cada vez da más empleo a personas —particularmente mujeres— de origen migrante. Si bien estas se ocupan de atender a personas en situación de especial fragilidad —como las personas mayores—, y de su cuidado, a menudo la precariedad laboral y social que experimentan no les permite garantizar un cuidado digno de sus propias familias ni de sí mismas. De ahí se derivan la **segunda** y la **tercera dimensión** del eje estratégico transversal de la (mala) división social del trabajo que caracteriza la organización social de los cuidados: **la división racial del trabajo en la organización social de los cuidados** y **la división socioeconómica en la organización social de los cuidados**.

Por ello, promover la democratización de los cuidados exige, transversalmente, combatir estereotipos e imaginarios de género y/o raciales que fomentan que los cuidados sean proporcionados mayoritariamente por mujeres y por personas —mujeres también, en su mayor parte— de origen migrante en las distintas esferas sociales; exige, también, impulsar políticas y acciones que aborden las múltiples desigualdades estructurales que fomentan una división social del trabajo inherentemente injusta en la organización social de los cuidados y/o que se derivan de ella.

Tabla 5. Resumen del eje estratégico transversal de la (mala) división social del trabajo que caracteriza la organización social de los cuidados

Eje estratégico 3. (Mala) división social del trabajo que caracteriza la organización social de los cuidados

Dimensión 3.1. División sexual del trabajo en la organización social de los cuidados

Dimensión 3.2. División racial del trabajo en la organización social de los cuidados

Dimensión 3.3. División socioeconómica en la organización social de los cuidados

Fuente: Elaboración propia.

4. Empoderamiento en torno a la organización social de los cuidados

El concepto de «empoderamiento» surge en la década de 1980 como una estrategia impulsada por el movimiento de mujeres del sur con objeto de avanzar en la consecución de cambios en sus vidas y de generar procesos de transformación de las estructuras sociales (León, 1997). En este sentido, «empoderamiento» significa que las personas adquieran el control de sus vidas, que logren ser capaces de hacer cosas y de definir sus propias agendas.

En el contexto específico de los cuidados, el empoderamiento adquiere relevancia como proceso transversal que cruza el reconocimiento de su centralidad social y el impulso de su socialización, tanto desde la perspectiva de las

personas que proveen cuidados como desde la de aquellas que los reciben, entre dimensiones interrelacionadas pero a la vez diferenciadas entre sí. En primer lugar, **el empoderamiento individual**, que se caracteriza por una transformación de la conciencia mediante el paso de una conciencia no reflexiva a una conciencia crítica, es relevante en el sentido de que impulsa la valoración personal de la importancia de los cuidados por parte de los distintos actores implicados, tanto desde una perspectiva de reivindicar y de reivindicarse el valor de los cuidados prestados, como desde una visión de creer en la capacidad de expresar necesidades y deseos particulares de cuidados como algo inherente a la vida humana en común. En segundo lugar, **el empoderamiento relacional** puede provenir de aquellas acciones y espacios que facilitan y fomentan el encuentro de personas que comparten una realidad determinada con relación a los cuidados y que les permiten compartir experiencias, conocimientos y habilidades, además de abordar necesidades. Dicho de otro modo, es el paso realizado desde la valoración personal de los cuidados hacia el cuestionamiento del aislamiento y la concienciación del carácter compartido y común de los cuidados más allá de la realidad específica vivida. En tercer lugar, **el empoderamiento colectivo** se produce cuando el encuentro entre distintos actores genera objetivos compartidos de transformación de las estructuras que sostienen la actual organización social de los cuidados, bien en forma de reivindicación de derechos sociales o, entre otros, laborales, o en forma de alteración de la realidad económica, social y/o política de los cuidados en una dirección democratizadora.

Tabla 6. Resumen del eje estratégico transversal del empoderamiento en torno a la organización social de los cuidados

Eje estratégico 4. Empoderamiento en torno a la organización social de los cuidados
Dimensión 4.1. Empoderamiento individual
Dimensión 4.2. Empoderamiento relacional
Dimensión 4.3. Empoderamiento colectivo

Fuente: Elaboración propia.

Aunque se considera que el impulso de cada uno de los cuatro ejes es un paso positivo hacia la democratización de los cuidados, aquí se formula un planteamiento global que analiza los cuatro ejes de forma integral, por lo que, avanzar únicamente en uno de ellos debe interpretarse como una democratización parcial, o incluso como un retroceso. Así, por ejemplo, pese a que una disminución de la división sexual del trabajo que afecta a la economía de los cuidados y al conjunto de la vida social y económica constituye un objetivo estratégico en sí mismo, si esta disminución no va acompañada de una socialización de los cuidados en un mayor número de actores, los hogares seguirán siendo los que asumirán la responsabilidad de una forma desproporcionada. De un modo similar, si simultáneamente a la socialización de los cuidados no se consigue una promoción del reconocimiento social de su centralidad, esta socialización podría adoptar una dirección mercantilizadora y ejercer un impacto negativo, no solo en el derecho al acceso a los cuidados de los colectivos más empobrecidos, sino también en los derechos laborales y/o sociales de otros, también en situación de mayor vulnerabilidad. Con el fin de desarrollar un abordaje complejo y multidimensional, y de concretar los mecanismos y acciones que

hay que desplegar para lograr una democratización holística de los cuidados, resulta imprescindible visualizar de un modo global los cuatro ejes y sus dimensiones correspondientes.

Tabla 7. Marco de la democratización de los cuidados. Ejes y dimensiones

Ejes centrales	Ejes transversales	
<p>Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados</p> <p>Valorización social y simbólica de los cuidados</p> <p>Garantía de que el acceso a unos cuidados dignos no se obtiene a costa de los derechos de otra persona</p>	<p>Eliminación de la (mala) división social de la organización social de los cuidados desde una perspectiva interseccional</p>	<p>Empoderamiento en torno a la organización social de los cuidados</p>
<p>Socialización de la responsabilidad de los cuidados en el ámbito comunitario, las administraciones públicas y el sector privado</p> <p>Socialización de los cuidados en el ámbito comunitario</p> <p>Socialización de los cuidados en las administraciones públicas</p> <p>Socialización de los cuidados en el sector privado con y sin ánimo de lucro</p>	<p>División sexual del trabajo en la organización social de los cuidados</p> <p>División racial del trabajo en la organización social de los cuidados</p> <p>División socioeconómica en la organización social de los cuidados</p>	<p>Empoderamiento individual</p> <p>Empoderamiento relacional</p> <p>Empoderamiento colectivo</p>

Fuente: Elaboración propia.



IV. METODOLOGÍA Y RECOPIACIÓN DE DATOS

En este apartado se explica el proceso de aproximación a la información y de recopilación de datos que se ha adoptado en la realización del proyecto. La investigación ha sido de carácter eminentemente cualitativo y ha consistido, en primer lugar, en el análisis de documentación diversa disponible sobre la temática de la economía de los cuidados y, en segundo lugar, en la realización de 22 entrevistas semiestructuradas a personas receptoras de cuidados, a personas proveedoras de cuidados y a personas responsables —tanto dentro como fuera de la administración municipal— de programas, servicios o experiencias relacionados con la economía de los cuidados. Además, el equipo investigador ha colaborado en la elaboración de un mapeo de los programas y servicios de cuidados actualmente existentes en el Ayuntamiento de Barcelona con el fin, no solo de incorporar y transversalizar los ejes estratégicos para la democratización de los cuidados en los distintos departamentos y áreas de la administración municipal, sino también de visibilizar los proyectos existentes que ya trabajan en esta línea. Finalmente, y de forma paralela a la labor investigadora, el equipo de investigación ha participado en tres grupos de trabajo —concretamente, en la Comisión Interdepartamental de Economía de los Cuidados, el grupo de trabajo de personas expertas para tratar la economía de los cuidados en las escuelas e institutos de la ciudad, y el grupo de contraste con personas expertas en economía de los cuidados, integrados por profesionales del Ayuntamiento de Barcelona y por personas expertas en el ámbito de la economía de las cuidados— que nos han ayudado a contrastar nuestro marco conceptual y de análisis, así como a ubicar y validar las líneas de actuación, propuestas y acciones que se desprenden de este trabajo.

1. Análisis de datos y de documentación

Aunque el proyecto presenta un carácter marcadamente cualitativo, durante el proceso se ha realizado la lectura y análisis de una documentación —abundante y variada— relacionada con la economía de los cuidados en el Estado español, en Cataluña y en la ciudad de Barcelona. Esta documentación ha permitido extraer, principalmente, información sobre diversos marcos normativos de distintos ámbitos de la administración pública, así como datos generados por distintas administraciones —en especial, el Ayuntamiento de Barcelona—, de carácter tanto cuantitativo como cualitativo, sobre la actual situación de la economía de los cuidados. La documentación ha incluido guías municipales, encuestas, estadísticas oficiales, diagnósticos, estudios encargados y/o realizados por el Ayuntamiento de Barcelona y por otros actores, planes municipales, convenios laborales, legislación estatal, convenios internacionales y notas de prensa, entre otros. Esta parte de la investigación ha permitido generar información que contextualiza y/o complementa los datos recabados mediante la realización de entrevistas. A continuación se relaciona la documentación consultada y analizada:

- **Convenio 189 sobre trabajo decente para las personas trabajadoras domésticas**, Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2011.
- **Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre, regulador del Régimen Especial de la Seguridad Social para los Empleados de Hogar**, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 15 de octubre de 1969.
- **Encuesta de Empleo del Tiempo**, Instituto Nacional de Estadística (INE).
- **Encuesta de Población Activa**, Instituto Nacional de Estadística (INE).
- **Encuesta de condiciones de vida y hábitos de la población**, Ayuntamiento de Barcelona.
- **Encuesta de Salud de Cataluña**, Generalitat de Cataluña.
- **Encuesta del uso del tiempo**, Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat).
- **Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.**
- **Estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.**
- **Estudio *Familia y género***, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 2012.
- **Guía de contratación pública social**, Ayuntamiento de Barcelona, 2016.
- **Guía de conciliación de la vida personal y laboral. Medidas del Ayuntamiento de Barcelona**, Ayuntamiento de Barcelona, 2015.

- Informe ***La salud de los que conviven con personas que tienen necesidades especiales de atención o dependencia en Barcelona***, Agencia de Salud Pública, 2009.
- ***Informe económico y social del sector de atención a las personas mayores con dependencia***, Asociación Catalana de Recursos Asistenciales, 2014.
- Informe ***Women and the Future of Work. Taking Care of the Caregivers***, Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2015.
- Informe ***Anàlisi del potencial del capital social dels grups de criança en el procés educatiu de 0-3 anys***, Jordi Puig y Marta Segura/Ayuntamiento de Barcelona, 2015.
- Informe ***Brecha salarial***, Comisiones Obreras de Cataluña, 2016.
- Informe ***Treballadors del Servei d'Atenció Domiciliària 2015. Anàlisi de la precarietat***, Ayuntamiento de Barcelona, 2016.
- Informe ***La situación de desigualdad salarial en Cataluña entre hombres y mujeres***, Generalitat de Cataluña, 2017.
- Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 2 de agosto de 2011.
- Nota de prensa ***L'Ajuntament introdueix millores socials, laborals i ambientals en el nou contracte d'Atenció Domiciliària***, Ayuntamiento de Barcelona, 2015.
- ***Plan por el Derecho a la Vivienda 2016-2015***, Ayuntamiento de Barcelona, 2016.
- ***Plan Foral para la Igualdad de Mujeres y Hombres 2012-2020***, Diputación Foral de Guipúzcoa.
- **Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar**, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 13 de agosto de 1985.
- **Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro**, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 19 de diciembre de 2006.
- **III Convenio colectivo del sector de ocio educativo y animación sociocultural de Cataluña para los años 2011 a 2016**, código de convenio n.º 79002295012003.
- **IV Convenio colectivo de trabajo de empresas de atención domiciliaria de Cataluña para los años 2015-2018**, código de convenio n.º 79001525011999.

2. Entrevistas semiestructuradas

En el transcurso del proyecto se han realizado un total de 22 entrevistas semiestructuradas: 10 a personas responsables y equipos técnicos y profesionales de proyectos, servicios y experiencias de titularidad diversa relacionadas con la economía de los cuidados en Barcelona; y 12 a personas receptoras de cuidados y personas proveedoras de cuidados, tanto de carácter profesional como no profesional.

Con relación al muestreo de proyectos, servicios y experiencias, se ha tenido en cuenta el criterio de territorialidad, efectuando una aproximación a proyectos, no solo a escala de Barcelona ciudad, sino también incorporando la dimensión desde los distritos y barrios. De este modo, se han abarcado 11 barrios distintos, pertenecientes a 8 de los 10 distritos de la ciudad. Esta apuesta por incluir la diversidad territorial ha obedecido a la intención de recoger la pluralidad de realidades y situaciones en el municipio, así como de reconocer la variedad de titularidades y gestiones de equipamientos, proyectos, agentes y sujetos motores de la economía de los cuidados en Barcelona, incluido el protagonismo social y comunitario en la materia.

En la elaboración del muestreo de perfiles de personas proveedoras y receptoras de cuidados se ha tenido la voluntad de recoger la singularidad de situaciones de cuidados en la

En la elaboración del muestreo de proveedoras y receptoras de cuidados se ha tenido la voluntad de recoger la singularidad de situaciones de cuidados en la diversidad de dimensiones.

diversidad de sus dimensiones: con relación a la variedad de familias y de formas de convivencia (incluidas las familias no nucleares, como las monoparentales, o la convivencia

madre-hija o entre hermanas), dando visibilidad a distintos momentos del ciclo vital, recogiendo la diversidad de origen y/o atendiendo a necesidades de cuidados muy específicas.

2.1. Las voces de los proyectos, servicios y experiencias

Seguidamente se presentan las experiencias seleccionadas para el estudio, las cuales incluyen una atención directa o indirecta y fomentan unos cuidados formales e informales. Todas ellas, tal y como se muestra en la tabla 8, presentan algún tipo de vínculo con la administración municipal, y lo que las diferencia es la fortaleza o centralidad de dicho vínculo, además de su relación con otras esferas, como la comunitaria o el sector privado. Una segunda diferencia entre las experiencias es la relación que mantienen con los cuidados; es decir, si tienen como función ofrecer algún tipo de servicio directo de cuidados, o si su actividad es más bien de tipo informativo o sensibilizador. A pesar de que algunas experiencias están especializadas en la provisión de servicios, y otras están dirigidas principalmente a los ámbitos de la información y la sensibilización, casi todas ellas cumplen, aunque en distinto grado, ambas funciones. En cuanto al perfil de personas usuarias al que se dirigen los distintos servicios, debe dis-

tinguirse entre, por un lado, el tipo de personas según el ciclo de vida que desde las experiencias se consideran destinatarias de los cuidados y, por otro, el tipo de personas consideradas como proveedoras. Así, 5 de las experiencias tienen como beneficiarias directas a la infancia, y 7 de ellas, a personas mayores (aunque de estas, 4 también buscan cubrir demandas y necesidades de personas adultas, y 3 también de la infancia). Al respecto cabe señalar que las experiencias analizadas están orientadas principalmente a estos tres momentos del ciclo vital (infancia, edad adulta y vejez), momentos que hemos considerado sensibles con relación a la atención a las necesidades de recepción y provisión de cuidados. Seguidamente se ofrece un breve perfil de cada una de las experiencias analizadas y una relación de las mismas en función de los criterios empleados para seleccionarlas.

Espacio familiar

Iniciado en el año 2011 y gestionado por una empresa desde el año 2013, es un equipamiento municipal y sus objetivos son: a) brindar apoyo a las familias en sus funciones parentales de crianza y educación (de 0 a 3 años, con acompañamiento de una persona adulta); y b) brindar apoyo a niños y niñas y adolescentes, de forma complementaria al apoyo recibido en casa y en la escuela, en su desarrollo socioeducativo (de 4 a 16 años, sin acompañamiento de ninguna persona adulta). Según datos correspondientes al curso 2014-2015, el espacio familiar vincula a un total de 381 niños y niñas y a 320 familias.

Ludoteca

Es un equipamiento municipal gestionado por una empresa desde el año 2001 y persigue un doble objetivo: a) ofrecer a la infancia una educación multidimensional, saludable y participativa a partir del juego y los juguetes; y b) construir y reforzar el vínculo entre el referente familiar (madre, padre, abuela, abuelo) y el niño o niña, y entre niños y niñas de distintas edades mediante el aprendizaje lúdico de contenidos de carácter convivencial. Los espacios que ofrece la ludoteca están organizados de acuerdo con la edad de los pequeños: niños y niñas de 0 a 4 años (asisten al espacio acompañados de una persona adulta); y de 5 a 12 años. La ludoteca vincula a un total de 167 niños y niñas y a 147 familias.

Proyecto «Nuevas Masculinidades»

Iniciado en el año 2011 y gestionado por una empresa, es un proyecto municipal cuyo principal objetivo consiste en sensibilizar, concienciar y trabajar con los hombres para que incorporen la igualdad de género —incluida su implicación equitativa en la responsabilidad hacia los cuidados— y construyan nuevas masculinidades positivas mediante la generación de espacios propios para hombres. Trabaja para cuestionar el modelo tradicional de masculinidad y fomentar distintos modelos alternativos, no violentos y no heteropatriarcales. También trabaja con profesionales de entidades y servicios diversos y otros actores de la administración municipal con miras a promover la transversalización de la perspectiva de género en los servicios.

Red de Intercambio

Se trata de un proyecto autogestionado que nació en 1993. Está inspirado en las experiencias francesas de bancos del tiempo y se halla muy vinculado al tejido asociativo del territorio. Se financia mediante aportaciones del Distrito y de la Obra Social “la Caixa”, y mediante una cuota simbólica trimestral de las personas implicadas. Tiene como objetivo construir y generar un vínculo social comunitario de forma voluntaria y gratuita a través del intercambio de conoci-

mientos, saberes y experiencias. Además de trabajar para mitigar la pobreza relacional cada vez más presente en las grandes ciudades, aborda el autocuidado y la salud a través de un amplio abanico de actividades y contenidos relacionados con los cuidados. Actualmente cuenta con la participación asidua de 400 vecinos y vecinas.

Entidad de Cuidados a Gente Mayor

Se trata de una entidad sin ánimo de lucro cuyo principal objetivo consiste en paliar la soledad de personas mayores en situación de vulnerabilidad y fomentar que puedan envejecer dignamente en su casa sin necesidad de ingresar en un centro residencial, que dicho ingreso pueda aplazarse el máximo de tiempo posible, o que el mismo resulte innecesario. Priorizan la atención a personas mayores de 65 años que vivan solas, con pocos recursos económicos y con una escasa red social, familiar y relacional. Las fuentes de su financiación son: 25 % de financiación pública (Ayuntamiento de Barcelona y Generalitat de Cataluña); 29 % de financiación privada; el 28 % de apadrinamientos; 11 % de donativos; y 7 % de acciones solidarias. Durante el año 2014 atendieron a 416 personas, el 50 % de las cuales eran mayores de 80 años y el 88 % eran mujeres.

Servicio de Ayuda a Domicilio

Es un servicio enmarcado en los Servicios de Atención Domiciliaria y está vinculado con los objetivos de la LAPAD. Forma parte de la cartera de servicios del Ayuntamiento de Barcelona, de la cartera de servicios de la Generalitat de Cataluña y de la cartera de servicios de Atención a la Dependencia (Gobierno central). El servicio incluye principalmente atención personal y limpieza del hogar, y es realizado por empresas y/o entidades adjudicatarias externas. Cada mes, el Servicio de Ayuda a Domicilio atiende en la ciudad de Barcelona a 15.000-16.000 personas; la cifra total anual de personas atendidas se sitúa en torno a las 19.000. Actualmente trabajan en él unas 2.000 personas.

Grupo de Apoyo a Personas Cuidadoras

Colectivo de carácter socioterapéutico iniciado en 2005, está integrado por unas 7 personas que son cuidadoras principales de un familiar enfermo o de edad avanzada, y por 2 profesionales de salud y acción social del ámbito público-comunitario. Su objetivo es conformar un espacio de confianza y empoderamiento de las personas cuidadoras y construir una identidad común, y diversa a un tiempo, del cuidador y cuidadora que también incorpore sus necesidades individuales. Su actividad principal consiste en organizar encuentros regulares que permitan compartir experiencias y estados de ánimo para brindar apoyo moral y psicológico a las personas participantes. También pone en común orientaciones prácticas y servicios.

Laboratorio del Tiempo

Desde el año 2004, el Ayuntamiento de Barcelona desarrolla iniciativas y proyectos con escuelas, entidades sociales, AMPA, el tejido empresarial, el sector de la economía social y solidaria y otros espacios comunitarios orientados a incidir en la organización de los usos del tiempo para sensibilizar sobre la necesidad de facilitar la conciliación y la sostenibilidad de la vida diaria de las personas. También impulsa proyectos de investigación sobre la temática, tanto de tipo diagnóstico como propositivo. El principal objetivo consiste en sensibilizar y diseñar políticas, programas y proyectos que faciliten la conciliación de la vida privada y la vida profesional. En este documento nos centramos en la dimensión informativa y sensibilizadora del Laboratorio del Tiempo, aunque sus líneas de actuación son mucho más amplias.

Organización de Trabajadoras del Hogar

Primer sindicato de trabajadoras y cuidadoras del hogar, nació en 2011 y vincula a mujeres provenientes de 16 países distintos. El objetivo de la organización es desarrollar la autonomía y el empoderamiento de las trabajadoras del hogar a través de actividades, diseñadas y ejecutadas por las propias afiliadas, con miras a facilitar el conocimiento y el ejercicio de los derechos de las trabajadoras; a promover la acción sindical como medio para salir del aislamiento en el que se ejerce el trabajo del hogar; y a sensibilizar, concienciar y visibilizar el trabajo que lleva a cabo el colectivo de trabajadoras y cuidadoras del hogar. Actualmente, este colectivo representa a 700.000 personas trabajadoras en el Estado español: el 95 % son mujeres y el 80 % son de origen migrante. De la cifra total, solo 300.000 están afiliadas a la Seguridad Social en régimen de servicio de trabajo del hogar.

Tabla 8. Relación de experiencias de cuidados analizadas

Entrevista	Experiencias	Tipos de Servicio		Personas beneficiarias de cuidados			Personas proveedoras de cuidados			Cargo de la persona entrevistada	Institucionalidad	Territorio
		Atención	Información y/o sensibilización	Infancia	Personas adultas	Gente mayor	Infancia	Personas adultas	Gente mayor			
13	Espacio familiar	X	X	X				X		Directora	Pública externalizada con orientación comunitaria	Les Corts
14	Ludoteca	X		X				X		Directora	Pública externalizada con orientación comunitaria	Zona Franca
15	Proyecto «Nuevas Masculinidades»		x	X		X		X		Coordinador y psicólogo del proyecto	Pública externalizada con orientación comunitaria	Barcelona
16	Red de Intercambio	X	X	X	X	X		X	X	Coordinadora del proyecto	Comunitaria autogestionada con apoyo de la administración municipal y de entidades privadas y comunitarias	Roquetes (Nou Barris)
17	Entidad de Cuidados a Gente Mayor	X	X			X		X	X	Responsables de programas	Fundación con apoyo público y privado	Barcelona
18	Servicio de Ayuda a Domicilio	X			X	X		X	X	Responsable técnico municipal	Pública externalizada	Barcelona
19	Servicio de Ayuda a Domicilio	X			X	X		X	X	Coordinadora técnica de empresa coordinadora	Cooperativa	Roquetes, Trinitat Nova i Canyelles (Nou Barris)
20	Grupo de Apoyo a Personas Cuidadoras	X	X			X		X	X	Director de Centro de Servicios Sociales en colaboración profesional con el grupo	Público-comunitaria	Esquerra de l'Eixample
21	Laboratorio del Tiempo		X	X	X	X		X	X	Directora del programa	Pública con orientación comunitaria Barcelona	Barcelona
22	Organización de Trabajadoras del Hogar	X	X	X	X	X		X	X	Organizadora de actividades	Comunitaria con apoyo público	Barcelona

2.2. Las voces de las personas usuarias y cuidadoras

Seguidamente se presentan los perfiles de las personas entrevistadas durante las 12 entrevistas realizadas para el estudio, las cuales comprenden el testimonio, tanto de personas proveedoras de cuidados, como de personas que los reciben. A la hora de diseñar la muestra, se procuró incorporar los siguientes perfiles: trabajadoras profesionales de cuidados, cuidadoras principales no profesionales y personas —tanto cuidadoras como cuidadas— usuarias de servicios públicos y privados y de espacios comunitarios de cuidados. No obstante, las entrevistas ponen de manifiesto la complejidad de relaciones que caracterizan los cuidados, dado que un elevado porcentaje de las personas cuidan y son cuidadas de forma simultánea —pueden ser, al mismo tiempo, cuidadoras profesionales y cuidadoras en el marco de la familia— y recurren a distintas tipologías de servicios y de proyectos. Las personas entrevistadas tenían edades comprendidas entre los 35 y los 95 años, y 14 eran mujeres. Tres de las 12 entrevistas se realizaron a 2 personas a la vez, por lo que el número total de personas entrevistadas es de 15.

La relación de cuidados no profesionales más frecuente que hallamos en la muestra es la establecida entre madre e hijo o hija (6 casos), seguida de la establecida entre hija y madre (3 casos), y 3 casos más de relación de cuidados hermana-hermana (1), esposa-esposo (1) y padre-hijo (1). Ello nos ha permitido representar la diversidad de familias y de formas de convivencia existentes.

Con miras a recoger la variedad y singularidad de las necesidades de cuidados, se entrevistaron a 4 personas cuidadoras que atendían principalmente a niños y niñas; 7 que cuidaban de personas mayores; y 1 que atendía a 1 adulto. De las 12 experiencias documentadas, la mitad debían hacer frente a necesidades específicas de cuidados, tales como discapacidad física e intelectual, o a distintas enfermedades, como Parkinson, Alzheimer o cáncer.

Por último, y con relación al empleo de espacios y servicios comunitarios, públicos y del sector privado, debe destacarse el hecho de que el uso de servicios y equipamientos de cuidados de titularidad pública es la opción mayoritaria en 10 de los 12 testimonios, seguido del uso de experiencias comunitarias (7) y de las opciones provenientes del sector privado contratadas vía mercado (5). En cuanto a la elección de equipamientos en el ámbito de los cuidados por parte de las personas usuarias y cuidadoras, se observa una relación directa entre la situación de renta económica, renta de tiempo y capacidad de reducir el aislamiento social, y la posibilidad de elegir entre un abanico más o menos extenso de opciones de servicios para la resolución de necesidades de cuidados.

Seguidamente se ofrece una breve descripción de cada una de las personas entrevistadas y una relación de las mismas en función de los criterios adoptados para seleccionarlas.

María

Mujer de 36 años, nacida en Barcelona, con un nivel formativo de grado medio. En la actualidad está contratada directamente por una familia de Gràcia en régimen de media jornada, en calidad de trabajadora familiar, para que cuide de una mujer de 84 años y realice las tareas domésticas de la casa donde la señora reside junto con su sobrino de 60 años. Anteriormente había ejercido la misma profesión sin contrato laboral y en unas condiciones salariales mucho peores que las actuales. Como trabajadora familiar, no ha recibido ningún tipo de formación especializada. Es madre de un niño de 11 meses y vive con su pareja en un piso de alquiler.

Carme

Mujer de 61 años, nacida en Barcelona, con un nivel formativo de grado medio. En la actualidad está en proceso de prejubilación en la empresa donde trabaja como administrativa. Es la cuidadora principal de su hermana de 69 años, que tiene movilidad reducida a causa de una poliomielitis. Ambas conviven en un piso de alquiler en el barrio de Sants. Es soltera y la menor de tres hermanas. Desde 1977 ha ido encadenando diversos procesos de cuidado en la red familiar: primero del padre con cáncer, después de la madre con depresión y, actualmente, de la hermana. Los únicos servicios con los que comparte las tareas de cuidado familiar son el servicio público de teleasistencia, una mutua privada y una trabajadora familiar por horas vía mercado.

Isabel

Mujer de 84 años, nacida en Barcelona, jubilada y perceptora de la pensión de vejez del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI). Es la cuidadora principal de su marido, de 89 años, diagnosticado de Parkinson, con quien convive en un piso de alquiler en el barrio del Guinardó. En la atención y cuidado de su marido también interviene el Servicio de Ayuda a Domicilio, con 1 hora y 40 minutos diarios, distribuidos entre la mañana y la tarde; semanalmente reciben 2 horas de visita de un voluntario de Amics de la Gent Gran [Amigos de la Gente Mayor]; y, puntualmente, utilizan el servicio público de teleasistencia y de ayuda a la movilidad adaptada de Taxi Amic [Taxi Amigo].

Anna

Mujer de 40 años, nacida en Barcelona, con un nivel formativo universitario. Es trabajadora de la administración pública y actualmente disfruta de una reducción de jornada. Encabeza una familia monomarental, formada por ella y su hija de 18 meses, de la que es la cuidadora principal. Ambas residen en un piso de propiedad en el barrio del Guinardó. En una doble dimensión de acompañamiento de su proceso de crianza y al mismo tiempo de cuidado de su hija, además de la ayuda de su red familiar, cuenta con el apoyo de numerosos espacios y servicios comunitarios, como el proyecto autogestionado MamaG, un grupo de apoyo a la maternidad; el centro de barrio Mas Guinardó; o el grupo de consumo de la cooperativa Rocaguinarda. Es usuaria de la guardería del barrio, en cuya AMPA participa, así como del Centro Deportivo Municipal. Finalmente, participa en el grupo de lactancia del Hospital de Sant Pau y del programa «Ya tenemos un hijo».

Pilar

Mujer de 67 años, nacida en Barcelona, con un nivel formativo de grado medio. En la actualidad está jubilada; trabajó durante 42 años como secretaria de dirección. Es la cuidadora principal de su madre, de 98 años, diagnosticada de Alz-

heimer y con la movilidad completamente reducida. Ambas conviven en un piso de propiedad en el barrio de la Esquerra del Eixample. Es soltera y la menor de tres hermanos, que colaboran económica y puntualmente en el cuidado de su madre. Desde 1981 ha sido la referente principal de cuidados en la red familiar: primero del padre, y desde hace 12 años de la madre. Compagina sus tareas de cuidados con el uso de servicios comunitarios de información y sensibilización y de tipo socioterapéutico; la madre es usuaria de lunes a viernes del Servicio de Ayuda a Domicilio, y puntualmente del servicio público de teleasistencia y de los programas «Respiro»; también utiliza diariamente servicios de trabajo doméstico y familiar contratados vía mercado.

Concepció

Mujer mayor de 65 años, nacida en Barcelona, con un nivel formativo de grado medio. Ex empleada de una entidad financiera, en la actualidad está jubilada. Es la cuidadora principal de su madre, diagnosticada de Alzheimer hace 12 años. Ambas conviven en un piso de propiedad en el barrio de Sant Andreu. Es soltera y la menor de tres hermanos, que colaboran económica y puntualmente en el cuidado de su madre. Compagina las tareas de cuidado con el uso de servicios comunitarios de información y sensibilización (Fundación ACE, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Barcelona), de tipo socioterapéutico (Red de Apoyo a Familias Cuidadoras) y de los programas «Respiro» («Tiempo para ti»). Su madre es usuaria de lunes a viernes del Servicio de Ayuda Domiciliaria, de un centro de día municipal y del servicio de transporte especial Puerta a Puerta para personas con movilidad reducida, y utiliza puntualmente el servicio público de teleasistencia; finalmente, recurre también de forma diaria a servicios de trabajo doméstico y familiar por horas vía mercado.

Laura

Mujer de 72 años, nacida en Barcelona, jubilada y cuidadora principal de su hijo con discapacidad física e intelectual severa (síndrome de Angelman). Vive con su hijo y su marido en un piso de propiedad en el barrio de la Salut, en Gràcia. Participa puntualmente en servicios privados y comunitarios de información y sensibilización, como los ofrecidos por la Red de Apoyo a Familias Cuidadoras o la Fundación Pere Tarrés. Su hijo es usuario de lunes a viernes de un centro de día municipal, donde ella también participa a través del espacio de socialización «Café de padres del centro».

Àngels y Joan

Àngels es una mujer de 35 años, nacida en Barcelona, con un nivel formativo universitario. Es trabajadora de la administración pública y actualmente disfruta de una reducción de jornada para poder cuidar de su hijo, diagnosticado de enfermedad oncológica hace 2 años. Vive con el niño y su marido en un piso de propiedad en el barrio de Sant Andreu. En una doble dimensión de acompañamiento y asesoramiento al pequeño y a sus familiares, recibe el apoyo del voluntariado de la Asociación de Familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Cataluña (AFANOC), de la Fundación Enriqueta Villavecchia y de la Asociación Española Contra el Cáncer, así como apoyo psicológico y terapéutico por parte de Oncolliga. La red familiar ha intervenido en el cuidado y acompañamiento de la enfermedad del pequeño de forma limitada. Finalmente, utiliza de forma semanal y por horas servicios de trabajo doméstico vía mercado.

Joan es un hombre de 38 años, nacido en Barcelona, con un nivel formativo universitario. Trabaja de gestor contable en la empresa privada. Es el padre y cuidador secundario de un niño diagnosticado de enfermedad oncológica hace 2 años. Reside con el niño y su mujer, Àngels, en un piso de propiedad en el

barrio de Sant Andreu. Utiliza los mismos servicios que Àngels en lo que se refiere a acompañamiento, asesoramiento y apoyo al niño y a la familia en enfermedad oncológica; y utiliza de forma semanal y por horas servicios de trabajo doméstico vía mercado. A nivel personal, es usuario de un centro deportivo privado.

Cristina

Mujer de 60 años, nacida en Andalucía, con un nivel formativo primario. Desde hace 23 años trabaja en el Servicio de Ayuda Domiciliaria municipal, aunque ha trabajado para las distintas empresas que han gestionado y gestionan el servicio. Actualmente tiene un contrato de 37 horas semanales en calidad de trabajadora familiar. Cada día atiende a una media de 4 personas usuarias, principalmente en el distrito de Nou Barris. Como trabajadora familiar, recibe formación con asiduidad por parte de la empresa fuera del horario laboral. Vive sola en un piso de propiedad fuera de Barcelona.

Mercè y Eva

Mujeres de 35 y 42 años, vecinas de Roquetes, nacidas en Barcelona y en Bilbao, respectivamente. Mercè se encuentra en situación de desempleo, mientras que Eva es trabajadora por cuenta propia. Ambas viven con su pareja y son madres de un menor de 3 años. Participan en calidad de grupo motor de un grupo de crianza autogestionado: un proyecto que satisface su necesidad de compartir la experiencia de la maternidad y que al mismo tiempo desarrolla un modelo de crianza alternativo respetuoso con los derechos y necesidades de los más pequeños. También reciben apoyo de otros espacios y servicios comunitarios, como el grupo de apoyo a la maternidad y el centro de barrio Ton i Guida. También son usuarias del grupo de lactancia del Centro de Atención Primaria (CAP) del barrio.

Rosa

Mujer de 43 años, nacida en El Salvador, con un nivel formativo universitario. Es la cuidadora principal de sus hijos de 3 y 7 años. Es vecina del barrio de El Raval, donde reside en un piso de alquiler con su marido y sus hijos. Desde el nacimiento de su primer hijo, se encuentra en situación de desempleo y abandonó los estudios de doctorado. El salario del marido es la única fuente de ingresos familiares, y ella es la cuidadora y responsable principal de las tareas domésticas y de cuidados de la familia. Es usuaria, fundamentalmente, de servicios públicos de cuidados, como el Espacio Familiar del Raval, la biblioteca Santa Creu y el Equipo Interdisciplinario para la Pequeña Infancia (EIPi). La red familiar extensa no interviene en absoluto en el cuidado de los hijos pequeños por causas diversas, como el hecho migratorio y el modelo relacional de la familia de su marido.

Núria y Montserrat

Núria es una mujer de 95 años, nacida en Bel (Castellón) y vecina del barrio de Roquetes desde 1966. Está jubilada y percibe la pensión de viudedad. Hace 18 meses sufrió una caída y, desde entonces, su hija Montserrat, de 71 años, convive con ella en un piso que tiene en propiedad. Montserrat es la cuidadora principal de su madre, actividad que compagina con el apoyo a la crianza de sus 3 nietos y nietas. En la atención y cuidado de Núria también intervienen el Servicio de Ayuda a Domicilio, con 8,5 horas, distribuidas de lunes a jueves, en horario de mañana y tarde; puntualmente utilizan el servicio público de teleasistencia y el servicio de atención primaria a domicilio.

Tabla 9. Relación de personas cuidadoras profesionales, no profesionales y receptoras de cuidados entrevistadas

Entrevista	Pseudónimo	Edad (de la persona cuidadora y de la persona cuidada)	Situación familiar y de cuidados	Territorio de Barcelona (de cuidados)	Información de uso de espacios comunitarios, de servicios públicos y del sector privado
1	Maria	36 años. Cuidadora profesional de una mujer de 84 años que convive con su sobrino de 60 años.	Pareja de hecho, tiene un hijo. Tiene un contrato de media jornada como trabajadora familiar.	Gràcia	Mutua médica privada. Teleasistencia. Trabajadora familiar vía mercado.
2	Carme	61 años. Cuida de su hermana, de 69 años, con movilidad reducida.	Soltera. Está en proceso de jubilación anticipada. Convive con su hermana.	Sants	Trabajadora familiar y servicio de limpieza doméstica por horas vía mercado.
3	Isabel	84 años. Cuida de su marido, de 89 años, diagnosticado de Parkinson.	Casada. Percibe el SOVI y las ayudas a la dependencia. Convive con su marido.	Guinardó	Voluntariado de Amics de la Gent Gran y Taxi Amic. Servicio de Ayuda a Domicilio y teleasistencia.
4	Anna	40 años. Cuida de su hija, de 18 meses.	Soltera. Trabajadora de la administración pública. Convive con su hija.	Guinardó	Espacio de crianza autogestionado MamaG, grupo de apoyo a la maternidad, centro de barrio Mas Guinardó, grupo de consumo de la cooperativa Rocaguinarda y AMPA. Guardería y centro deportivo municipales. Grupo de lactancia del Hospital de Sant Pau y programa «Ya tenemos un hijo».
5	Pilar	67 años. Cuida de su madre, de 98 años, diagnosticada de Alzheimer.	Soltera y jubilada. Convive con su madre.	Esquerra de l'Eixample	Fundación ACE y grupo de apoyo a personas cuidadoras «La Colla Cuidadora». Servicio de Ayuda a Domicilio, teleasistencia y programa «Respiro». Trabajadora familiar y servicio de limpieza doméstica por horas vía mercado.
6	Concepció	Mayor de 65 años. Cuida de su madre, diagnosticada de Alzheimer.	Soltera y jubilada. Percibe las ayudas a la dependencia. Convive con su madre.	Sant Andreu	Fundación ACE, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Barcelona, y grupo «Red de Apoyo a Familias Cuidadoras». Servicio de Ayuda a Domicilio, teleasistencia, centro de día municipal, servicio público de transporte especial «Puerta a Puerta», servicio de atención primaria a domicilio y programa «Tiempo para ti». Trabajadora familiar y servicio de limpieza doméstica por horas vía mercado.

Entrevista	Pseudónimo	Edad (de la persona cuidadora y de la persona cuidada)	Situación familiar y de cuidados	Territorio de Barcelona (de cuidados)	Información de uso de espacios comunitarios, de servicios públicos y del sector privado
7	Laura	72 años. Cuida de su hijo, de 30 años, con una discapacidad física e intelectual severa (síndrome de Angelman).	Casada y jubilada. Convive con su hijo y su marido. El hijo percibe pensión de invalidez y las ayudas a la dependencia.	La Salut (Gràcia)	Cursos de formación y apoyo de la «Red de Apoyo a Familias Cuidadoras» y de la Fundación Pere Tarrés. Centro de día municipal y «Café de padres del centro».
8	Àngels y Joan	35 y 38 años, respectivamente. Cuidadores principales de su hijo de 5 años, en proceso de recuperación de enfermedad oncológica.	Casados. Trabajan en la administración pública y en la empresa privada, respectivamente. Conviven la pareja y el hijo.	Sant Andreu	Voluntariado y servicios de asesoramiento, acompañamiento y apoyo de la Asociación de Familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Cataluña (AFANOC), Fundación Enriqueta Villavecchia y Asociación Española Contra el Cáncer; servicio de apoyo psicológico terapéutico de Oncolliga. Servicio de limpieza doméstica por horas vía mercado, escuela infantil y centro deportivo privados.
9	Cristina	60 años. Cuidadora profesional en el Servicio de Ayuda Domiciliaria.	Soltera. Tiene un contrato indefinido de 37 horas en Suara Cooperativa como trabajadora familiar. Recibe formación regular por parte de la empresa.	Nou Barris	Servicio de Ayuda a Domicilio, teleasistencia, centro de día municipal y servicio de comidas a domicilio.
10	Mercè y Eva	Entre 35 y 42 años. Cuidadoras principales de sus hijas menores de 3 años.	Ambas son pareja de hecho y cada una tiene una hija a cargo. Una está en situación de desempleo; la otra trabaja por cuenta propia.	Roquetes (Nou Barris)	Espacio de crianza autogestionado MARES, grupo de apoyo a la maternidad y centro de barrio Ton i Guida. Grupo de lactancia del CAP.
11	Rosa	43 años. Cuidadora principal de sus hijos de 3 y 7 años.	Casada. En situación de desempleo. Convive con su marido y sus hijos.	El Raval (Ciutat Vella)	Espacio Familiar del Raval, biblioteca pública Santa Creu y Equipo Interdisciplinario para la Pequeña Infancia (EIPi).
12	Núria y Montserrat	95 y 71 años, respectivamente. Madre e hija, que es la cuidadora principal.	Viuda. Perceptora de la pensión de viudedad. Conviven madre e hija.	Roquetes (Nou Barris)	Servicio de Ayuda a Domicilio, teleasistencia y servicio de atención primaria a domicilio.



V. ANÁLISIS Y DEBATE DE LAS EXPERIENCIAS

El análisis y debate de las experiencias está organizado en dos grandes bloques que se corresponden con los dos ejes estratégicos principales del marco de democratización de los cuidados: **un primer bloque de reconocimiento de la centralidad social de los cuidados** y **un segundo bloque de socialización de los cuidados**. La organización del análisis y debate de la información recogida de forma alineada con los ejes estratégicos centrales del marco de democratización de los cuidados previamente presentados responde a un doble objetivo: 1) explorar en qué medida y de qué modo los servicios y los espacios de cuidados analizados se adecuan a los ejes estratégicos centrales de la democratización de los cuidados; y 2) obtener, del análisis de las experiencias, propuestas de actuación política municipal para fomentar la democratización de los cuidados, bien en el marco de servicios, programas y espacios ya existentes en la actualidad, o mediante el impulso de nuevos programas, proyectos o servicios. Las dimensiones de los dos ejes estratégicos transversales se analizan de forma transversal en los dos apartados.

Debe destacarse que en el análisis y debate no se pretende realizar una caracterización exhaustiva de cada uno de los servicios y espacios de cuidados analizados, ni de cada una de las experiencias vitales y de las biografías relacionadas con la provisión y/o recepción de cuidados recogidas. El objetivo consiste, en primer lugar, en tomar como punto de partida los servicios, los espacios y las experiencias, para posteriormente, mediante el uso de metodología de análisis cualitativo y de otros tipos de datos complementarios, ahondar en algunos componentes de la organización actual de los cuidados en la ciudad de Barcelona; y, en segundo lugar y finalmente, a partir de ello, generar recomendaciones de actuaciones con vocación de transformación de los cuidados.

Así, tras recapitular los objetivos y ejes estratégicos del marco de democratización de los cuidados, junto con sus dimensiones, en los siguientes apartados se presenta un análisis y discusión de múltiples experiencias, servicios y espacios de cuidados a partir de dos bloques diferenciados: el reconocimiento de la centralidad social de los cuidados y la socialización de los cuidados. Al final de cada apartado, además, se incluye una lista de recomendaciones de actuación en el marco de la política municipal relacionadas con los ejes objeto de debate.

1. Adecuación de los servicios y espacios a los ejes estratégicos de democratización de los cuidados

Esquivel (2011) establece un marco analítico a partir de tres dimensiones (servicios de cuidados, programas de transferencias de ingresos y políticas de permisos o de conciliación) que resulta útil para llevar a cabo mapeos, diagnósticos y evaluaciones de las políticas en materia de cuidados, así como de servicios, experiencias y programas que se inscriben fuera del ámbito de la administración pública. Este marco, construido incluyendo en el mismo tanto la perspectiva de las personas beneficiarias de cuidados como la de aquellas que los proveen y/o que se responsabilizan de ellos, también puede contribuir a analizar políticas, servicios y prácticas que, pese a no ser explícitamente de cuidados (como las políticas educativas, de salud, sociales, etc.), intervienen de un modo u otro en la provisión de cuidados en particular y en la economía de los cuidados en general.

En este trabajo nos inspiramos en el marco propuesto por Esquivel, pero lo adaptamos al marco de democratización de los cuidados con el propósito de examinar de un modo exploratorio las experiencias seleccionadas en el marco de la economía de los cuidados en la ciudad de Barcelona y de este modo generar un primer diagnóstico. La tabla 10 está estructurada en ejes estratégicos, dimensiones y objetivos específicos. Además, introduce de forma previa el objetivo marco de garantía de un acceso universal a unos cuidados dignos desde la singularidad. La universalidad y la singularidad son dos criterios cruciales a la hora de analizar y promover la democratización de los cuidados y de determinar su centralidad social, dado que establecen, en el caso de la universalidad, el requisito de que quienquiera que los necesite pueda acceder a ellos y, en el caso de la singularidad, que en la provisión de este acceso se tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de las personas o familias solicitantes. Dicho de otro modo, se considera aquí el grado de universalidad de acceso a un servicio de cuidados en función de la capacidad de inclusión de cualquier persona que requiera el servicio ofrecido. Se considera que la singularidad viene determinada, a su vez, por la capacidad del servicio de incluir a todas aquellas personas que lo necesiten, con independencia de la existencia de circunstancias que puedan condicionar el acceso, o incluso impedirlo.

Tabla 10. Adecuación de servicios y espacios a los ejes estratégicos de democratización de los cuidados

Ejes de democratización de los cuidados y criterios de justicia de género	Objetivos específicos
<p>Garantía de acceso a unos cuidados dignos y de calidad desde la universalidad y la calidad</p>	<p>1.1. ¿Qué características presenta el servicio? 1.2. ¿Cuál es la calidad del servicio? 1.3. ¿Cuáles son los costes de acceso? 1.4. ¿Cuál es el nivel de cobertura efectiva? 1.5. La prestación, ¿cubre los costes de los cuidados o garantiza unos ingresos mínimos? 1.6. ¿Quiénes son las personas beneficiarias? 1.7. ¿De quién es el derecho real a recibir cuidados (condiciones/requisitos reales de acceso)? 1.8. ¿Existe un <i>décalage</i> entre inclusión formal y presencia/participación real de personas beneficiarias por razón de género, origen, tipo de familia, posición socioeconómica, etc.?</p>
<p>Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados</p>	
<p>Valorización social y simbólica de los cuidados</p>	<p>1.9. ¿En qué medida promueve un imaginario de protagonismo social de los cuidados? 1.10. ¿Qué datos se recaban y generan? 1.11. ¿Se recaban los datos desagregados por sexo, origen y otras variables? 1.12. ¿Se recaban datos representativos de la especificidad de las realidades de las mujeres y de otros actores «especializados» en los cuidados?</p>
<p>Garantía de que el acceso a unos cuidados dignos no se obtiene a costa de los derechos de otra persona</p>	<p>1.13. ¿En qué medida las condiciones de trabajo y laborales son dignas? 1.14. ¿En qué medida se reduce o se reproduce la sobrecarga de la persona cuidadora en el marco de la familia?</p>
<p>Socialización de los cuidados</p>	
<p>Socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario</p> <p>Socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas</p> <p>Socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro</p>	<p>2.1. ¿Permiten los costes de acceso sustituir o reducir los cuidados familiares? 2.2. ¿En qué medida el servicio es prestado por la comunidad, las administraciones públicas y/o el mercado? 2.3. ¿En qué medida el servicio o la acción promueven un modelo de cuidados que implique al Estado, al mercado y/o a la comunidad? 2.4. ¿En qué medida permite romper con el aislamiento social que a menudo caracteriza el ejercicio y la recepción de cuidados?</p>
<p>Eliminación de la (mala) división social de la organización social de los cuidados desde una perspectiva interseccional</p>	
<p>Eliminación de la división sexual del trabajo en la organización social de los cuidados</p> <p>Eliminación de la división racial del trabajo en la organización social de los cuidados</p> <p>Eliminación de la división socioeconómica del trabajo en la organización social de los cuidados</p>	<p>3.1. ¿Promueve el programa/servicio una diversificación del imaginario de persona cuidadora? 3.2. ¿En qué medida la acción, el servicio o el programa permiten reproducir/reducir estereotipos de género, étnicos u otros tipos de estereotipos relacionados con los cuidados? 3.3. ¿Quién asume el servicio que es responsable de los cuidados en el marco de la familia? 3.4. ¿En qué medida permite reducir la feminización y/o racialización de la actividad laboral? 3.5. ¿En qué medida promueve el servicio una disposición de tiempo propio equitativa entre hombres y mujeres?</p>
<p>Empoderamiento en el marco de la organización social de los cuidados</p>	
<p>Empoderamiento individual</p>	<p>4.1. ¿En qué medida promueve la valorización/desvalorización personal de los cuidados?</p>
<p>Empoderamiento relacional</p>	<p>4.2. ¿En qué medida el servicio permite compartir experiencias, saberes, dudas y estados de ánimo en torno a los cuidados?</p>
<p>Empoderamiento colectivo</p>	<p>4.3. ¿En qué medida promueve acciones destinadas a la alteración parcial o estructural de la actual organización social de los cuidados?</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Esquivel (2011).

2. Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados

Según se ha observado anteriormente, reconocer la centralidad social de los cuidados significa visibilizar su naturaleza, sus dimensiones y el papel que desempeñan en contextos específicos. También implica tomar en consideración de qué modo ello incide globalmente en el conjunto de la economía y de la sociedad, sin olvidar quién realiza tales contribuciones. Implica, además, no obviarlos en el diseño de políticas públicas. Reconocer la centralidad social de los cuidados también conlleva medirlos mediante, entre otros, encuestas de usos del tiempo y/o la recopilación de datos desagregados por sexo y otras variables relevantes. Reconocer la centralidad social de los cuidados significa, a su vez, generar nuevas agendas discursivas y nuevos imaginarios con objeto de cuestionar las relaciones de poder existentes en su organización actual y con miras a eliminarlos como una externalidad inevitable de la vida moderna y construirlos como una actividad fundamental en una sociedad que prioriza la interdependencia y la sostenibilidad de la vida. Todos estos componentes del reconocimiento de la centralidad social de los cuidados se engloban en una **primera dimensión, denominada «valorización social y simbólica de los cuidados».**

Reconocer la centralidad social de los cuidados también conlleva visibilizar de qué modo la actual organización social de los cuidados genera un riesgo de exclusión social entre las personas que los proveen, con independencia de si reciben una remuneración a cambio o no. Este riesgo de exclusión social adopta múltiples formas, a menudo traduciéndose en impactos negativos en la salud, en aislamiento social, en pobreza de tiempo y en dificultades para desarrollar proyectos vitales propios por parte de la persona cuidadora, como consecuencia de una dedicación —intensiva y prolongada en el tiempo— a los cuidados de un miembro de la familia. El riesgo de exclusión social se traduce también en condiciones sociales y laborales caracterizadas por la precariedad entre un elevado porcentaje de las personas que se dedican a los cuidados de forma profesional y remunerada. Este conjunto de elementos integran la **segunda dimensión** del eje estratégico del reconocimiento social de los cuidados, **denominada «garantía de que el acceso a unos cuidados dignos no se obtiene a costa de los derechos de otra persona».**

2.1. Valorización social y simbólica de los cuidados

Este apartado se divide en dos secciones: una primera de análisis y debate, y una segunda en la que se ofrece, a partir del análisis efectuado, una serie de propuestas de actuaciones relacionadas con la valorización social y simbólica de los cuidados.

2.1.1. Análisis y debate de la valorización social y simbólica de los cuidados

Casi todas las personas entrevistadas —en particular, las que proveen cuidados, ya sea a cambio de una remuneración o no— coinciden en afirmar que los cuidados disfrutan de un escaso valor social. Vale la pena referirse a algunas de las reflexiones que han efectuado al respecto. En primer lugar, consideran que el escaso valor atribuido a los cuidados guarda relación con su invisibilización. En este sentido, llama la atención la enorme contradicción existente entre la escasa valorización social de los cuidados y la enorme responsabilidad que conlleva el hecho de cuidar. En segundo lugar, consideran que la escasa valorización social de los cuidados es la hegemonía de un imaginario social que percibe la enfermedad y/o la discapacidad como estados de excepción, y la independencia individual, como la norma. En tercer lugar, y como contrapunto, se reivindican los cuidados como un espacio relacional y vital que permite la continuidad del hilo conductor entre distintas generaciones y la transmisión de valores y de conocimientos entre ellas.

Si los cuidados reciben un escaso valor social es porque, en primer lugar, las sociedades siguen sin problematizarlos: los dan por supuestos y no reconocen explícitamente su existencia, su importancia ni el hecho de que alguien se encargue de proveerlos. Así, una de las principales razones de la escasa valorización social y simbólica de los cuidados es la invisibilización de que siguen siendo objeto hoy en día; una invisibilización que contrasta con la enorme responsabilidad que conlleva estar a cargo de una persona en situación de vulnerabilidad o fragilidad:

¿Consideras que tu entorno, y la sociedad en general, da importancia al trabajo que realizas como cuidadora?

No, a ver, los que más te conocen, sí; estos, sí. Pero en general, no veo que esté muy valorado. Lo ven como algo normal y ya está.

¿Cómo percibes esto?

Lo percibo... bueno, no se tiene... No hace mucho, en *El Periódico* ha salido dos o tres veces la importancia de los cuidadores, y pensé: «¡Hombré! ¡Bueeeeno!» [se ríe]

Ya era hora, ¿no?

¡Muy bien!

[ENTREVISTA 2]

Socialmente se le da muy poca importancia al trabajo de cuidados, ¿no?, de las personas mayores y así. La gente que quizá aprecia un poco más este tipo de trabajo, o que lo valora algo más, son los usuarios o los familiares de estos usuarios, ¿no? Saben lo que es y lo valoran algo más. Pero socialmente está muy mal visto [...]. Por un lado, se desmerece el trabajo, no se le da la importancia que tiene, pero, por otro, se le atribuye una responsabilidad inmensa. Es contradictorio, ¿no? Porque nadie da importancia a este trabajo, pero todo el mundo le otorga una responsabilidad increíble.

[ENTREVISTA 1]

Según las personas participantes en el estudio, otra razón que explica la escasa valoración de los cuidados es la hegemonía de un imaginario social que percibe la enfermedad, la discapacidad y/o la dependencia funcional —en definitiva, la fragilidad y la vulnerabilidad humanas— como estados de excepción, y los estigmatiza.

Ahora... tú vas por la calle y a veces... Es que hay muchas formas de mirar. Hay gente que mira, pero no le das importancia, pero hay gente que mira, que da rabia. Lo que pasa es que yo, no... ¡Yo paso!

[ENTREVISTA 7]

Ese mismo imaginario percibe la independencia individual y la autonomía —en forma de salud plena— como la norma. Reconocer la importancia de los cuidados implicaría asumir que la vulnerabilidad humana no es una excepción a la norma y que todos y todas necesitaremos que nos cuiden en un momento u otro:

¿Consideras que la sociedad en general da importancia al trabajo que realizáis las personas cuidadoras?

Hay gente que quizá prefiere no hablar del tema para no removerlo. No sé cómo decirlo. Es mi impresión, ¡eh! [...]. Lo que habría que hacer es que fuera algo normal [...]. Entonces, todo el mundo está expuesto a que le pueda suceder algo así. Por lo tanto, yo lo que creo es que deberían hacer algo para sensibilizar a la gente, para que sea consciente de que esto le puede pasar a todo el mundo, que es algo normal. ¡Eso sí! Porque entonces también estás un poco preparada.

[ENTREVISTA 7]

En tercer lugar, y como contrapunto, se reivindican los cuidados como un espacio relacional y vital que permite la continuidad del hilo conductor entre distintas generaciones y la transmisión de valores y de conocimientos entre ellas. En definitiva, los cuidados constituyen una dimensión fundamental para el sostenimiento de la vida, tal y como sostiene Rosa cuando se pregunta qué sería del mundo sin los cuidados. En esta dimensión, además, las personas receptoras de cuidados no son las únicas que salen beneficiadas, porque se generan relaciones bidireccionales de aprendizaje y de provisión de bienestar:

En mi opinión, creo que es importante en el sentido de que facilita y le hace más... Facilitar de «facilitar» y de «felicitar» [...]. «Facilitar», desde cambiarle un pañal, porque ella no puede hacerlo sola, y «felicitar», porque le dices: «Este fin de semana habrá una fiesta en la calle; tú no la verás, pero yo veo el cartel y te lo cuento...». No sé, a mí, ver sonreír a la señora, no es mi familia ni nada, pero, bueno, es un reporte... y no tendría por qué serlo, pero a mí eso me hace el trabajo más agradecido, en lugar de limitarme a cambiarla como si fuera una muñeca... y de ir a limpiar. También hay un reporte para mí ver que la señora está mejor, está más alegre y tiene más ganas de vivir y de hacer cosas...

[ENTREVISTA 1]

Es que esa dimensión de los cuidados es la más importante. Cuando son pequeños los niños, sobre todo. Digo pequeños, porque... ¿Qué sería del mundo sin la gente que cuida sobre todo a las personas más vulnerables, que son los niños y los ancianos? Pero, para mí, más los

niños, que es lo que me afecta directamente, verás. Creo que la dimensión de los cuidados está muy minusvalorada, pero ¡es básica! O sea, ¿quién..., a dónde iríamos sin nadie que haga la comida, que preste abrigo, todo eso..., que bañe, que cambie, que limpie, que abrace, que acompañe, que...? ¿A dónde? ¿Sabés? A mí me tocó más criarme... Tuve la suerte de tener a mis abuelas, que me dejaban mucho con ellas, porque la otra vivía en el campo, y en El Salvador se da mucho que haya alguien, una señora que viva ahí, a la que llamamos, se la llama, la muchacha, que es la empleada, que te cuida. En mi casa era como... como una figura de autoridad [...]. Y para mí, la idea que yo tengo de mi infancia, es mi abuela y la Francis, la Rosita, la Mariestela... Son personas que me han acompañado en los años más importantes, pues. Mamá no estaba allí. Y yo, yo no... Cada día, cada cosa que hago, me abro una aguja, me vuelvo... ¡Putal! Esto me lo enseñó mi abuela, ¿sabés? ¡Todo eso! ¿Qué haría yo sin eso, pues?

[ENTREVISTA 11]

No sé, pues yo, con esta señora, estoy aprendiendo a cocinar cosas que no sabía cocinar. Porque, como yo soy como sus manos, he aprendido a hacer fricandó, he aprendido a preparar arroz a la cazuela. Todo esto es un plus que yo me llevo y creo que es importante. A veces hablamos de la memoria histórica y no sé qué; la memoria histórica es la gente mayor y es las batallitas del Ebro, pero también es el día a día. Esto tampoco se valora, pero es que, por ejemplo, hacer un buen fricandó, pues yo lo valoro, ¿no? Y si no trabajara con señoras mayores, no sabría hacer fricandó. ¡Y ahora sé hacerlo!

[ENTREVISTA 1]

Por otro lado, en el marco de servicios y espacios de cuidados, en las experiencias analizadas se han detectado esfuerzos significativos para impulsar la **valorización simbólica y social de los cuidados: desde iniciativas atractivas para generar nuevas prácticas y espacios en el ámbito comunitario, económico y urbano que contribuyan a reducir su invisibilización, hasta la obtención de datos sobre la temática que ayuden a sensibilizar a la ciudadanía sobre la importancia de encontrar un mayor equilibrio entre el tiempo denominado «productivo» y el tiempo reproductivo, así como fundamentar nuevas políticas y prácticas por parte de la administración municipal.**

El **Laboratorio del Tiempo**³ impulsa, desde el año 2004, proyectos orientados a incidir en la organización de los usos del tiempo y de la vida cotidiana de las personas. El objetivo es sensibilizar a la población y diseñar políticas que faciliten la conciliación de la vida personal y familiar (tiempo de cuidados, tiempo libre, etc.) y la vida profesional (tiempo de formación, tiempo laboral, tiempo de movilidad, etc.). Sus intervenciones se han centrado, en primer lugar, en una mejor organización de la vida cotidiana mediante la adaptación de los hora-

³ Información extraída de la entrevista 21, realizada a una persona profesional.

rios y los usos de los equipamientos municipales a las necesidades de las personas, en una apuesta por liberar tiempo para las familias y las personas cuidadoras, y en un impulso por crear bancos del tiempo y redes de apoyo vecinal, entre otros. En segundo lugar, ha reflexionado de un modo crítico sobre la movilidad urbana con objeto de fomentar la remodelación de algunos espacios públicos teniendo en cuenta el tiempo de las personas y promoviendo el uso colectivo del espacio de proximidad. En el ámbito más específico de la conciliación del tiempo laboral y del tiempo de la vida cotidiana, se ha colaborado con el tejido empresarial con miras a impulsar, mediante el trabajo en red y el intercambio de experiencias, buenas prácticas de facilitación de la vida laboral, familiar y personal, además de promover la responsabilidad social de las empresas y las entidades sociales. Al respecto cabe destacar, por ejemplo, la creación del Premio Barcelona a la Empresa Innovadora en Conciliación y Tiempo como medida de sensibilización y mapeo de buenas prácticas en materia de conciliación de la vida laboral, familiar y personal, así como de promoción de la sostenibilidad humana. Por último, desde el **Laboratorio del Tiempo** también se han elaborado los «Dossiers del Tiempo» como principal recurso de observación de la realidad y de difusión de la investigación emprendida sobre los usos del tiempo en la ciudad, con el fin de sensibilizar sobre la temática y de visibilizar recomendaciones específicas para la administración municipal y distintos actores locales. Con todo, aún queda un largo camino por recorrer en el Ayuntamiento de Barcelona para garantizar una recopilación periódica de datos sobre los usos del tiempo, así como una recogida sistemática de datos desagregados por sexo y otras variables que permitan efectuar un seguimiento regular, tanto de los usos del tiempo, como de otros aspectos relevantes de la economía de los cuidados en Barcelona.

Otra labor de sensibilización sobre la importancia social de los cuidados ha sido la realizada por el **proyecto «Nuevas Masculinidades»** desde el año 2011 en tres ámbitos distintos: sensibilización social en general; trabajo con entidades y servicios comunitarios; y trabajo específico con hombres. En cuanto a la sensibilización más global, se emplean las redes sociales, campañas, video-forums y otras acciones específicas para difundir información y un discurso en

Se aspira a poner fin a conceptos de masculinidad que consideran los cuidados como una jurisdicción exclusivamente femenina.

torno a los cuidados como una dimensión fundamental de la vida social que requiere una implicación equitativa de hombres y mujeres. También se llevan a cabo acciones dirigidas a profesionales y entidades sociales que buscan asesorar, concienciar y formar sobre la corresponsabilidad de los hombres en los cuidados. Por lo que se refiere al trabajo específico con los hombres, una vez más, y tal y como se expresa en la entrevista efectuada, se aspira a poner fin a conceptos de masculinidad que consideran los cuidados como una jurisdicción exclusivamente femenina, al tiempo que se impulsan nuevos modelos de masculinidad que, desde la flexibilidad, deseen estar presentes en los cuidados de una forma equitativa con las mujeres. El **proyecto «Nuevas masculinidades»**, además de pretender contribuir a la eliminación de estereotipos de género en la asunción de responsabilidades en materia de cuidados para descentrar normas sociales masculinistas que invisibilizan su importancia, también contribuye a construir un nuevo imaginario de los cuidados que no los obvie:

La finalidad del proyecto es sensibilizar, concienciar y trabajar con los hombres para que, por un lado, se incorporen —desde su responsabilidad individual y colectiva— en temas de igualdad de género llevando a cabo acciones específicas con los hombres y, por otro, puedan hacer un trabajo de... puedan hacer una reducción de su masculinidad para intentar construir masculinidades que sean alternativas, saludables y positivas. Entonces [...] nosotros, con los hombres trabajamos para promover que sean responsables y estén presentes [...]. Porque se debe hablar, se debe comunicar, ¿no? Hay que tener empatía, una serie de aspectos en contra de este modelo de masculinidad.

[ENTREVISTA 15]

Asimismo, a finales de 2015, el **grupo de crianza compartida MARES**⁴ organizó el Festival de la Crianza,⁵ mediante el cual deseaba contribuir a crear un imaginario alternativo de atención y acompañamiento a la pequeña infancia. Esta iniciativa, que incluyó, entre otras actividades, talleres sobre el parto y sobre nuevas masculinidades, tenía la finalidad de promover un modelo de crianza más respetuoso con las necesidades de los más pequeños y facilitar el intercambio de conocimientos entre familias y profesionales. Desde la celebración del festival, en el que participaron varios grupos de crianza de la ciudad de Barcelona, se ha querido impulsar un modelo de crianza alternativo y comunitario que reconozca las habilidades de las personas cuidadoras no profesionales y que, además, favorezca el debate y la colaboración con el personal profesional de la salud y la educación.

Por su parte, el **Grupo de Apoyo a Personas Cuidadoras**⁶ y la **Red de Apoyo a Familias con Miembros a Cargo**⁷ llevan impulsando desde hace varios años distintos procesos en el ámbito socioterapéutico que pretenden abordar los cuidados y el rol de las personas cuidadoras de una forma plural, sin prejuicios y desde la diversidad de experiencias y sensibilidades. Dada la actual falta de reconocimiento social de las tareas de cuidados, el **Grupo de Apoyo a Personas Cuidadoras** considera que esta mirada debería incorporarse en los programas y experiencias existentes que trabajan con personas cuidadoras. También dispone de una web/blog que incluye una agenda con actividades lúdicas y divulgativas, donde las personas cuidadoras también comparten reflexiones vinculadas con el proyecto, así como su propia experiencia vital con los cuidados. Además de cumplir la función de abrir un espacio terapéutico, de comunicación, intercambio y reflexión entre las personas cuidadoras, el blog puede convertirse en un instrumento fundamental para visibilizar las experiencias de dolor y alegría de las personas y familias que reciben y proporcionan cuidados,⁸ así como para reconocer la aportación que efectúan las personas cuidadoras a la ciudad y la diversidad de experiencias y modos de «cuidar».

⁴ Información extraída de la entrevista 10, realizada a dos madres participantes en un grupo de crianza compartida.

⁵ Más información en: <<https://festivalcrianza.wordpress.com/>>.

⁶ Información extraída de la entrevista 20, realizada a una persona profesional.

⁷ Información extraída de la entrevista 6, realizada a una persona participante en la red.

⁸ Una de las participantes del grupo publicó en el blog el siguiente texto, titulado **Destellos de vida**. «Muchas veces, los cuidadores nos encontramos que cuando visitamos a nuestro familiar ingresado en el geriátrico tenemos dificultades para saber cómo viven y cómo se sienten en su actual situación, debido al estado de desorientación y de falta de comunicación; no sabemos muy bien cuáles pueden ser sus sentimientos y vivencias. Nuestra madre, hay días que cuando nos ve muestra un cierto interés y parece que nos reconoce y que está un poco más animada,

También en el blog del **Grupo de Apoyo a Personas Cuidadoras** se ha dado difusión a una iniciativa impulsada por la **Red de Apoyo a Familias con Miembros a Cargo** en el marco del Acuerdo Ciudadano por una Barcelona Inclusiva. La iniciativa consiste en la realización de la encuesta ciudadana 2016 «Y tú, ¿cómo estás? Avanzamos en el reconocimiento de las personas cuidadoras».⁹ La información recabada, desagregada por distrito, edad y sexo, incluye el tiempo que una persona lleva cuidando de algún miembro de su familia, los impactos de su rol de cuidadora en su estado de salud y en su estilo de vida, las principales dificultades que surgen en su vida cotidiana, cómo afecta su rol de cuidadora a su actividad laboral, una valoración del acceso a la información de que dispone sobre servicios y apoyo, el tipo de apoyo que recibe para los cuidados y una valoración de los servicios de proximidad que utiliza. Junto con otras actividades realizadas, la encuesta puede contribuir al reconocimiento social de la centralidad de los cuidados y, particularmente, a su valoración mediante la recogida de datos y la generación de diagnósticos sobre la situación de los cuidados en la ciudad de Barcelona.

Por último, con respecto a la labor de visibilizar los esfuerzos en el reconocimiento de la centralidad social de los cuidados prestados desde el ámbito comunitario, es interesante destacar que desde la **Red de Intercambio**¹⁰ se está trabajando para hacer visibles otros modelos de cuidados. En este caso, se trabajan líneas relacionadas con la concienciación en materia de salud física y emocional para promover el cuidado personal y la adquisición de hábitos saludables. En este sentido, pensamos que una visibilización de la responsabilización de los hombres sobre la propia salud es, sin duda alguna, indispensable para combatir la especialización de género en los cuidados y contrarrestar los efectos nocivos para la salud de los hombres derivados de la socialización en un modelo de masculinidad hegemónica que niega la vulnerabilidad y delega el cuidado personal (Bonino, 2001).

2.1.2. Propuestas de actuaciones para fomentar la valoración social y simbólica de los cuidados

La tabla 11 presenta, a partir de los datos recabados mediante la realización de entrevistas y el análisis de documentación, de literatura y de otras fuentes de información, una relación de propuestas de actuaciones que hemos elaborado para fomentar la valoración social y simbólica de los cuidados. Según puede observarse, las actuaciones están encaminadas a visibilizar la centralidad de los cuidados, así como a transversalizar la perspectiva de democratización de los cuidados, en el conjunto de áreas del Ayuntamiento de Barcelona y en el resto de la ciudad.

pero la mayoría de las veces está apagada, callada y tan solo podemos mantener con ella un contacto superficial. La relación con nuestra madre es constante, y en la familia estamos tranquilos porque vemos que está bien atendida, el personal del centro es muy competente y sabemos de su dedicación y afecto. Por suerte, en el centro tienen la costumbre de celebrar las fiestas tradicionales, así como los cumpleaños de los enfermos que conservan autonomía y pueden levantarse de la cama. La familia asistimos a estas fiestas siempre que podemos, y es en estas ocasiones cuando, con una sonrisa, un regalito, un ramo de flores y un abrazo, cuando ve a los más pequeños de la familia, parece que un destello de luz y de alegría se muestra de forma más evidente. Es entonces cuando advertimos que, a pesar de su situación, hay vida y un poco de ilusión que se manifiesta en su sonrisa.» (Véase: <<http://www.lacollacuidadora.net/>>.)

⁹ Para más información, consúltese: <<https://fs3.formsite.com/Formularis/form13/index.html>>.

¹⁰ Información extraída de la entrevista 16, realizada a una persona que trabaja de forma voluntaria en la red.

Tabla 11. Propuestas de actuaciones para fomentar la valorización social y simbólica de los cuidados

Eje estratégico	Dimensión	Propuestas de actuaciones
<p>Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados</p>	<p>Valorización social y simbólica de los cuidados</p>	<p>Efectuar una campaña de comunicación para reivindicar la importancia de los cuidados y fomentar imaginarios inclusivos y diversos de la organización social de los cuidados.</p> <p>Impulsar un debate social en la ciudad de Barcelona sobre los usos del tiempo desde una perspectiva feminista y de economía de los cuidados.</p> <p>Promocionar, apoyar y organizar jornadas, seminarios, congresos y encuentros para debatir nuevas propuestas y estrategias de mejora con objeto de repartir los cuidados equitativamente.</p> <p>Publicar estudios y otros materiales divulgativos que visibilicen la importancia social, económica y política de los cuidados.</p> <p>Realizar, junto con los centros de educación secundaria de la ciudad, un programa de memoria social de Barcelona y de sus barrios, que cuente con la participación de estudiantes y personas mayores para elaborar los contenidos del mismo.</p> <p>Introducir el paradigma de la democratización de los cuidados en el currículum transversal que promueve la Red de Escuelas e Institutos para la Igualdad de Trato y la No Discriminación.</p> <p>Impulsar proyectos educativos en las guarderías sobre la democratización de los cuidados.</p> <p>Incluir módulos formativos sobre la economía de los cuidados en las formaciones para trabajadores y trabajadoras municipales, con inclusión del personal vinculado a las empresas públicas municipales.</p> <p>Impulsar proyectos liderados, tanto por las personas receptoras de cuidados, como por aquellas que los proveen, que visibilicen la realidad y el valor social de los cuidados, incluido el uso de las redes sociales y de las nuevas tecnologías.</p> <p>Recabar datos y crear indicadores municipales, desagregados por sexo, origen y otras variables, que permitan evaluar de forma periódica los recursos y partidas presupuestarias municipales destinados a los cuidados y a su democratización.</p> <p>Introducir en encuestas municipales (sociodemográfica, de condiciones de vida, etc.) indicadores de usos del tiempo y de provisión de cuidados.</p> <p>Incluir, en el paquete de bienvenida a las nuevas incorporaciones al Ayuntamiento de Barcelona, información exhaustiva sobre los derechos laborales vigentes que promueven la democratización de los cuidados en el conjunto de las esferas de la vida del personal del Ayuntamiento de Barcelona, y facilitar información periódica sobre tales derechos.</p>

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Garantía de que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona

Este apartado se divide en dos secciones: una primera de análisis y debate, y una segunda en la que se ofrece, a partir del análisis realizado, una serie de propuestas de actuación para garantizar que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona. Dada la gran cantidad de información recabada sobre los impactos de la provisión de cuidados, y con el objetivo de facilitar su lectura, la sección de análisis y debate se divide en dos partes: la primera está dedicada a los cuidados familiares no remunerados, mientras que la segunda se centra en la provisión — tanto formal como informalmente — de cuidados remunerados. En la última sección del apartado, consagrada a las propuestas de actuaciones, se incluyen recomendaciones relacionadas con las distintas tipologías de provisión de cuidados analizadas.

2.2.1. Análisis y debate de los cuidados familiares no remunerados

Según se expone a continuación, la radiografía de los principales elementos que suelen caracterizar la organización de los cuidados en el marco de la familia revela que estos recaen en un número reducido de miembros de la red familiar más cercana, habitualmente las mujeres. Al respecto, cabe destacar las consecuencias que ello supone para ellas y que a menudo se traducen en impactos negativos en numerosas esferas de su vida. En este trabajo, los impactos de los cuidados familiares en las personas cuidadoras se clasifican en cuatro categorías: a) impactos en la salud y el bienestar; b) impactos en la esfera relacional; c) impactos en la disponibilidad de tiempo; y d) impactos en los proyectos vitales.

2.2.1.1. Organización de los cuidados en el marco de la familia

La organización que las familias llevan a cabo para cuidar de alguno o algunos de sus miembros presenta una gran diversidad en función de numerosos factores, tales como, entre otros, la tipología de familia y de unidad de convivencia, el origen, el perfil socioeconómico y el momento del ciclo vital en que se hallan, tanto quienes proveen cuidados como quienes los reciben. Sin embargo, en el transcurso del trabajo de campo se ha detectado un significativo grado de constantes y de tendencias compartidas por una gran mayoría de las personas entrevistadas y sus familias. Entre ellas destaca una **baja redistribución de los cuidados en el seno de la familia inmediata**, una **clara división sexual del trabajo de cuidados**, tal y como se ha expuesto previamente, y una **implicación variable, aunque limitada, de la familia extensa**.

Los patrones detectados en el transcurso de las entrevistas coinciden con los datos estadísticos existentes. En la tabla 1¹¹ se ha mostrado que, particularmente en los casos de familias nucleares a cargo de una persona en situación de discapacidad o de una persona mayor, es mucho más frecuente que los cuidados sean prestados por la mujer que por el hombre o por ambos de forma conjunta. Además, la Encuesta de Salud de Cataluña indica que los escenarios en los que todos los miembros del hogar participan en los cuidados, o en

¹¹ La tabla 1 se encuentra en el segundo apartado del documento.

los que participan familiares que no residen en el hogar, son claramente minoritarios. A su vez, el papel de las personas contratadas y de los Servicios Sociales, en su caso, también es bastante marginal.

Una de las principales constantes detectadas en el transcurso de la investigación en cuanto a la organización de las tareas y la responsabilidad de los cuidados en el seno de la familia es su **concentración en uno o pocos miembros de la red familiar cercana** y su **escasa redistribución entre los demás miembros**. Ello se da en el conjunto de momentos del ciclo vital.

Con respecto a los cuidados y atención a los más pequeños, los protagonistas principales son las madres; existe una cierta variabilidad en cuanto a la presencia de los padres, y la implicación de los miembros de la familia extensa, particularmente de los familiares ascendientes de primer grado, es, por diversos motivos, limitada. Así, Anna, madre de una niña de 18 meses y cabeza de su familia monomarental, es la cuidadora principal. La presencia del padre de la pequeña es nula y, si bien Anna recibe apoyo de su madre y de su tía, conforme estas se van haciendo mayores y su salud se deteriora, el apoyo prestado por ellas cada vez es más reducido. Sin embargo, Anna lo valora muy positivamente y le genera una confianza que los miembros ajenos a la red familiar no le inspiran:

Logísticamente, mi tía, que es más joven: tiene 73 años. Y si, por ejemplo, una semana yo trabajo, y la guardería aún no está abierta, lo que hacemos es movilizarnos. En casa de mi tía [...]. En lugar de pagar un canguro [...] pues hacemos esto. Mi tía, que es tía-abuela, se queda con la niña, sí [...]. Yo pienso que la familia está muy bien, y menos mal que está ahí. Hay momentos en que la necesitas más. Te das cuenta [...]. Es una tranquilidad [...]. Es mutuo, esto de los cuidados. Tienes mucha confianza, y hay una confianza que sale de dentro, no es tan mental, sale de dentro.

[ENTREVISTA 4]

A pesar de formar parte de familias nucleares integradas por dos adultos, otras mujeres asumen también una parte mayoritaria del cuidado de sus hijos. Es el caso de Rosa, de 43 años de edad, casada, madre de dos niños de 3 y 7 años. Aunque tiene un nivel formativo alto y una amplia experiencia profesional, Rosa abandonó el mercado laboral tras el nacimiento de su primer hijo y, tal y como ella misma explica, ahora mismo, ser madre es su única ocupación.¹² Su marido es el único de los dos progenitores que actualmente tiene un trabajo remunerado, por lo que su sueldo es la única fuente de ingresos de la familia. Además, a diferencia de Anna, Rosa y su marido no pueden contar, por diversas razones, con el apoyo de los abuelos y abuelas ni con el de los hermanos y hermanas. En cuanto a Rosa, la totalidad de su familia vive en su país de origen, El Salvador; por lo que se refiere a la familia de su marido, el hermano reside en el extranjero y los padres optan de manera explícita por no participar en el cuidado y crianza de los nietos:

Aquí no tengo un abuelo, una abuela, una tía, para decirle: «¿Puedo dejarte a mi hijo?». No tengo eso, ni por parte de mi marido ni mía. Estamos aquí solos [...]. Porque es cierto que me ha tocado a mí casi todo,

¹² Información extraída de la entrevista 11, realizada a una mujer de 43 años, madre de dos niños de 3 y 7 años.

pero me ha dolido mucho no tener ayuda de la familia cercana. Mucho, muchísimo. Ahora ya lo comprendo, pero ha sido algo que me ha dolido mucho, mucho. Sobre todo la familia de mi marido, saber que no podía contar con ellos, fue duro.

¿Tu compañero tiene hermanos o hermanas...?

Sí, pero viven fuera de España, en Alemania, y la [familia] de aquí pues no quiere saber... de hecho, de niños pequeños, su abuelo es el que [...] piensa [...] que mientras no tenga cinco años, que ni se lo enseñemos... Es duro. Pero hay gente así, ¡eh! Mucha. A mí me costó entenderlo...

[ENTREVISTA 11]

La situación de concentración de la responsabilidad y de las tareas de cuidados en pocos miembros de la familia se da también en aquellos casos en que la persona con necesidades intensas de cuidados y atención es una persona adulta con una discapacidad, o una persona mayor en situación de enfermedad y/o de autonomía funcional restringida. Mientras que en el primer caso la cuidadora principal suele ser la madre, con el apoyo del padre, en los casos de personas mayores, los cuidados suelen recaer, por un lado, en la mujer con apoyos puntuales de los hijos y/o hijas y, por otro, en alguna de las hijas o hermanas con apoyos más puntuales de otros hijos y hermanos o hermanas. En situaciones de ausencia de cónyuge por parte de la persona receptora de cuidados, son las hijas o hermanas solteras o viudas quienes asumen el peso principal de los cuidados. Esta organización no suele ser fruto de un proceso familiar de debate y de toma de decisiones, sino que, según relatan Pilar y Cristina, parece que se adopta «por defecto», como resultado de la presencia de una hija sin otras cargas de cuidados y con una idea muy concreta de qué constituye unos cuidados deseables para sus padres, que normalmente es contraria a su institucionalización:

No ha habido nada [de debate] [...]. Mi hermana... es que la querían llevar a una residencia, y yo, mientras estuviera bien mi madre, no [...]. Yo, la verdad, no. Mi hermana ya no se ofreció a llevársela a su casa, porque no tenía sitio; ella era partidaria de llevarla a una residencia [...]. Y, ya te digo, que no llegué a... No hubo debate.

[ENTREVISTA 5]

Hombre, yo cuidé a mi madre. Yo pienso así, no sé los demás cómo... Pero vamos, yo, sí. Mi hermana... ella pensaba lo contrario. Ella dijo que una residencia, que no pasaba nada, y yo le dije que no, que era mi madre, que yo la iba a cuidar, que no necesitaba ayuda, y no me ayudó.

[ENTREVISTA 9]

Estas situaciones compartidas y estos relatos reflejan, de forma más específica, lo que Dykstra y Fokkema (2011) denominan solidaridad familiar intergeneracional y su variante actualmente predominante en Cataluña y en el Estado español: el familiarismo con solidaridad ascendente o de cuidado de los padres por parte de los hijos e hijas. En este sentido, los relatos recogidos ponen de manifiesto una intensa implicación en los procesos de provisión de cuidados por parte de las cuidadoras principales como resultado de concepciones afectivas, normativas y morales en torno a los cuidados y una significativa tendencia a vincular el sentido de cuidar de sus familiares (en especial, de sus padres)

con el concepto de «deber moral» (Duran, 2012). Teresa Torns (2014) sugiere, por otro lado, que los afectos adquieren una gran relevancia y que las personas cuidadoras sitúan su rol en el terreno de la responsabilidad moral. La obligatoriedad de cuidar de los progenitores no se verbaliza necesariamente como algo impuesto externamente, sino como una responsabilidad vinculada con los afectos y, tal y como expresa el relato de Montserrat, como una reciprocidad diferida en el tiempo y no opcional (Ezquerro *et al.*, 2016):

La obligatoriedad de cuidar de los progenitores no se verbaliza necesariamente como algo impuesto externamente, sino como una responsabilidad vinculada con los afectos.

Entonces le pusieron esa palomilla aquí, a mi padre, y se murió ese mismo día, esa noche, en casa. Pero [mi madre] no salió de casa. Lo cuidó, estuvo ahí. Por eso, yo, el día que dijeron de llevarlo allí, dije: «Mi madre se ha portado muy bien con mi padre y, además, se ha llevado siempre muy bien con nosotros, tanto con sus nietas como conmigo, en todo; siempre nos han ayudado en todo lo que han podido, y con mi padre se llevó muy bien mi madre. No lo dejó». Me refiero a que, entonces, yo de cara a... dijéramos, de cara al agradecimiento de eso, no quiero que ella... ¿Sabes a qué me refiero?

[ENTREVISTA 12] [MONTSERRAT]

Asimismo, en algunos casos coincide o se solapa el cuidado de más de un familiar, tanto de la misma generación como de generaciones múltiples, lo cual suele traducirse en largos períodos de cuidados que requieren una dedicación muy intensa. Tal y como relatan Pilar y Montserrat, respectivamente:

Luego, al cabo de un año, cuando mi padre tenía 67 años, empecé a cuidar a personas, que debía ser [*se ríe*], que debía ser, mi padre murió el 95, y a ella, le empezó a los 67, tenía 79 años [*efectúa un recuento mental*], a los 81 u 82 empezó mi padre con la enfermedad.

[ENTREVISTA 5]

Y las hijas, trabajan. Y yo aún tengo que ir a buscar a mis nietos. Porque uno ya tiene 14 años y el otro 11, pero la niña tiene 6 años [...]. Y la pequeña, pues, también, cuando termina de trabajar, tiene a la niña; entonces debe relevarme a mí, porque cuando viene su marido o viene ella, entonces yo ya me subo a casa. ¡Claro! Si no, hasta que ellos no vienen, desde las cinco que voy a buscarla al cole, no estoy en casa. Y estas horas [la madre] está sola. Completamente sola, ¡claro! El lunes y el miércoles, como está Marta y se va a las siete menos cuarto, me espero yo hasta las cuatro y media, cuando viene ella, para abrirla la puerta, y entonces ¡ya me voy!

[ENTREVISTA 12] [MONTSERRAT]

En contraste con familias como la de Rosa, donde la principal responsabilidad de los cuidados recae claramente en la mujer, y la participación en el mercado laboral en el hombre, otras parejas con niños pequeños, como la de Àngels y Joan, tienen una participación más equitativa en cada uno de estos dos ámbitos. No obstante, su caso ilustra, a su vez, que cuando se producen interrupciones vitales que intensifican la necesidad de atención y de cuidados — como ha sido para ellos el cáncer de su hijo —, la madre es la que, una vez más, pro-

tagoniza la provisión de cuidados. Entre otros factores, Àngels percibe el vínculo materno-filial como central:

Es que el niño, no es que le rechazara, pero solo quería estar con su mamá, se sentía seguro conmigo, solo quería estar conmigo. Es como si se hubiera introducido en mi barriga.

Te reclamaba todo el tiempo.

Dependía de mí, ¡se pegó a mí! ¡Juntos, juntos!, quiero decir. Volvimos a ser, exactamente, como uno solo. Era, fue..., no había quien nos separara, para nada. Después, cuando ya se encontraba mejor, pues, bueno, con su padre. Pero bueno, llega un momento en el que se convierte en una situación muy estresante.

[ENTREVISTA 8] [ÀNGELS]

Incluso tomando en consideración que la distribución de tareas y de tiempo no remunerados entre Àngels y Joan ha sido más equitativa que entre Rosa y su marido, durante la hospitalización y el tratamiento de su hijo, así como en la cotidianidad de su recuperación en casa, existe una especialización de género bastante alineada con las tendencias que la escasa información existente sobre los usos de los tiempos en las familias ofrece. Según la Encuesta de Empleo del Tiempo del Instituto Nacional de Estadística 2009-2010, las mujeres dedican diariamente a actividades culinarias 49 minutos más que los hombres, y 36 minutos más que ellos al cuidado de los hijos e hijas de corta edad. En cambio, los hombres dedican diariamente 11 minutos más que las mujeres a actividades de gestión del hogar. Esta especialización también está presente en casa de Àngels y Joan: mientras que ella dedica gran parte de su tiempo al cuidado del niño, a la cocina y al mantenimiento de la casa, Joan asume, entre otras cosas, tareas de gestión del hogar y la parte más lúdica de interacción con el pequeño. En su relato se detecta una naturalización de esta división y el hecho de que se atribuya a cualidades y/o preferencias intrínsecas, o a hábitos fruto de la costumbre o del azar. En otras palabras, no es problematizada:

Sí que es verdad que yo, quizá, como que cuido tanto de él, ya no tengo tiempo para jugar. O ya, llega un momento en el que el tiempo del juego, yo ya... y estas horitas de juego, lo hace mucho su padre. También se encarga puntualmente de la higiene y de darle alguna comida. Pero, básicamente, él está con el tema de la distracción, del juego...

[ENTREVISTA 8] [ÀNGELS]

Básicamente, a ver, siempre hemos hecho lo mismo. El tema de la cocina siempre lo ha llevado más ella. Cocina mejor que yo y le gusta más. Yo sé cocinar, pero cosas básicas [...]. Específicamente, yo llevo el tema de la economía. Bueno, siempre la parte presupuestaria; todo esto siempre me ha gustado llevarlo yo. Siempre soy yo quien mira el tema del dinero y tal. Y estar con el niño. El resto, pues lo que digo [jugar, ayudarlo con el dictado...] [...], y ella, no es que tenga más tiempo, pero es muy inquieta, y es muy responsable de su casa, entonces no tiene ningún problema en poner lavadoras, preparar la cena... [...]. Yo creo que es la dinámica del tiempo. Llevamos tantos años juntos, que al final es como con el tema del dinero; quizá le preguntas: «¿Cuánto pagas de seguro del piso?», y no te sabe contestar...

[ENTREVISTA 8] [JOAN]

En su caso, además, el acompañamiento de la familia extensa en el cuidado de su hijo enfermo ha sido, una vez más, limitado. Mientras que en otros casos la edad, la situación migratoria o incluso decisiones explícitas por parte de los abuelos y abuelas explican su ausencia o una presencia limitada, Àngels y Joan relatan que, si bien su familia les ha proporcionado apoyo logístico en el transcurso del tratamiento, las dificultades para afrontar emocionalmente la enfermedad del niño han hecho que no hayan podido contar con sus padres ni hayan tenido tanto apoyo por parte de ellos como habrían imaginado:

Pero muchas veces, la familia... Aunque nosotros somos muchos de familia, somos familias numerosas. Pero realmente, óptimos para haber-nos podido ayudar, no había nadie. Bueno, pues porque quizá no daban más de sí...

[ÀNGELS]

Había algunos que... había alguien que era capaz de estar con un niño que cada dos horas estaba vomitando, y con el riesgo de «tenemos que ir corriendo al hospital».

[JOAN]

Los abuelos se asustaron...

[ÀNGELS]

No se acercaban... Es normal.

[JOAN]

«Hija, ¿tú a dónde vas?» «Voy al súper, que está aquí al lado».

[ÀNGELS]

Y a los 45 minutos ya te están llamando para saber si regresas.

[JOAN]

«¡No tardes!» Era comprensible.

[ENTREVISTA 8] [ÀNGELS Y JOAN]

a. Impactos de la organización familiar de los cuidados en la salud y el bienestar de la persona cuidadora

En cuanto a los impactos de los cuidados en la salud de la persona cuidadora, en el transcurso de la investigación se han detectado varios efectos concentrados de forma desproporcionada en las mujeres, tanto en su salud física, como en su salud mental y emocional y en su bienestar. Seguidamente se facilita una serie de datos estadísticos para ilustrarlo, y posteriormente se analiza la información cualitativa obtenida sobre los impactos de los cuidados en la salud de las personas cuidadoras.

Los datos estadísticos relativos a la salud de las personas proveedoras de cuidados nos revelan que el ejercicio de la responsabilidad como cuidadora principal no profesional ejerce un impacto negativo, en especial en las personas con un nivel formativo y socioeconómico bajo (Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2009). Los datos también señalan diferencias importantes en cuan-

to a la salud, por sexo, en muchos de los efectos de los cuidados identificados por el diagnóstico. Así, según la Encuesta de Condiciones de Vida y de Hábitos de la Población, en Barcelona, en 2011, el 74,47 % de los hombres consideraban que su estado de salud era muy bueno o bueno, frente a solamente el 64,63 % de las mujeres. Por el contrario, el 16,71 % de los hombres barceloneses valoraban su estado de salud como regular, malo o muy malo, frente al 25,97 % de las mujeres.

En el ámbito catalán, la Encuesta de Salud de Cataluña de 2015 corrobora un peor estado de salud entre las mujeres en torno a cuestiones relacionadas con un ejercicio intensivo y prolongado de cuidados. Así, el 25,43 % de las mujeres sufren dolor de espalda crónico cervical, frente al 12,51 % de los hombres; el 30,1 % de las mujeres sufren dolor de espalda crónico lumbar o dorsal, frente al 18,70 % de los hombres; el 8,14 % de las mujeres sufren tendinitis, frente al 6,24 % de los hombres. En el ámbito de la salud mental y emocional, la encuesta revela que el 19,60 % de las mujeres sufren depresión o ansiedad, frente al 10,1 % de los hombres; el 6,46 % de las mujeres se sienten deprimidas o poco felices, frente al 3,41 % de los hombres; el 12 % de las mujeres se sienten cargadas y en tensión, frente al 7,62 % de los hombres. En cuanto al consumo de medicamentos, las mujeres también tienden a tomar más tranquilizantes y sedantes (el 10,94 % *versus* el 5,05 % de los hombres), más antidepresivos (el 10 % *versus* el 4,21 % de los hombres) y más fármacos para dormir (el 9,07 % *versus* el 4,31 % de los hombres).

Impactos de los cuidados en la salud física

Con respecto a la salud física, las personas cuidadoras, de forma transversal al conjunto de etapas del ciclo vital de las personas receptoras de cuidados,

Las personas cuidadoras, señalan problemas como afecciones en la espalda dolores articulares, hernias o tendinitis, cansancio general, e incluso declaran haber enfermado.

señalan problemas específicos, como afecciones en la espalda y las cervicales, dolores articulares, hernias o tendinitis, cansancio general, e incluso declaran haber enfermado. Algunos de estos problemas obedecen a la ejecución repetida de ciertas tareas relacionadas con los

cuidados, como coger a los bebés y niños y niñas de corta edad y limpiarlos. Tal y como explican Rosa y Anna:

Tengo problemas de la espalda. He tenido lumbago, he tenido tres lumbagos, me han tenido que poner inyecciones en el ambulatorio. Me duele mucho la espalda. Mucho, mucho [...] y por eso tomo ibuprofeno, porque me quita el dolor. O Voltarén, si me lo recetan. Un antiinflamatorio [...]. Lo que me dijo [el médico], se lo comenté... [...]. Y me dijo que mientras lo cargue a él, siempre me va a doler.

[ENTREVISTA 11]

Aquí también tuve una tendinitis cuando tenía 3 meses [...]. El culito se lo limpiaba en el grifo, cogiéndole así, es mucho mejor... pero te cargas la posición. Y tuve una tendinitis. Que me querían pinchar y tal.

[ENTREVISTA 4]

En el caso de Laura, el hecho de que durante los últimos 30 años haya sido la cuidadora principal de su hijo nacido con síndrome de Angelman ahora se traduce en numerosos problemas físicos que en cierto modo relativiza:

Me duele todo el cuerpo, porque tengo una hernia discal, tengo artrosis... [...]. Mi salud, por la edad que tengo y teniendo en cuenta lo que he trotado por este mundo, pues aún es bastante buena. Ahora mismo, las cervicales siempre las tengo... las tengo duras como una piedra, porque todo esto de aquí me duele. Tengo mucha tendinitis en este brazo... Tengo artrosis aquí.

[ENTREVISTA 7]

Los continuos esfuerzos requeridos por el cuidado de personas adultas y de personas mayores en situación de autonomía funcional restringida, para prestarles ayuda en sus actividades de la vida cotidiana, como levantarse, sentarse y acostarse o, entre muchas otras, ducharse, constituyen el principal factor de los problemas de salud física que sufren la gran mayoría de estas cuidadoras. Tal y como apunta Pilar:

Me he lastimado. Me refiero a que voy con faja y con una bota cuando tengo que levantarlo... porque, porque me he lastimado... Y es que a veces, pues, he tenido que levantarlo yo sola.

[ENTREVISTA 5]

Además, las personas cuidadoras entrevistadas declaran sufrir un cansancio generalizado continuo, que a veces va acompañado de falta de sueño. En el caso de las madres de bebés, ello se explica, principalmente, por las interrupciones habituales del descanso nocturno («Normalmente se despierta cuatro o cinco veces. Y le doy el pecho y la llevo de nuevo a la cuna.»).¹³ Otras situaciones de provisión de cuidados, como la de Àngels y Joan, o la de Pilar, se caracterizan por una preocupación constante por la evolución y el pronóstico de la persona cuidada, y por una alta intensidad prolongada en el tiempo de los cuidados prestados que conlleva efectuar importantes malabarismos entre distintos aspectos de la vida cotidiana para dar respuesta a las necesidades existentes. Ambos elementos se traducen en un gran cansancio por parte de las personas cuidadoras; un cansancio que a menudo da lugar a una enfermedad de la persona cuidadora y/o que se cronifica y persiste incluso cuando la situación de salud del familiar receptor de cuidados mejora, lo que significa que se convierte en un deterioro permanente:

Desde que pasó esto, yo estoy muy cansado. A ver, yo puedo hacerme el duro, pero internamente, el cuerpo, desde hace dos años, estoy muy cansado [*suspira*], estoy muy cansado, físicamente. Yo siempre he hecho mucho deporte, y físicamente estoy muy cansado. Pero porque yo creo que el cuerpo, al final, pues todo acaba saliendo. Tú tienes que hacer te el fuerte, pero el cuerpo... Yo me lo noto, me lo noto. Aparte de que me han salido muchas canas, [...] sí que es verdad que tengo muchas más entradas, muchas más canas... y estoy más cansado. Físicamente, estoy muy cansado. También es verdad que me he acostumbrado a un ritmo de vida. O sea, yo no duermo mucho [...]. Yo no necesito dormir mucho [...]. Cuando terminé todo el tratamiento del niño, estaba

¹³ Información extraída de la entrevista 4, realizada a una mujer que encabeza una familia monomarental.

hecho polvo. Cuando salimos del hospital, fui al médico. Y me hice una analítica, me hice pruebas de todo, porque acabas reventado. Acabas que no puedes ni caminar. Y me salió todo bien.

¿Es fatiga?

Fatiga, ¡exacto!

[ENTREVISTA 8] [JOAN]

Me gustaría que viniera una persona y viera lo que son los 365 días del año, diariamente, levantarse casi cada día a las siete, siete y cuarto... Los domingos a las ocho, porque viene un poquito más tarde. Pero, bueno, a las siete y media, ocho. Porque primero me tengo que preparar; primero me tengo que duchar yo, arreglarme yo, y ponerme la Robocop, que digo yo. Ponerme la faja, la bota [*nos reímos*] y poner lo de mi madre y arreglar lo de mi madre... Es todo, ¿sabes? Y son todos los días del año, que lo haces. Y, ¡claro!, llega un momento en el que estás agotada, físicamente.

[ENTREVISTA 5]

Yo dormía aquí [en casa], porque los dos no podíamos dormir allí [en el hospital]. Porque al final, cuando llevas cuatro días allí como locos, que estamos allí mirando y nos dicen: «Id a descansar, porque enfermaréis»; y es verdad, porque caes enfermo. Entonces yo venía aquí a dormir, porque ella [su mujer] no quería moverse de la habitación. Hasta que no pasaron 2 o 3 meses, en el segundo período, cuando empezó a decir: «Ya me voy un día a dormir». «¡Tienes que salir de aquí! ¡Acabaremos enfermos!». Y ella terminó enferma...

[ENTREVISTA 8] [JOAN]

Impactos de los cuidados en la salud mental y emocional

Los impactos de los cuidados en la salud física de las personas cuidadoras no son los únicos detectados. También afectan a su salud mental y emocional, y en ocasiones se producen manifestaciones físicas. Los impactos en la salud mental y emocional incluyen estrés, ansiedad, tristeza prolongada, depresión, baja autoestima y sentimiento de culpa recurrente.

En primer lugar, las personas cuidadoras —como Anna— identifican el estrés y la ansiedad como resultado de la gran cantidad de tiempo que exigen los cuidados y las tareas que se ven obligadas a realizar de forma simultánea:

¡Uhhhh! Esto de no tener tiempo propio y tener multitareas. ¡Mucho! Y estar con la niña y hacer no sé qué, e ir a coger eso, y hacer las bolsas e ir a no sé dónde... ¡Bueno! Multitareas. ¡Esto crea un estrés! Puntualmente no pasa nada, pero si es un continuo...

[ENTREVISTA 4]

El estrés y la ansiedad también son fruto, tal y como relata Laura, del desbordamiento emocional provocado por la situación vivida, y a menudo generan la necesidad de crear líneas de fuga o de seguir un tratamiento médico con el objetivo, entre otros, tal y como señala Pilar, de evitar descargarlo todo en la persona receptora de cuidados:

Es que yo llevo muchos, muchos años que me tratan de los nervios. Entonces, yo ya me conozco. Yo, el día que estoy mal, que me levanto así, o cojo el autobús y me voy, yo qué sé, a la plaza de Cataluña, a El Corte Inglés, o cojo el coche y me voy a Cornellà, porque me gusta mucho El Corte Inglés de Cornellà, y en lugar de ir al súper de aquí, si necesito leche, me voy al Hipercor. Entre ir y volver, me he dado un paseo, y ya se me han ido las historias [...]. Los nervios me atacan algunas veces. A veces me atacan al estómago y tengo mucho ardor. A veces me atacan... Ahora mismo, tengo una... parece que se me está pasando, tengo una roncha así, aquí en el trasero, y yo creo que es de los nervios también. Pero yo ya lo sé, cuando estoy mal, me tomo una pastilla [...]. Por la mañana me tomo una pastilla para la ansiedad, y por la noche me tomo otra para tranquilizarme, porque, si no, no duermo.

[ENTREVISTA 7]

A veces estás muy nerviosa, y el hecho de estar muy nerviosa hace que llegue un momento en el que te pones nerviosa con la persona que depende de ti... y lo que tú no puedes hacer es estar nerviosa con una persona, y fue entonces cuando yo [...] fui al médico a poner... y me dio una pastillita.

[ENTREVISTA 5]

En segundo lugar, la tristeza prolongada en el tiempo y la depresión se relacionan con el impacto que los cuidados intensivos y continuados ejercen en el rol social de la persona cuidadora, e incluso en su identidad y autopercepción, tal y como relata Rosa:

Tengo siete años de estar solo haciendo eso. Y hasta hace poco me preguntaba también: «¿Dónde estoy yo? ¿Dónde me he quedado yo? A parte de ser mamá y cuidadora, ¿quién soy yo?» A eso me he agarrado hace unos cuatro meses. Tengo una crisis. De cansancio, también. Y un poco de tristeza de sentir que también... Pues yo, en este momento, desde hace unos seis meses, y en este último mes, yo sí siento que tengo una depresión fuerte. Sí. Una fuerte depresión. Una angustia, una tristeza, sí [...]. Soy consciente de que la tengo y de que ya no quiero estar así, pues, quiero irme curando.

[ENTREVISTA 11]

La tristeza y la depresión también se identifican con el propio proceso de luto por la situación personal y familiar vivida; un luto que, incluso cuando esta situación se prolonga durante años, o décadas, como es el caso de Laura, a menudo nunca llega a abordarse de un modo explícito:

Pero sí que tengo... tengo muchos bajones. Es que son muchas cosas que se juntan. Porque nadie tiene la vida fácil. Y si, además de que no tienes la vida demasiado fácil, encima tienes un problema de estos, pues las cosas, son... están peor, ¿no? Entonces [...] hay días en que me hundo. Mira, el otro día, por ejemplo, vino mi marido y me dijo: «¿Qué haces? Y ahora, ¿por qué lloras?». Y yo le dije: «Déjame, ¡estoy desahogándome!», porque muchas veces quisiera llorar y no puedo... porque la vida, conforme te vas haciendo mayor, te va dando mazazos. Y cuando llegas a cierta edad, has pasado por tantas cosas, que ya estás...

[...]. Además, yo tenía un médico con el que me entendía muy bien. Y el pobre, se me murió. Y me decía: «A ti te parece que has superado lo de tu hijo... pero eso no se supera nunca. Es algo que queda interno. A ti te parece que lo has superado, pero lo llevas dentro». Y sí, es verdad, tú, interiormente, tú dices: «Bueno, a mí me hubiera gustado que mi hijo fuera normal, ¿no? Y que hubiera podido hacer una carrera y, no sé, tener una vida pues normal...»

[ENTREVISTA 7]

Aunque la mayor parte de las personas entrevistadas no lo articulan abiertamente, en muchos casos, la tristeza y la depresión también guardan relación con la ausencia de una participación activa por parte de otros miembros de la

La tristeza y la depresión también guardan relación con la sensación de soledad que provoca la situación de cuidados.

red familiar y con la sensación de soledad que provoca la situación de cuidados. Las historias de Carme y de Pilar muestran, en este sentido, episodios en los que el tratamiento médico es imprescindible

para prevenir la capitulación de la única persona dispuesta a cuidar o disponible para ello, y/o en los que uno de los factores de la depresión es la percepción de falta de acompañamiento, comprensión y empatía por parte del resto de miembros de la familia:

Un poco por la depresión, estoy con muy poco, es algo mínimo, pero cada vez que lo quiero dejar, pasa algo y el médico me dice: «Es mejor que no lo dejes, porque si tú te hundes, vamos mal...».

[ENTREVISTA 2]

Fui al médico de cabecera, y había un momento en el que yo tenía depresión, y sigo teniéndola, pero, bueno, conseguí salir de ella. Estaba deprimida, continuamente estaba llorando, porque me sentía sola, precisamente porque no tenía ningún apoyo, no tenía comprensión de mis hermanos.

[ENTREVISTA 5]

En tercer lugar, existe un sentimiento de culpa que proviene, principalmente, de la toma de decisiones con respecto a la organización de los cuidados que pueda conllevar alejarse de lo que las personas cuidadoras consideran aceptable o deseable. Así, pese a que Pilar ha sido la cuidadora principal de su padre y de su madre de forma intensiva durante décadas, cumpliendo así con sus propias expectativas depositadas en el rol de «buena hija», la posibilidad de que su madre termine pasando sus últimos días en una residencia invalida en cierto modo —ante sus propios ojos— su dedicación abnegada durante tantos y tantos años:

Ahora que, yo, el otro día le decía a mi hermana [*se ríe*], yo, tal vez soy egoísta pensando de esta forma, pero pienso que si mi madre se fuera antes de ir a la residencia, a mí, Nuestro Señor me ayudaría, porque no tendría esa sensación de que la he echado de casa, que es lo que ¡yo tengo dentro clavado! Yo no quisiera, yo querría hasta el último momento estar con ella, y por supuesto, a la residencia iré a verla continuamente, pero no me gustaría que pensara que yo la he querido dejar, yo... ¡Es que no! Me refiero a que... ¿me entiendes? El sentimiento de abandono, este... Pero eso depende de las personas y de los caracteres, ¿verdad?

[ENTREVISTA 5]

Impactos de los cuidados en el bienestar

Por último, como impactos de los cuidados en el bienestar de la persona cuidadora se identifican, en primer lugar, situaciones específicas en las que el estado de ánimo y de salud de la persona receptora de cuidados le genera malestar e incluso un sentimiento de inseguridad; y, en segundo lugar, una desatención bastante generalizada del propio autocuidado.

Con respecto a la primera tipología de impactos, y particularmente en situaciones de cuidados de personas mayores, el estado anímico de la persona receptora de los mismos se ve afectado por las limitaciones funcionales con las que se va encontrando. A menudo, la persona que la cuida es quien sufre las consecuencias de ello:

Y como nos tenemos mucha confianza, pues, quien está en casa es quien paga el pato, y, bueno, las malas caras y... Ella también es una persona con mucho carácter. Bueno, es; o sea, tiene mucho carácter, pero a la vez también se puede echar a llorar enseguida. Lo que pasa es que, bueno, hay días que te trata un poco..., que le tengo que decir: «Oye, soy tu hermana, pero ¡cuidado, cuidado!

[ENTREVISTA 2]

Otras veces, las personas receptoras de cuidados pueden llegar a presentar actitudes violentas, como es el caso, por ejemplo, de las personas diagnosticadas de Alzheimer. Ello plantea importantes retos a las personas cuidadoras, que se hallan entre la necesidad de protegerse y el dolor de tener que vivir situaciones de este tipo. El testimonio de Pilar habla por sí solo:

Entonces son violentos. Era violento, mi padre se volvió violento. Tenías que luchar bastante. A mi madre, una vez la empujó en la bañera; suerte que yo no había ido a trabajar aún; me llamó... Al final tuve que reducir a mi padre, porque no había manera de reducirlo. Cogió a mi madre, y tuve que reducirlo encima de mi madre, dándole una bofetada, porque no sabía cómo resolverlo, y le cogí por las muñecas, lo senté en el lavabo, ¡y le di así! Esto lo llevo clavado en el alma.

[ENTREVISTA 5]

Por otro lado, la desatención del propio autocuidado también constituye una importante fuente de deterioro del bienestar de la persona cuidadora y sucede,

La desatención de la propia autocura es también una fuente importante de deterioramiento del bienestar de la persona cuidadora.

entre otras razones, porque no se obtiene el descanso necesario. («Como todo es él, porque es él, como que él es el primero, pues tú dices: “¿Yo dónde quedo?”. Claro, es que, a ver: tú duermes lo que duermes, allí, en la sala. Comes lo que comes. Lo primero es él, y es normal».¹⁴ También se manifiesta en una falta de atención y de seguimiento variable de los múltiples problemas de salud padecidos por la persona cuidadora («Si me duele algo, lo ignoro, ¿sabes a qué me refiero?»).¹⁵ Estos problemas pueden ser consecuen-

¹⁴ Información extraída de la entrevista 28, realizada a una pareja que tiene un hijo con enfermedad oncológica. Este fragmento corresponde a las respuestas de la madre.

¹⁵ Información extraída de la entrevista 3, realizada a una mujer cuidadora principal de un familiar en situación de autonomía funcional restringida.

cia de los cuidados prestados e incluyen problemas articulares, depresión, cánceres y tumores diversos. Nuestra investigación ha recogido numerosos casos, según ilustran los testimonios de Carme e Isabel:

Hace seis años tuve cáncer de mama: me extirparon la mama y ahí se terminó todo. Bueno, me tuvieron que hacer radio, pero también, también tuve que ponerme las pilas enseguida, porque... *[se ríe]* porque aquí, como quien dice, no estuve enferma, pero di un bajón, y luego cogí una depresión bastante considerable... Porque, primero me lo tomé diciendo: «bueno, solo es quitar la mama y ya está», pero esta *[se señala la cabeza]* luego dio un bajón, y bueno, afortunadamente lo pudimos resolver. Pero, sí, sí... [...]. Y ahora que cogeré la prejubilación, también tendré que empezar a hacer tratamientos, porque tengo dolor *[articular]*, y bueno... ya los empecé, pero luego Mercè también se cayó y, entre una cosa y otra, los dejé y cogí una gripe, y pensé hacerlo así, el día que vaya, lo haré y a ver si la cosa mejora.

[ENTREVISTA 2]

Pero, ¿ves?, yo tengo esto *[operada tres veces de un tumor en la vejiga]*, y si no fuera porque tú ahora me lo has preguntado, ¡yo ni me acuerdo! [...]. Ni te lo explico [...]. Quizá está bien, porque, mira, hay personas que quizá tienen algo así y se obsesionan... ¡siempre pensando en eso! Pues, yo, ¡es lo que tengo más olvidado!

[ENTREVISTA 3]

b. Impactos de la organización familiar de los cuidados en la esfera relacional de la persona cuidadora

Una de las principales manifestaciones de los impactos de los cuidados en la esfera relacional de las personas cuidadoras es el proceso de aislamiento social que sufren y la sensación de soledad a causa del deterioro —temporal o permanente— de la red relacional, o de su ausencia como resultado, entre otros factores, de procesos migratorios. Las personas cuidadoras también experimentan disrupciones importantes en su red relacional fruto de la enorme tensión provocada por las situaciones de cuidados —particularmente aquellas de carácter intensivo— y por las dificultades para hablar explícitamente de ellas y garantizar consensos entre los distintos miembros de la red y el reconocimiento respetuoso de las aportaciones de todos ellos, sobre todo las aportaciones de la persona cuidadora principal.

Así, tal y como muestran las reflexiones de Rosa y de Àngels, el aislamiento social y la sensación de soledad pueden ser temporales o permanentes en función de las opciones de cuidados y de crianza adoptadas y a menudo impuestas. Si bien las personas cuidadoras consideran que los cuidados son su máxima prioridad, reconocen que su carácter intensivo genera un desequilibrio importante entre diversas esferas de su vida:

Es que yo creo que eso, no sé, lo leí hace un ratito, que el peor enemigo de las mamás, de las madres, es la soledad. Y yo he tenido mucha soledad.

[ENTREVISTA 11]

Es que sí que es verdad que yo estuve seis meses que no dejé entrar a nadie en la habitación. Y durante ese primer año de vida estuvimos muy cerrados [...]. Claro, sí que es verdad que aquí estábamos exclusivamente él y yo [...]. Sí que es verdad que venían una o dos horitas a la semana unas cuidadoras, bueno, unas cuidadoras; eran de la Fundación Enriqueta Villavecchia, unas voluntarias [...]. Pero yo no salía del domicilio [...]. Estuvimos un año totalmente reclusos [...]. Es que, es complicado relacionarse con otras personas cuando estás cuidando de un hijo que te necesita al cien por cien. Entonces, la sensación de aislamiento es *taaaan*... es tan grande, que es complicado.

[ENTREVISTA 8] [ÁNGELS]

Las situaciones y los procesos de cuidados intensivos durante un período de tiempo prolongado ponen en tensión, a su vez, el estado de la red relacional más cercana y dejan poco espacio para cuidar de ella. Por otro lado, la dificultad de muchas familias para hablar y negociar explícitamente las necesidades y expectativas de cuidados deriva en conflictos, reproches y resentimientos sostenidos en el tiempo. En muchos casos, el resultado final es la ruptura:

Ella se obsesionó muchísimo. Al final, cansa mucho. Es agotador. Yo no digo que sea realmente porque no lo hiciera bien. Quizá debía ser así, y si ha salido bien, ha sido por su obsesión. Pero eso desgasta mucho, desgasta mucho. Durante el día a día, tenerlo todo tan, tan limpio, tan... «esto, y esto, y lo otro», y ella... al final acabas agotado. Agotadísimo [...]. Ahora está algo más relajada, pero es verdad que fue una obsesión. Yo le decía: «Basta ya, tranquila» [...]. Ella tampoco estaba situada exactamente... Porque no estaba como tenía que estar. Entonces, decía cosas y yo le decía: «Bueno, tranquila, hacemos esto, esto otro...», pero es muy complicado para las parejas. Muy, muy, muy complicado. Sabemos de muchos matrimonios que se han separado por una enfermedad así y tal. Lo sabemos. Porque allí, en el hospital, lo sabemos. Porque al final, la madre, lógicamente, o el padre, está al cien por cien por el niño. Pero es que debe ser así. Yo lo siento...

[ENTREVISTA 8]

Es que, ¿sabes qué me pasa? Que tengo un problema... que quieren mandar todos. Quieren mandar y quieren hacer... pero nadie viene en los momentos más críticos, ¿me entiendes? Y yo, llega un momento en el que yo, en casa, mi hermana me lo dijo el otro día: «¡Te lo has montado muy mal!» «¡Vale! Pues, muy bien, ¡móntamelo tú!» [...]. Yo callaba, a veces, y a veces... Hasta ahora, que a veces, me han sacado de quicio... Porque vienen aquí, como que lo saben todo, y entonces tienes que luchar con toda una serie de cosas, y entonces llegó un momento el en que yo estaba muy decaída y fue entonces cuando fui a La Colla Cuidadora... [...]. Y entonces este es el conflicto... Y entonces, pues, claro, no hemos tenido, no he tenido una relación buena, ha sido una relación... a veces pienso que de extrañas... Y claro, me refiero a que, no, muchas veces no he tenido apoyo.

[ENTREVISTA 5]

c. Impactos de la organización familiar de los cuidados en la disponibilidad de tiempo de la persona cuidadora

Otro impacto de los cuidados en la vida de las personas cuidadoras surge, según se ha señalado anteriormente, en su disponibilidad de tiempo, y da como resultado, de forma bastante compartida en los distintos momentos del ciclo de vida, una acusada falta de tiempo que afecta particularmente a las mujeres. Según la Encuesta de Usos del Tiempo 2009-2010 del Instituto Nacional de Estadística (INE), las mujeres sufren más pobreza de tiempo que los hombres. Ello significa que ellas dedican menos tiempo que ellos al cuidado personal, a la participación comunitaria, a los deportes, y a practicar actividades al aire libre, a la vida social, a realizar actividades de ocio y a sus aficiones.

Las personas cuidadoras declaran sufrir pobreza de tiempo para dedicarse a ellas mismas, para dedicarse a su relación de pareja y para socializarse. En un encadenamiento de los distintos impactos que su rol de cuidadoras principales ejerce en sus vidas, presencian la creación de un círculo vicioso en el que la escasez de tiempo a menudo refuerza, no solo el deterioro de su red relacional, sino también el de su propia salud. Así, tal y como expresan Maria, Anna y Rosa, todas ellas madres de niños pequeños, la pobreza de tiempo genera frustración y cansancio y dificulta enormemente priorizar el autocuidado, así como la realización de actividades que generan disfrute y permiten una cierta desconexión de las obligaciones de cuidados cotidianas:

Ahora mismo, tengo que pedir hora incluso para ducharme. Me refiero a que, ahora mismo, [tengo] muy poco [tiempo para mí]. Muy *poooooo*. Muy poco, muy poco, muy poco... Y lo asumo, pero estoy empezando a llegar al límite.

[ENTREVISTA 1]

Hay momentos en los que sí que te das cuenta, que tienes que cuidar otras cosas, porque de lo contrario se descompensa. Que son estos respiros que yo ahora creo que necesitaría. Mis vacaciones... No he hecho vacaciones, no he tenido este respiro [...]. Porque a mí me gusta hacer un poco de deporte, trabajar con mi cuerpo, y nadar, uno o dos días, aunque solo sea 15 minutos... Antes hacía yoga... Ir a hacer yoga a otro lugar, por ahora no, ya me gustaría... [...]. Es lo que echo de menos ahora...

[ENTREVISTA 4]

Tengo libre la siesta del pequeño, que es una hora y media. Es que de verdad te lo digo, no es por ponerme así, pero, es así. Es la hora y media de después de comer, porque tengo que ir a llevarlo al colegio... [...]. ¡Y siempre estoy yo! [...]. Porque no tengo dónde dejarlo. O sea, no, no [...]. Por ejemplo, hoy tengo que... He ido a poner una lavadora a la lavandería. Y para mí, ¡eso es descanso! Porque tengo esa hora para mí. A la lavandería llevo mi libro, ¡y ha sido genial! Poder tener esa hora..., porque siempre estoy acompañada, pues.

[ENTREVISTA 11]

A su vez, la pobreza de tiempo de las madres de niños y niñas también provoca serias dificultades para dedicarse a la vida de pareja:

De vez en cuando sí que pedimos a los abuelos que nos hagan de canguro para poder disfrutar de una tarde de pareja, pero esto pasa una vez al mes... O sea, que el tiempo que tengo para mí misma es *muuuuy* poquito...

[ENTREVISTA 1]

Incluso, bueno, nuestra vida de pareja también lo sufre [...]. Los dos estamos bien agotados [...]. La última vez que salimos juntos fue en enero, y estamos en noviembre. Él y yo. Que fue el día que..., uno de los días de niñera. Y es muy duro. Porque, claro, te da muchísima satisfacción estar con un hijo y todo, por otro lado, ¿verdad? Pero que tu vida de pareja... En mi caso estoy hablando, en el caso nuestro, de que no contamos con nadie, con nadie, con nadie... Pues, ¡chica! Estamos como bien enterrados, pues... que si no lo necesitamos, lo hablamos. No es una cosa que no hablamos. Sí que lo hablamos. Y siempre decimos: «Vamos a ver el otro mes, a ver qué tal», pero no, no se puede. En mi situación, no lo podemos compatibilizar.

[ENTREVISTA 11]

Por último, la pobreza de tiempo traducida en dificultades para realizar actividades de ocio y participar en actividades y espacios de socialización se extiende de forma transversal a diversos perfiles de cuidadoras de personas mayores, como el de Cristina y el de Carme:

Que yo miraba por el balcón y decía: «Yo no puedo salir a tomar un café», porque, claro, cuando tenía a mi madre, no podía, no podía salirme con una amiga y sentarme, o irme al cine o irme a bailar, que me encanta.

[ENTREVISTA 9]

A mí, lo que me gustaría es poder disponer de mi tiempo, y no tener que pensar siempre si puedo porque me necesitará para eso o para aquello... Esto es lo que a mí me... Porque, ¡tampoco, hombre! A mí me gustaría ir de excursión y todo lo que tú quieras, o ir a la playa... pero, bueno, ahora están así las cosas.

[ENTREVISTA 2]

d. Impactos de la organización familiar de los cuidados en los proyectos vitales de la persona cuidadora

La adopción del rol de cuidadora principal provoca unos efectos que van más allá del ámbito de la salud, relacional y de disponibilidad de tiempo, y altera, a medio o a largo plazo, distintos tipos de proyectos vitales. En el transcurso de la investigación se han detectado cuatro tipos de impactos diferentes: a) en la trayectoria formativa; b) en la trayectoria profesional; c) de tipo económico; y d) en la anticipación y planificación del propio cuidado en el futuro. Una vez más, estos impactos afectan de forma desproporcionada a las mujeres.

Impactos de los cuidados en la trayectoria formativa

Con respecto a los impactos en la trayectoria formativa, se han detectado algunos en el caso de Carme, donde los cuidados, primero de su padre, con cán-

cer, después de su madre, con depresión, y en la actualidad de su hermana, con poliomielitis, la obligaron a renunciar a seguir con los estudios que quería cursar, o en el de Pilar, que consideró que la responsabilidad de cuidar de su padre y de su madre era incompatible con marcharse a estudiar al extranjero:

Yo llegué a bachillerato superior, pero no hice ni preuniversitario, porque después todo esto se complicó. Mi madre cogió una depresión de caballo y fue eso de que... Sí que me hubiera gustado estudiar, me hubiera gustado hacer de ATS, y quizá ahora estaría... Siempre lo digo en el trabajo: «Mira, de ATS habría estado mejor formada que tú». Bueno, soy administrativa...

[ENTREVISTA 2]

Entonces, como que estuve trabajando... Mientras trabajaba en una empresa [...] de ocho a dos, por la tarde iba a un estudio y hacía diseño de estampados, pero, bueno, no te ganabas la vida. Entonces encontré otra empresa que me pagaba más y tal, y entonces eso me quedó... Me refiero a que tenía el diseño de estampados, pero ya no... porque tenía que irme fuera, y pensé: «Mis padres se están haciendo mayores, yo no me veo capaz de irme y dejarlos aquí solos y tal».

[ENTREVISTA 5]

Impactos de los cuidados en la trayectoria profesional

Los impactos en la trayectoria profesional son, en segundo lugar, los que se detectan de forma más generalizada y transversal en los distintos perfiles de personas cuidadoras familiares. Estos impactos pueden consistir en reducciones de jornada laboral y, directa o indirectamente, en una renuncia a ascensos profesionales por el hecho de percibir que son incompatibles con la dedicación a los cuidados. Otras personas cuidadoras, todas ellas mujeres, optan por salir, ya sea temporal o permanentemente, del mercado laboral.

Pese a disfrutar de un nivel formativo alto, Rosa rechazó presentarse a una entrevista para una oferta de trabajo en un sector profesional cualificado y en el que disfruta de experiencia por considerar que era incompatible con el ejercicio de su rol de madre. Laura explica, a su vez, que hace años terminó dejando su trabajo remunerado para ejercer de cuidadora a tiempo completo de su hijo como resultado de las dificultades que entrañaba compatibilizarlo con las necesidades de cuidados constantes e intensivos. Por último, Pilar relata cómo se acogió a una prejubilación para cuidar de su madre cuando esta empezó a mostrar indicios de Alzheimer:

Y hasta que él vaya al colegio, yo no, no pienso hasta allá, todavía. Cuando llegue el momento, lo voy a hacer, pero en este momento, no. De hecho, yo creo que me van a ofrecer un trabajo. Porque antes, yo trabajaba en El Salvador, en la alcaldía, y ahora el concejal que está allá... Había un concejal allá, va a ser el cónsul de El Salvador. Y yo [...] estoy segura de que me va a ofrecer un trabajo [...]. Porque me quiere ver mañana. Me siento contenta [...], pero, ¿cómo hago? ¡Tengo que decirle que no! Aunque me da mucha alegría que me busque, ¿cómo hago con el pequeño? ¿Cómo? [...]. Yo lo veo como vetado, porque no puedo. Porque, ¿con quién dejo a mi...? Así lo veo yo, quizás... Es que es una pasada, porque lo llevo a la guardería, el tránsito, usa pañales... Son un

montón de cosas... Es como: «Espabilate, hijo». No puedo hacer eso, no puedo».

[ENTREVISTA 11]

Porque, como era... fue una empresa familiar, y después, cuando murió mi hermano y aún era pequeño, que tenía 5 o 6 años, y yo ya dejé de trabajar. Me he dedicado siempre a él.

[ENTREVISTA 7]

Me prejubilaron en 2005, poco después de que mi madre empezara con lo suyo, en 2004, cuando vi que hacía cosas muy raras, muy extrañas, y no se acordaba de según qué cosas. A veces me decía que se había perdido por la calle y, bueno, pero entonces aún sabía pedirle a alguien dónde estaba la dirección y tal... Y entonces dije: «Bueno, mira, mejor que me prejuble, porque al menos estaré con ella y la cuidaré y tal», pero no creía que esto iba a ser tan largo.

[ENTREVISTA 5]

Por otro lado, Àngels, a raíz de su propia experiencia durante la hospitalización de su hijo y de la experiencia de muchas de las familias en la misma situación

La ausencia de reconocimiento por parte del Estado de permisos o de bajas específicas para cuidar de un hijo con enfermedad oncológica obliga a las madres a practicar malabarismos entre los cuidados y la vida laboral.

con la que convivió en el hospital durante ese período, explica que la ausencia de reconocimiento por parte del Estado de permisos o de bajas específicas para cuidar de un hijo o una hija con enfermedad onco-

lógica obliga a las personas cuidadoras principales —en especial, a las madres— a practicar malabarismos creativos entre los cuidados y la vida laboral, lo que a menudo se traduce en la pérdida del empleo:

Porque es que... No es que lo haya anunciado a los cuatro vientos con las madres, pero cuando hablas con ellas, porque ves lo duro que es todo, que... Bueno, pues sabes que se quedan sin trabajo, que terminan contratos, que agotan el paro, o que cogen bajas y luego tienen problemas con las bajas, porque la baja no es porque tú estés mal, sino que es porque estás cuidando a un niño enfermo.

[ENTREVISTA 8]

Impactos económicos de los cuidados

El tercer tipo de impacto relacionado con la trayectoria vital de las personas cuidadoras es de tipo económico y guarda relación, por un lado, con la multiplicación de gastos cotidianos como resultado de una situación prolongada de ingreso hospitalario y, por otro, con la necesidad de adquirir bienes y servicios necesarios para los cuidados —particularmente de personas que sufren una enfermedad grave y de personas mayores— no cubiertos por los servicios públicos de salud. Así, Àngels y Joan relatan cómo, durante el tiempo en que su hijo estuvo ingresado, sus gastos de aparcamiento, comidas, mascarillas y monodosis, por ejemplo, les terminaron generando un cierto trastorno económico:

A ver, que los dos hemos trabajado, que... Pero, aun así, pensábamos que había cositas que decíamos: «¡Ostras!». Porque es eso, tenemos una familia que... Bueno, nosotros también hemos sido personas ahorradoras, pero sí que es verdad que esto ha supuesto un descalabro económico importante [...]. Entre el parking en el hospital y la gasolina... Es que estuvo ingresado todos los días, 24 horas, durante un mes y medio [...]. Y cuando íbamos al hospital de día, íbamos, aparcábamos, hacíamos el tratamiento y... No tenemos nada, yo nunca me he quejado, porque gracias a Dios, tenemos recursos económicos y contamos con una familia que nos ayuda, pero realmente, le dije a la asistenta social: «Y ahora, ¿qué?, si uno de los dos tiene que dejar de trabajar, el otro o no puede trabajar, o está en paro o gana 800 euros? Todos los gastos que hay en una familia, ¿cómo se hace esto?» Y me dijo: «¡No hay ninguna ayuda!».

[ENTREVISTA 8]

Las personas cuidadoras de familiares de edad avanzada, normalmente personas jubiladas y con ingresos limitados, se ven obligadas, también, a llevar a cabo desembolsos importantes en servicios privados de fisioterapia y de otros tipos de atención a domicilio, así como en productos de cuidado no cubiertos por la Seguridad Social y otros gastos cotidianos; con frecuencia deben gastarse la práctica totalidad de sus pensiones y sus ahorros merman significativamente:

Porque él tiene muchos gastos, porque como no me viene la fisio, también tengo que pagar a veces a una persona que venga... Que si el barbero tiene que venir a casa... que si el de las uñas... El podólogo, para los pies... Yo tengo gastos con él.

Y esto, ¿lo tienen que pagar ustedes, o la Seguridad Social paga una parte y ustedes otra?

No, no, el Seguro no paga nada [...]. ¡Y hay muchos gastos! Porque piensa que yo, aquí, pago el alquiler, pago la luz, pago el teléfono, pago el butano... Oye, eso ya se lleva lo mío del SOVI: se lo lleva todo.

[ENTREVISTA 3]

[Mis hermanos] me ingresan una cantidad cada mes en la cuenta de mi madre. Y entonces, yo, con lo que ingresan ellos, más lo que tiene mi madre, más lo que le dan de la Ley de Dependencia, más lo que ella se puso en un vitalicio, que le dan ahora 13 euros *[se ríe]*, o sea, una miseria; con ello, mi vida se descapitaliza cada mes unos 800 euros, ¿vale? Y, bueno, claro, esto va costando dinero. Porque aparte, no hay solamente lo que ponen mis hermanos y lo que yo saco de allí, sino que es lo que implica tener a las chicas que tengo, que se quedan a comer; o sea, que yo tengo que comprar comida para todos. Claro, a mi madre le compro lo mejor, porque la cuido. Me refiero a que yo llevo todo el peso del piso. Estoy sola; yo, con mi pensión, podría vivir sola seguro, pero yo tenía unos ahorros y ya casi me los he pulido.

[ENTREVISTA 5]

Impactos de los cuidados en la planificación de los propios cuidados en el futuro

En último lugar se detectan —en especial por parte de las cuidadoras de personas mayores, pero no exclusivamente— serias dificultades para planificar y

anticipar los propios cuidados en el futuro. Si bien su participación en el cuidado de un familiar ha sido o sigue siendo de alta intensidad, y es fruto —al menos parcialmente, de sus propias concepciones, tal y como se ha expuesto anteriormente— de la solidaridad intergeneracional en el seno de la familia, entendida como algo «obligatorio», cuando se les pregunta acerca de quién querrían que cuidara de ellas en el futuro, generan una doble paradoja: por un lado, una gran dificultad para reconocer la vulnerabilidad propia y, por otro, una más que probable necesidad de atención en el futuro:

Yo quisiera que nadie me tenga que cuidar. No quiero hacerles pasar por esto [*se ríe mucho, nos reímos*]. No quiero hacerles pasar por esto. Quisiera cuidarme yo siempre [*se ríe*]. No, es que es muy duro, no quiero darle esa responsabilidad a nadie, en serio. Quizás quisiera morirme antes. No, quiero decir, si soy muy vulnerable y me estoy... No quisiera llegar a un nivel en el que necesite, no sé, mucho cuidado, la verdad. Yo quisiera llegar al final cuidándome. No me imagino. No, nunca lo había pensado, nunca me había hecho esa pregunta. Yo quisiera cuidarme siempre yo, porque, no sé... Supongo que alguien que me quiera mucho.

Bueno, tienes a tu familia ahí, ¿no?

Yo lo haría con mi marido, sí. Supongo que él... supongo que él..., pero ojalá que no sea muy demandante yo de viejita, no sé [*nos reímos*].

[ENTREVISTA 11]

Por otro lado, insinúan que el modelo de persona cuidadora abnegada finaliza con ellas y con las personas de su generación, aunque no queda muy claro si la insinuación es formulada en forma de deseo de ahorrarle la experiencia de cuidados intensivos a la siguiente generación, o en forma de resignación ante la certeza de que la nueva generación no estará dispuesta a asumírlas:

Y a ti, ¿quién te gustaría que te cuidara?

¿A mí? Nadie. El día que no pueda valerme por mí misma, que me muera.

¿No te gustaría que te cuidara tu hija, por ejemplo?

Nadie, porque no me gusta dar trabajo a nadie. Mira, mi madre, pobre-cita, se murió en un mes. Poco trabajo dio. Es que no quiero pensar en estas cosas. Yo tenía una amiga que, fíjate, se murió con 45 años. Y cuando estábamos en Castelldefels decía: «Vamos a mirar residencias, para cuando seamos mayores...», y yo le decía: «¡Anda ya!» [*nos reímos*].

[ENTREVISTA 7]

Yo, ¡a una residencia! Yo me voy a una residencia. ¡Lo tengo muy claro! Yo, en cuanto me falte mi madre, si me falta, yo ya me apuntaré a alguna residencia. No, yo no quiero forzar a nadie. No, no. ¡Lo tengo muy claro! No, porque no tengo hijos. Tengo sobrinas, pero yo a mis sobrinas no las puedo forzar, ni mucho menos.

¿Aunque ellas quisieran cuidarte?

Hombre, si quisieran y me lo pidieran... Pero lo dudo. Lo más probable es que se vayan fuera, porque son de estas que... ¡no paran! Son muy inteligentes las dos, y si resulta que están en el trabajo y tienen que irse a Estados Unidos, pues se irán, sea cual sea el lugar al que deban ir, se irán. O sea, que ¡no!

[ENTREVISTA 5]

2.2.2. Análisis y debate de los cuidados remunerados, formales e informales

En el apartado anterior se ha analizado el modo en que el ejercicio de la responsabilidad de la cuidadora principal en el marco de la familia ejerce impactos negativos en numerosos ámbitos de la vida. Los abundantes impactos descritos son indicativos de que para garantizar el bienestar de unas personas, a menudo el bienestar de otras es vulnerado de muchas formas, poniendo de relieve, en definitiva, la insostenibilidad social de los cuidados tal y como están organizados en la actualidad. Amaia Pérez Orozco (2016:80) lo resume de forma muy elocuente:

Los feminismos han evidenciado que el modelo de trabajador exigido por el mercado laboral [...] se construye sobre la existencia de esferas económicas invisibilizadas que atienden estas necesidades y asumen esas responsabilidades [...]. Dicho de otro modo, es un modelo de éxito económico no universalizable.

Esta insostenibilidad social del proceso de provisión de cuidados o, dicho de otro modo, los cuidados proporcionados a costa de los derechos de otras personas, también es un rasgo evidente del mundo de los cuidados remunerados. El hecho de que en los últimos años hayan emergido los cuidados y la atención a las personas como un importante nicho laboral es indicativo de un creciente reconocimiento por parte de las administraciones públicas de la relevancia de los cuidados. La aprobación de la LAPAD en el año 2006 es el máximo exponente de ello. Debe

Los cuidados proporcionados a costa de los derechos de otras personas, es un rasgo evidente del mundo de los cuidados remunerados.

señalarse, sin embargo, que si bien en los últimos años todos los países europeos han experimentado una creciente demanda de servicios de cuidados, los países del sur de Europa se caracterizan por una presen-

cia de servicios de cuidados y de salud inferior a la existente en el resto de países en las estructuras ocupacionales. En el caso específico del Estado español, a su vez, el sector del trabajo del hogar ha aumentado de forma más acentuada que en la mayoría de países europeos y, según la Encuesta de Población Activa, en 2005 había más de medio millón de personas trabajando en él. La combinación de una demanda creciente de cuidados para personas en situación de autonomía funcional restringida, de un volumen relativamente reducido del sector de los cuidados formales y de una significativa presencia del sector del trabajo del hogar, indica que la provisión de cuidados se cubre, en gran parte, mediante el recurso de las familias al sector informal del trabajo del hogar en condiciones de precariedad laboral y económica. Por otro lado, en el transcurso de la investigación se ha confirmado que, si bien se da el caso de alguna experiencia examinada, como la **Entidad de Cuidados a Gente Mayor**, que tiene convenios establecidos con empresas de la economía social y solidaria que desean garantizar condiciones de calidad y equidad en los puestos de trabajo que generan, la situación de la mayor parte del sector de los cuidados remunerados, tanto en el sector público como en el privado, se caracteriza por la precariedad laboral y por condiciones salariales por debajo de la media del mercado de trabajo.

Seguidamente se analiza información obtenida sobre el modo en que, actualmente, los cuidados remunerados se proveen a costa de los derechos de los trabajadores y trabajadoras, haciendo hincapié en la elevada feminización y racialización, en la baja protección legal que los caracteriza, en rasgos especí-

ficos de los cuidados como una actividad cuya precarización pueden promover, y en la influencia que puede ejercer un escenario político-económico que en los últimos años ha fomentado su externalización.

2.2.2.1. Los cuidados remunerados: un sector feminizado y racializado

La situación de alta precariedad laboral que caracteriza los cuidados remunerados debe interpretarse, ante todo, de forma conjunta al carácter marcadamente feminizado y racializado del sector. En primer lugar, del mismo modo en que los cuidados prestados de forma no remunerada en el marco de la familia recaen principalmente en las mujeres, cuando los cuidados pasan a ser remunerados, sucede lo mismo. Según los datos de la Encuesta de Población Activa, el porcentaje de mujeres en las ramas de actividad sanitaria, de servicios sociales y de servicios personales es de casi el 78 %. Según se indica en la tabla 12, el sector del trabajo del hogar y de los cuidados se caracteriza por estar ocupado de forma desproporcionada por mujeres:

Tabla 12. Promedio de afiliaciones a la Seguridad Social en alta en el Régimen General (Sistema Especial de Empleados en el Hogar) durante el mes de enero de 2017, por sexo. Absolutos y porcentajes

	Hombres		Mujeres		Total
	Hombres absolutos	Hombres %	Mujeres absolutos	Mujeres %	Total
Barcelona (provincia)	3.510,71	6,37	51.570,76	93,62	55.083,47
Cataluña	4.473,76	6,64	62.941,00	93,36	67.416,76
Estado español	20.475,38	4,85	401.523,43	95,15	422.008,29

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Por otro lado, el carácter feminizado del sector se complementa con un significativo incremento del número de personas de origen migrante, particularmente mujeres migradas, que trabajan en el mismo. Ello es fruto, en gran parte, de los flujos migratorios de las últimas décadas, que han provocado que decenas de miles de mujeres provenientes de distintos países del sur global hayan llegado al Estado español y hayan encontrado en el trabajo del hogar y de cuidados los únicos nichos laborales en los que insertarse. Estos flujos migratorios han dado respuesta a las crecientes necesidades en materia de cuidados originadas por la crisis de los cuidados antes mencionada. Mientras que en el año 1996 las personas extranjeras representaban el 6,9 % del total de personas ocupadas en el trabajo del hogar, a partir del año 2005 esta cifra empezó a rebasar el 50 %. Una parte importante de este colectivo se dedica a este trabajo de manera informal y sumergida (León, 2013), por lo que las cifras de la tabla 13 constituyen, sin duda alguna, una infravaloración de la presencia de personas —sobre todo mujeres— de origen migrante en el sector de los cuidados y del trabajo del hogar.¹⁶ Por otro lado, las tablas 13 y 14 ilustran la importante concentración de mujeres migradas en el trabajo en el hogar en comparación con su presencia en otros sectores laborales.

¹⁶ Los datos de las tablas 12, 13 y 14 corresponden a afiliaciones a la Seguridad Social. Dado que en la economía informal existe una elevada concentración de personas de origen migrante, por un lado, y de mujeres, por otro, se estima que la combinación de los datos presentados con datos del mercado laboral mostraría una racialización y feminización del sector aún más acusadas.

Tabla 13. Promedio de afiliaciones a la Seguridad Social en alta en el Régimen General (Sistema Especial de Empleados en el Hogar) y total de afiliaciones de personas extranjeras no comunitarias durante el mes de enero de 2017, por sexo. Absolutos y porcentajes

	Régimen General (Sistema Especial de Empleados en el Hogar)				Total de afiliaciones			
	Hombres absolutos	Mujeres absolutos	Hombres %	Mujeres %	Hombres absolutos	Mujeres absolutos	Hombres	Mujeres %
Barcelona (provincia)	2.412,61	23.963,19	9,15	90,85	110.859,95	85.850,71	56,36	43,64
Cataluña	3.011	28.225	9,64	90,36	153.422	107.835	58,72	41,28
Estado español	10.941	125.051	8,05	91,95	566.065	412.722	57,83	42,17

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Tabla 14. Porcentaje de personas extranjeras no comunitarias del promedio de afiliaciones a la Seguridad Social en alta en el Régimen General (Sistema Especial de Empleados en el Hogar) y del total de afiliaciones del mes de enero de 2017, por sexo

	Sistema Especial de Empleados en el Hogar		Total de afiliaciones	
	Hombres %	Mujeres %	Hombres %	Mujeres %
Barcelona (provincia)	4,38	43,50	4,59	3,56
Cataluña	4,47	41,87	4,86	3,41
Estado español	2,59	29,63	3,20	2,34

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

2.2.2.2. Escasa protección laboral

Los principales marcos reguladores de las condiciones de trabajo y laborales de las personas que se dedican profesionalmente a los cuidados son el Convenio 189 *Decent work for domestic workers* [Trabajo decente para las trabajadoras domésticas] de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la ley estatal 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, y los convenios laborales aplicables a cada sector y a cada territorio.

El Convenio 189, adoptado por la OIT en junio de 2011, insta a los países a desarrollar nuevos instrumentos para abordar las condiciones especiales del trabajo del hogar con el objetivo de garantizar una protección legal equitativa y evitar prácticas discriminatorias que afectan a las mujeres —en especial, a las mujeres de origen migrante— en situaciones de alta vulnerabilidad. Aunque

desde entonces el Convenio ha sido ratificado por 23 países,¹⁷ el Estado español no es uno de ellos.

La ratificación del Convenio 189 por parte del Gobierno español es incompatible con la legislación actual y obligaría a cambiarla. La ley vigente —Ley 27/2011— ha supuesto una mejora con respecto a los marcos reguladores anteriores¹⁸ en materias tales como la obligatoriedad de contrato escrito o de cotización a la Seguridad Social. Sin embargo, sigue sin otorgar al trabajo del hogar los mismos derechos que al resto de sectores y, entre otras situaciones, fomenta, directa o indirectamente, la ausencia de un contrato laboral escrito y de cotización, salarios bajos, negación del derecho a la prestación por desempleo y descansos insuficientes. En la actualidad, el sector del trabajo del hogar y/o de los cuidados encubiertos es uno de los que presenta más informalidad y precarización. María lo ilustra desde la perspectiva de una persona trabajadora, mientras que Pilar lo hace desde la perspectiva de una persona contratante:

Pero, bueno, a nivel de lo que supone... O sea, yo no había, hasta ahora, con este trabajo, nunca había trabajado de trabajadora familiar, y las condiciones a nivel de contrato y de paro y así ¡son pésimas! Porque no tienes derecho al paro, con este tipo de contratos. Ya te lo especifican concretamente. Entonces, a pesar de que haya un contrato, de que haya una mínima cobertura, no deja de ser un trabajo precario, porque si me voy, o la abuela se muere, o se va a una residencia, yo me quedo con el culo al aire.

[ENTREVISTA 1]

Porque, bueno, están toda una tarde, pero solo trabajan 3 o 4 horas, pues, claro, tampoco les das tanto... Yo, más o menos calculo, tampoco me gusta pagar poco... Pero yo, otra cosa te diré, que no las puedo tener a todas aseguradas. ¡Yo no doy más de sí! Y que me vengan y me pongan las multas que quieran, pero yo les diré lo que tienen que hacer.

[ENTREVISTA 5]

¹⁷ Los países que han ratificado el Convenio 189 son los siguientes: Alemania (20.09.2012); Argentina (24.03.2014); Bélgica (10.06.2015); Bolivia (15.04.2013); Chile (10.06.2015); Colombia (09.05.2014); Costa Rica (20.01.2014); Ecuador (18.12.2013); Filipinas (05.09.12); Finlandia (08.01.2015); Guyana (09.08.2013); Irlanda (28.08.2014); Italia (22.01.2013); Jamaica (11.10.2016); Mauricio (13.09.2012); Nicaragua (10.01.2013); Panamá (11.06.2015); Paraguay (07.05.2013); Portugal (17.07.2015); República Dominicana (15.05.2015); Sudáfrica (20.06.2013); Suiza (12.11.2014); y Uruguay (14.06.2012).

¹⁸ En 1969, el Decreto 2346/1969 regulador del Régimen Especial de la Seguridad Social para los Empleados de Hogar confirió un trato especial a las personas trabajadoras del sector mediante una regulación específica de sus contribuciones al sistema de la Seguridad Social y de los derechos que se desprendían del mismo. La exclusión del trabajo del hogar del régimen general de la Seguridad Social, así como de la protección laboral, y su regulación mediante el Código Civil se justificaron por el «carácter atípico» de la esfera privada del hogar, el cual impedía definirlo como un lugar de trabajo. En 1985, el Gobierno del PSOE impulsó el Real Decreto 1424/1985, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar. Pese a que ello constituyó un avance parcial al reconocer la dimensión laboral del trabajo del hogar, este decreto definía esta dimensión como «especial», clasificaba el hogar como un «contexto excepcional», excluía a las personas trabajadoras del hogar del Estatuto de los Trabajadores y subordinaba los derechos laborales de tales personas a los derechos constitucionales de privacidad y vida familiar. Así, el Real Decreto 1424/1985 no exigía un contrato de trabajo por escrito, no reconocía el derecho a la prestación por desempleo ni cubría bajas por enfermedad y, en el caso de las pensiones de jubilación, garantizaba prestaciones sumamente reducidas. Por otro lado, aunque los salarios debían situarse en el nivel del salario mínimo interprofesional, se introdujeron importantes excepciones, como el tiempo de presencia no remunerado o la posibilidad de retribuir, en el caso de las personas trabajadoras del hogar en régimen interno, hasta el 45 % del sueldo en forma de alojamiento y manutención (Ezquerro, 2011b; León, 2013).

Las condiciones de trabajo y laborales en el sector se caracterizan por una particular fragilidad en los casos de las personas trabajadoras de origen extracomunitario, las cuales, según se ha expuesto previamente, están muy presentes en el mismo. La legislación laboral se cruza con la Ley de Extranjería para dificultar la regularización, por parte de las trabajadoras, de su situación administrativa, así como su movilidad hacia otros sectores laborales. En los casos en los que la persona trabajadora se encuentra en régimen de interna o, dicho de otro modo, reside en el hogar de la familia contratante, este cruce entre legislación laboral y Ley de Extranjería genera situaciones que a menudo conllevan una alta vulneración de derechos en la forma de negación de la privacidad de la persona trabajadora y de su control por parte de los miembros de la familia contratante, de la obligatoriedad de recibir parte de su salario en especie y, en general, de la imposibilidad de llevar a cabo una vida cotidiana en dignidad:

Y sí que hemos visto a muchas compañeras que cuando empiezan a trabajar, sobre todo cuando empiezan a trabajar... internas y... o sea, lo interno hay que abolirlo [*se ríe*] [...]. En el Estado español no tendría por qué existir el trabajo de interna, porque muchas mujeres pueden también enviar remesas de otras maneras; trabajando ocho horas también tú puedes generar un sueldo y, de hecho, lo hacen todas las compañeras, ¿no? [...]. Que es otra cosa... con el tema del 189 que también dice que... igual disminuye lo que se da por especies [como parte del salario del trabajo interno], pero otra cosa es que... que lo mantiene. Y es otra cosa también que nosotras decimos que no, un salario, porque además, a nivel de autonomía, bueno [...] nos vamos enajenando lisa y llanamente ¿no? Primero, por un espacio donde dormir, después porque... y eso que cada vez va formando parte más de nuestra vida ¿no? [...]. O sea, si a ti te están diciendo que este dinero que tú te ganas es para tu vivienda, tu vivienda de esta manera, con estos requisitos..., ni siquiera tienes elección... Ahí le estamos sacando poder a la persona, de cómo quiere, no sé, encontrar su cuarto, hacer su cuarto, y ahí, vas perdiendo autonomía, vas perdiendo autonomía de capacidad de decisión, de cómo quiero que esté la cama, porque igual a la señora... a la persona de la casa donde estoy durmiendo no le gusta que la ponga así, los muebles son como a ella le gustan... y ahí una, bueno, te vas entregando...

[ENTREVISTA 10]

Los convenios laborales vigentes también reproducen el escaso reconocimiento social de los cuidados generado por la legislación vigente, al tiempo que fomentan, directa o indirectamente, salarios bajos, un predominio de jornadas laborales parciales y contratos temporales, y una alta flexibilidad de las jornadas y de los calendarios laborales. Las condiciones de las personas trabajadoras del **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)** están definidas por el IV Convenio Colectivo de Trabajo de Empresas de Atención Domiciliaria de Cataluña,¹⁹ y se caracterizan por la temporalidad, la parcialidad de las jorna-

¹⁹ Las condiciones laborales de las personas profesionales de otros servicios, analizadas en el presente estudio y relacionadas con los cuidados, tales como el espacio familiar o la ludoteca, por ejemplo, están reguladas por el III Convenio Colectivo del Sector del Ocio Educativo y Sociocultural de Cataluña, aunque en el caso de la ludoteca lo mejoran ligeramente. Los salarios del personal de intervención establecidos por convenio oscilan entre los 1.094,68 euros y los 1.481,52 euros, y se sitúan por debajo de lo que actualmente es el sueldo medio en Cataluña (véase el Convenio). Por otro lado, como ya se ha expuesto anteriormente, la precariedad tam-

das y la flexibilidad inherente a la organización de los horarios (un abanico laboral de 9 a 22 horas, de lunes a domingo) y por el calendario laboral personal (bolsa anual de 80 horas de alteración de la jornada laboral). Actualmente, en Cataluña, el **Servicio de Ayuda a Domicilio** proporciona empleo a 7.400 personas: el 69 % son trabajadoras familiares y el 97 % son mujeres; el 93 % son técnicas asistenciales que trabajan un promedio de 19,3 horas semanales. Las trabajadoras, además, atienden a una media de 7,2 personas usuarias (ACRA, 2013), lo que implica destinar una cantidad importante de tiempo a desplazamientos, así como dificultades para disfrutar de descansos durante jornadas que pueden ser extenuantes:

Y ahora me levanto a las seis, ¿sabes? [...] Empiezo a las ocho y salgo a las siete menos cuarto o a menos diez, y cojo el metro y el autobús. Y bueno, pues llego a las ocho menos cuarto, que desayuno, que es cuando desayuno, que ya no desayuno, que ya no como nada más hasta las cinco de la tarde también. Porque tengo un horario que, esto, te digo que es uno detrás de otro, entonces no tienes tiempo. Tienes veinte minutos pero no los puedes coger, porque, claro es que esto es así.

[ENTREVISTA 9]

Al margen de la parcialidad de las jornadas laborales, otra característica de los puestos de trabajo son los salarios bajos. Según la tabla salarial del Convenio, en el año 2016 el salario mensual bruto de una trabajadora familiar era de 1.071,49 euros (9,01 euros/hora), y el de una auxiliar de limpieza de 918,59 euros (7,72 euros/hora). Ello difiere sustantivamente del precio/hora establecido por el contrato programa, que es de 16,25 euros/hora en el sector público y de la media del coste/hora de compra del **Servicio de Ayuda a Domicilio** externalizado, que es de 16,20 euros/hora.²⁰

En el caso específico de la ciudad de Barcelona, según un análisis de las condiciones de trabajo de las personas trabajadoras del Servicio de Atención Domiciliaria que el Ayuntamiento de Barcelona realizó en el año 2016, del conjunto

En el caso de la ciudad de Barcelona, las personas trabajadoras del Servicio de Atención Domiciliaria el 38,9 % del total sufrían precariedad laboral en forma de un salario bajo, un contrato temporal y una jornada parcial.

de 3.503 personas trabajadoras que en 2015 había en la ciudad, 1.561 (44,6 %) tenían un contrato temporal; 2.665 (76,1 %) tenían un contrato a tiempo parcial; y 3.352 (95,7 %) ganaban un sueldo inferior a los 9,47 euros brutos/hora. Por último, el 38,9 % del total sufrían precariedad laboral en forma de un salario bajo, un contrato temporal y una jornada parcial y, en claro contraste, únicamente el 2,7 % del conjunto de la plantilla no sufrían ningún tipo de precariedad.

Debe señalarse que la tabla salarial establecida por el Convenio y los sueldos que predominan provocan que las personas trabajadoras contratadas a tiempo parcial no puedan subsistir únicamente con este salario, y que los sueldos

bién está presente en experiencias de cuidados de tipo comunitario. Algunas experiencias comunitarias autogestionadas, como la del grupo de crianza, tienden a generar condiciones laborales caracterizadas por la parcialidad y la informalidad; además, el necesario carácter intensivo de la implicación de las madres en el proyecto se correlaciona con trayectorias laborales intermitentes y llenas de incertidumbres.

²⁰ Observatorio de la Red Local de Servicios Sociales de Atención Domiciliaria, actividad de 2013, citado en ACRA, 2014, página 79.

de las que disponen de un contrato a jornada completa se sitúan entre los más bajos del mercado laboral (Convenio; Vallina, 2014). Por todo ello, según se puso de manifiesto en la Mesa Intersectorial contra la Feminización de la Pobreza y la Precariedad impulsada por la Concejalía de Ciclos de Vida, Feminismos y LGTBI del Ayuntamiento de Barcelona entre octubre de 2015 y febrero de 2016, estas trabajadoras, que se caracterizan por prestar servicios y atención a personas en situación de vulnerabilidad social y sanitaria, con frecuencia deben recurrir a los Servicios Sociales municipales como consecuencia de su propia vulnerabilidad laboral y económica.

Otra problemática que suelen tener las personas que proveen cuidados de forma remunerada es el impacto que tales cuidados ejercen en su propia salud física y emocional. La combinación sostenida en el tiempo de los esfuerzos físicos requeridos para ayudar a movilizar a otras personas y cuidar de ellas, el estrés emocional y la ansiedad provocados por las situaciones difíciles que las trabajadoras viven de forma habitual, así como otros elementos de precariedad que suelen caracterizar sus vidas, derivan en una degeneración de su estado de salud:

En términos de salud esto es... en temas de salud... salud física, emocional o psicológica... o sea... ahí dejamos la vida. Nuestra salud física, porque muchas mujeres terminan... igual... ¿no?, con artrosis, con problemas, este..., musculares, con tensiones, las espaldas ni te cuento, y eso, bueno, si tú no tienes una espalda acorde, o sea, ¿qué te hace la espalda? Te oprime el pecho, si te oprime el pecho no puedes respirar, si no puedes respirar igual te genera ansiedad, igual no te puedes levantar mañana a cuidar, ¿no?

[ENTREVISTA 10]

Psicológicamente es... duro, porque es duro, porque hay casos que son muy complicados, que te llegan a tocar, porque tú eres una persona, y los que trabajan con personas, y quieras que no te vas allegando, yo ya te digo que llevo muchos años y ya como que... ya, no sé. Te lo miras de otra manera y no te toca tanto, ¿sabes? Que al principio era horrible, porque claro... eras nueva y bueno, y ahora no es que no lo sientas, lo pasas más, psicológicamente afecta mucho.

[ENTREVISTA 9]

Ello se enmarca en un escenario de resistencias por parte de los profesionales de la salud y de las autoridades sanitarias, según se refleja en la legislación vigente (Real Decreto 1299/2006), a reconocer que algunos de tales impactos son fruto de la actividad profesional, lo que dificulta, no solo el acceso a una atención adecuada, sino también a procesos de recuperación:

Del esfuerzo, del trabajo en sí, que llevas tantos años, y entonces, pues bueno, en esto, cuando vas a la mutua, pues [...]. Estos de la mutua tienen mucha gracia. Entonces, es una pena que te digan que es degenerativo, degenerativo... [...]. Yo he ido un par de veces y siempre he tenido... bueno, problemas, porque es degenerativo del trabajo que hago.

¿Es una enfermedad profesional?

Claro, sí, entonces, cuando es degenerativo, ya te quitan de en medio

y te mandan a la Seguridad Social para que te apañe, porque no es problema de la mutua. Sí, sí, es así. Sí, sí. Degenerativo, pero es por mi trabajo, oiga. Si tengo este, se me hace esto, pero este no lo tengo, pues será del esfuerzo que hago, ¿y esto de qué es? Pues de un golpe que me he dado, pero ¿qué?, trabajando, pero como le dije a uno: «Oye, yo no estoy haciendo bizcochos ni estoy sentada, estoy trabajando, y me hago daño porque estoy en mi trabajo», pero no es porque yo... por la edad, degenerativo, pues estamos apañados ¿sabes?

En ese sentido, por ejemplo, si necesitaras... por tus... problemas, por tus enfermedades profesionales, si necesitaras fisioterapia o rehabilitación o algo...

¿Por parte de la mutua? No, ya te apañarás tú. Te quitan de en medio rapidísimo. Que yo un día me enfadé [...] y llamé aquí y dije: «Oye, ¿quién paga la mutua?» [...]. También pagamos la mutua nosotras. También nos descuentan por mutua. Entonces, ¿qué quieres? A ver, es que es así el trabajo, el trabajo es duro, el trabajo es de esto, y te puedes hacer daño, pues claro que sí, y ¿entonces no puedes ir a la mutua? ¿Por qué...? ¿Por qué no? Hombre... por favor...

[ENTREVISTA 9]

La ausencia de reconocimiento del impacto de los cuidados profesionales en la salud de las personas trabajadoras también les impide acceder a posibles bajas remuneradas por enfermedad. En combinación con la precariedad vital que a menudo sufren, el marco regulador vigente no prevé la posibilidad de que las trabajadoras se pongan enfermas:

Sí, es un poco estresante. También ellas, por el perfil del que hablábamos, ¿no? Son personas que tienen ciertos problemas, sobre todo aquellas que quizá tienen la familia fuera, que vienen de fuera, las extranjeras; quizá muchas veces se resisten también a coger bajas, porque coger una baja médica implica cobrar menos.

[ENTREVISTA 6]

La ausencia de unas condiciones laborales dignas en el sector, reflejada en la legislación vigente y en algunos de los convenios laborales menos garantistas en la actualidad, sin duda guarda relación con la falta de reconocimiento de la centralidad social de los cuidados. También está muy relacionada, a su vez, con algunas de las características específicas de los cuidados cuando se convierten en un sector económico.

2.2.2.3. Características específicas del trabajo de cuidados que fomentan la precariedad

Más allá de la débil protección laboral garantizada por los marcos legales, cuando el trabajo del hogar y de cuidados se convierte en una actividad remunerada plantea una serie de retos, resultantes de su especificidad como actividad, para las personas trabajadoras y para su capacidad a la hora de defender sus derechos. Dicho de otro modo, cuando los cuidados pasan a estar caracterizados por vínculos contractuales y por relaciones de poder, los vínculos emocionales y morales —con frecuencia de carácter privado— que los definen no desaparecen (Yanagisako, 2002; Narotzky y Smith, 2006; Narotzky, 2008;

León, 2010). Tampoco desaparece el elemento de vulnerabilidad inherente a la vida humana y, por consiguiente, los cuidados como tales. En realidad, esta vulnerabilidad, en combinación con las débiles protecciones laborales, afecta a las condiciones de los trabajadores y las trabajadoras y a su capacidad para mejorarlas.

Antes se ha señalado que la legislación que regula los derechos de las personas trabajadoras remuneradas del hogar niega el derecho a percibir la prestación por desempleo. Esta discriminación del sector debe contextualizarse en las características específicas que lo definen. Particularmente en los casos de cuidados prestados a las personas mayores, la relación laboral a menudo experimenta un alto grado de imprevisibilidad, dado que con frecuencia puede verse interrumpida por la hospitalización de la persona receptora de cuidados o por su fallecimiento. En este sentido, según se ilustra a continuación, las características específicas de la situación de cuidados generan una incertidumbre con respecto al futuro que la ley no mitiga, sino que agrava, y que presenta dimensiones prácticas pero también emocionales:

De estar trabajando como interna y de repente se te muere el empleador, porque, también, ¿no? Hay un momento... [...]. El duelo, o sea, cuando tú generas una relación [...] de estar casi diez años cuidando a una persona... que quieras o no, termina siendo parte de... de tu cotidianidad, de tu forma de vivir, estás totalmente integrada. Y de un día para el otro la persona fallece y la familia se desentiende de todo lo que es la relación con la trabajadora, cuando tú estás construyendo una relación durante diez años, y queda un duelo. Queda un duelo que cada una lo tendrá que vivir sola, ¿no? Y eso es un tema que... que es complicado, porque es un sostén que... bueno, además de que pierdes tu trabajo, pierdes a una persona que... en algún punto puede... es un ser querido también, ¿no? [...]. Muchas veces esto también es un anclaje de dificultad para poder... para poder salir... para poder encontrar... para poder movilizarnos de nuevo.

[ENTREVISTA 10]

Simultáneamente, esta doble dimensión emocional y de vulnerabilidad inherente a la relación de cuidados provoca que las trabajadoras tengan dificultades específicas para defender sus derechos. No solo se trata de un ámbito en el que la legislación es menos garantista que en otros sectores y en el que la representación colectiva es particularmente difícil de alcanzar, sino que, además, la propia fragilidad de la persona receptora de cuidados hace que no puedan aplicarse las respuestas a las situaciones de violación de derechos y de abusos que son habituales en otros sectores.

Bueno, porque los cuidados son tan amplios, generan tantas cosas, tienen tantas dimensiones diferentes, que, bueno, cuando cuidamos a un niño pequeño y no nos podemos ir a la hora si la mamá no viene, tu horario de trabajo no termina cuando tú quieres, por más rebelde que seas, ¿no? ¿Vas a dejar al niño solo en un acto de rebeldía porque va la segunda vez que te lo hace? Bueno, estoy diciendo cosas que son habituales, que las escuchamos mucho, pero, bueno, además de escucharlas nosotras, creemos que hay que darles salida, no hay que... hay que ver cómo lo hacemos.

[ENTREVISTA 10]

Por último, otra característica específica del trabajo del hogar y de cuidados es que suele realizarse en el marco del hogar de la persona receptora de cuidados y/o contratante del servicio. Ello provoca que se genere una importante tensión entre el hogar, entendido como un espacio de privacidad e intimidad de la familia contratante y sujeto a la protección del Código Civil, y el hogar, entendido como un espacio laboral para la persona trabajadora, que cuenta con protecciones laborales. El carácter privado e íntimo del hogar ha sido uno de los principales argumentos esgrimidos en las últimas décadas para evitar la mejora de los derechos laborales en el sector y ha generado que, en vez de reconocer y regular la relación de poder existente entre la persona o personas contratantes y la persona contratada, la propia normativa laboral a menudo

El surgimiento de asociaciones y sindicatos específicos de trabajadoras del hogar es una respuesta por generar modelos políticos y organizativos capaces de hallar soluciones a la elevada vulnerabilidad laboral que experimentan.

inste a las partes a resolver posibles conflictos de forma privada y con arreglo a la «buena fe» de ambas (Ezquerro, 2011b). Ello representa un importante obstáculo a la hora de conseguir una formalización plena de la actividad laboral, tanto con respecto a la ausencia frecuente de un

contrato laboral, según se ha señalado antes, como a otras cuestiones, como las inspecciones laborales y la representación colectiva. El surgimiento, en los últimos años, de asociaciones y sindicatos específicos de trabajadoras del hogar y de cuidados es una respuesta a las dificultades presentadas por el movimiento sindical tradicional para priorizar y afrontar esta situación, así como una apuesta por generar nuevos modelos políticos y organizativos que sean capaces de hallar soluciones a la elevada vulnerabilidad laboral que experimentan las personas trabajadoras en el sector:

Tú vas individualmente otra vez a la casa de la persona y le dices que, bueno, que no estás de acuerdo porque hay una normativa bla, bla, bla, y así se terminó el tema. Pero no hay un espacio, una mesa, donde nos podamos sentar a dialogar [...]. Sindihogar, lo que intentaba hacer también en alguna medida era crear como estos espacios de repente de interlocución, ¿no? [...]. Entonces, ya no es una persona individual que va y les plantea que no está de acuerdo con la normativa, porque igual no nos sentimos con fuerza suficiente para poder ir a hacerlo solas, aunque algunas sí que lo han hecho. Pero bueno, era como que todas estas necesidades se empezaron a colectivizar también, a decir: «Bueno, si somos muchas o si somos más o si nos formamos en un sindicato, también tendremos más fuerza para decirles a nuestros interlocutores unas determinadas cosas». Entonces, yo creo que allí también se fue generando el caldo de cultivo para... dar más herramientas, para tener más formación, para tener más argumentos también [...]. Lo que en algún punto hacemos es bueno, es como, mediación, ¿no? En el sentido, por ejemplo, de que una compañera venía —nos pasó mucho con una compañera que se tuvo que ir— y bueno, no le hacían contrato en la casa de trabajo [...] ¿no? También de ir a la Inspección de Trabajo, bueno, en determinados trámites que también son como... para hacerlos solas, es, *buff*, es como, bueno, allí nos tenemos que enfrentar también a todo lo que es la burocracia e igual a un montón de cosas [...]. Nos generamos acompañamiento también, ¿no?, en determinadas situaciones. Si es con una empleadora con la que no estamos tan de acuerdo, bueno,

cómo traer la situación, ver qué sucede, y bueno, ver qué se puede hacer, ¿no? Si también, bueno, en esa relación [...] que se ha construido, que se ha generado, y si tenemos que acompañar a una compañera a hablar con esa persona.

[ENTREVISTA 10]

2.2.2.4. Externalización de los servicios de cuidados

Finalmente, en los últimos tiempos han aumentado las voces que relacionan la situación de precariedad laboral en el sector profesional de los cuidados con el hecho de que, actualmente, en muchos municipios, incluido el de Barcelona, la gestión de un elevado porcentaje de los servicios de cuidados está externalizada.

En Cataluña hay 378 entidades que proveen los distintos servicios de atención de necesidades del hogar y de cuidados personales del SAD. En el sector privado, el empleo ha aumentado hasta el 85,2 % (63,2 % en sociedades mercantiles, 22 % en entidades de iniciativa social) frente a tan solo el 14,8 % pertenecientes al sector público (ACRA, 2014). Además, se observa una creciente tendencia a la gestión privada del servicio, que experimentó un incremento interanual del 5,8 % en el período 2013-2014 (Bodoque *et al.*, 2016). Históricamente, los servicios se han adjudicado mediante concursos regidos por criterios economicistas, los cuales fomentan que las empresas compitan entre sí para presentar ofertas de bajo coste. Ello termina repercutiendo en la calidad del servicio y en las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras. Hasta 2015, por ejemplo, año en el que se redactaron nuevos pliegos de contratación para otorgar más valor a la parte técnica y social de los proyectos, los pliegos del contrato del **Servicio de Ayuda a Domicilio** concedía a la oferta económica el 40 % del total de la valoración, lo que priorizaba la reducción del coste del servicio por encima de otros criterios, como los aspectos técnicos del servicio, su calidad o las condiciones laborales con arreglo a las que se presta dicho servicio (Ayuntamiento de Barcelona, 2015). Ello ha provocado que, en palabras de una de las personas entrevistadas, «cuestionara la viabilidad del servicio». El Ayuntamiento de Barcelona ha empezado a revertir esta situación mediante la aplicación de distintas medidas, como la revisión de los pliegos de contratación de servicios y la publicación, en el año 2016, de la *Guía de Contratación Pública Social*. Otras administraciones municipales, como el Ayuntamiento de Madrid, también están trabajando con miras a una mayor priorización de las cláusulas sociales y laborales en las adjudicaciones de servicios a entidades y empresas externas (Pinheiro, 2016).

Además de las condiciones reguladoras de los contratos de adjudicación de servicios, cuya definición responde a procesos netamente políticos, las condiciones laborales dominantes en el sector de los cuidados, así como otras problemáticas relacionadas con el acceso al servicio y su calidad, que se tratan en apartados posteriores de este documento, plantean un interrogante sobre la idoneidad de la gestión privada de los diversos servicios relacionados con los cuidados. Pese a hallarnos en un momento en el que el discurso dominante erige a la empresa privada como la garante de gestionar recursos públicos con los mejores niveles de eficacia y de eficiencia, y en el que la reorganización de las entidades locales constituye uno de los principales contenidos de los planes de ajuste estructurales impuestos por la administración central (Chin-

chilla y Domínguez, 2015), hay estudios que demuestran que los servicios privatizados presentan sobrecostos que van desde el 22 % hasta más del 90 % con respecto a los servicios prestados de forma directa por las administraciones locales (Colomer, 2015). Incluso en el supuesto de que no hubiera ninguna evidencia que apuntara en esta dirección, una firme apuesta política por una economía de los cuidados basada en su democratización y en la justicia de género debería partir de la premisa de que los cuidados constituyen un derecho inalienable y un servicio fundamental, como fundamentales son también las condiciones con arreglo a las cuales se proveen, la calidad con que se proporcionan y el bienestar que generan.

2.2.3. Propuestas de actuaciones para garantizar que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona

La tabla 15 presenta, a partir de los datos recabados, tanto mediante la realización de entrevistas como del análisis de documentación, de literatura y de otras fuentes de información, una relación de propuestas de actuación que hemos elaborado para garantizar que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona. Según puede observarse, las actuaciones están orientadas a defender y promover los derechos de las personas cuidadoras, tanto en el marco de la familia como de forma remunerada, así como a impulsar la corresponsabilidad en el ámbito de los cuidados familiares entre hombres y mujeres, y a acompañar el establecimiento de alianzas sociales y la formulación de políticas entre distintos actores involucrados en los procesos de cuidados para impulsar su democratización.

Tabla 15. Propuestas de actuaciones para garantizar que la provisión de unos cuidados dignos no se efectúa a costa de los derechos de otra persona

Eje estratégico	Dimensión	Propuestas de actuaciones
<p>Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados</p>	<p>Garantizar que los cuidados no se proveen a costa de los derechos de otra persona²¹</p>	<p>Instar a las administraciones competentes (autonómica y estatal), en colaboración en esta dirección con los movimientos y agentes sociales movilizados, a:</p> <p>aprobar permisos de paternidad, iguales y no transferibles, por nacimiento, adopción y acogida;</p> <ul style="list-style-type: none"> - modificar la legislación y los convenios laborales para que las personas cuidadoras principales familiares (o no pertenecientes a la red familiar de la persona receptora de cuidados) que actualmente no están reconocidas por la legislación, bien por su grado de parentesco o por no pertenecer a la familia, puedan acceder a las prestaciones, servicios y/o permisos existentes; - dotar la Ley de Dependencia de los recursos económicos necesarios para que resulte viable y garantice unos cuidados dignos; - impulsar permisos de cuidados para padres y madres con menores en situación de enfermedad de larga duración. <p>Cubrir aquellas necesidades materiales de cuidados que, tanto en los casos en que se satisfacen de forma sostenida en el tiempo, como de forma más puntual, ejercen un impacto significativo en el nivel adquisitivo de las familias: fortalecimiento de la red de bancos de materiales de apoyo (muletas, camas articuladas, sillas de ruedas, andadores...) y valoración de una línea de ayudas para materiales sanitarios (cuñas, esponjas, pañales, cremas, pomadas, mascarillas, monodosis...).</p> <p>Introducir fórmulas para mitigar el impacto económico del cuidado de familiares con determinadas enfermedades que conllevan largos procesos de hospitalización (por ejemplo, descuentos en comidas o transporte).</p> <p>Promover la corresponsabilidad de los hombres en la provisión de cuidados formándolos y asesorándolos en el ámbito sanitario, educativo y de cuidados.</p> <p>Elaborar un estudio sobre las oportunidades y retos que comporta flexibilizar el espacio y el tiempo laboral (teletrabajo, adaptabilidad horaria y adaptabilidad de los espacios) para evitar que la flexibilidad derive en una disponibilidad total, evitar un sesgo de género en su adopción y garantizar que fomente la conciliación de distintas esferas de la vida del personal del Ayuntamiento de Barcelona en clave democratizadora.</p> <p>Crear grupos de encuentro, de intercambio, de apoyo mutuo, de formación y de autocuidado para personas y/o familias cuidadoras de niños y niñas o de otras personas en situación de dependencia a cargo, con el fin de fomentar el aprendizaje compartido y de abordar el impacto en su salud y bienestar.</p> <p>Diseñar un programa de mediación entre familiares de personas que llegan a una situación de autonomía funcional restringida y precisan cuidados de larga duración para fomentar la resolución de posibles conflictos y promover que el máximo número posible de miembros de la red se impliquen en el proceso de cuidados y en el cuidado mutuo.</p>

²¹ Para esta dimensión, véanse también otras propuestas de actuaciones en la sección «Socialización» de los cuidados hacia las administraciones públicas».

Eix estratègic	Dimensió	Propostes de actuacions
<p>Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados</p>	<p>Garantizar que los cuidados no se proveen a costa de los derechos de otra persona</p>	<p>Realizar un estudio sobre la situación de las personas trabajadoras del hogar y cuidadoras en el mercado informal en Barcelona, que incluya el análisis del régimen de internas y la vulneración de derechos laborales básicos que este régimen promueve.</p> <p>Mejorar las condiciones de trabajo (tipo de contrato, etc.) y las condiciones laborales (nivel salarial, tipo de jornada, flexibilidad y reconocimiento de enfermedades y lesiones laborales, etc.) de las trabajadoras familiares y las auxiliares de limpieza mediante la inclusión explícita de este objetivo en los pliegos de contratación del servicio del Ayuntamiento de Barcelona e instando a los órganos competentes a mejorar el Convenio Colectivo de Trabajo de Empresas de Atención Domiciliaria de Cataluña, garantizando que las personas trabajadoras formen parte de las negociaciones.</p> <p>Incorporar en los pliegos de contratación de los servicios de cuidados del Ayuntamiento de Barcelona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la creación, en horario laboral, de espacios terapéuticos de encuentro, de intercambio, de apoyo mutuo y de autocuidado de las personas cuidadoras profesionales con objeto de abordar el impacto de su actividad laboral en su salud mental y emocional y en su bienestar; - una formación continuada, en horario laboral, sobre la ejecución física de los cuidados y sus dimensiones emocionales para prevenir enfermedades mentales y evitar lesiones físicas. <p>Abordar los riesgos laborales que se producen en el contexto del trabajo del hogar y de cuidados profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - difundiendo información sobre los productos de limpieza peligrosos para la salud de las personas trabajadoras del hogar (cancerígenos) y denunciando su uso; - instando al Gobierno español a incorporar las enfermedades provocadas por tales productos en la lista de enfermedades profesionales y reconocer el impacto que el ejercicio profesional de los cuidados ejerce en la salud emocional de las personas cuidadoras para que puedan acceder de pleno derecho a bajas laborales remuneradas en concepto de enfermedad. <p>Instar a las administraciones competentes (autonómica y estatal), en colaboración en esta dirección con los movimientos y agentes sociales movilizados, a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mejorar los convenios laborales por los que se rigen las condiciones de trabajo y laborales (actualmente de alta precariedad) de las personas trabajadoras del hogar y de las cuidadoras profesionales, y garantizar que las trabajadoras sean parte de las negociaciones; - reformar la legislación que regula el trabajo del hogar adoptando una versión más garantista del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo y derogando la Ley 27/2011; - derogar las partes de la Ley de Extranjería que discriminan y atentan contra los derechos humanos, sociales y laborales de las personas trabajadoras del hogar y cuidadoras de origen migrante.

Eje estratégico	Dimensión	Propuestas de actuaciones
<p>Reconocimiento de la centralidad social de los cuidados</p>	<p>Garantizar que los cuidados no se proveen a costa de los derechos de otra persona</p>	<p>Poner al alcance de las personas trabajadoras del hogar y cuidadoras profesionales organizadas las herramientas y el apoyo que requieran desde las administraciones para hacer visible el valor del trabajo que llevan a cabo y para denunciar los abusos y discriminaciones laborales y normativas existentes en el sector.</p> <p>Poner al alcance de las personas trabajadoras del hogar y cuidadoras profesionales organizadas las herramientas y el apoyo que requieran desde la administración municipal para impulsar espacios de encuentro y de intercambio estratégico con otros actores implicados en los procesos de cuidados (colectivos de personas mayores, colectivos de personas en situación de discapacidad, colectivos de mujeres, colectivos de personas de origen migrante, etc.) con el fin de impulsar alianzas sociales y políticas en favor de la democratización de los cuidados.</p> <p>Facilitar mecanismos de apoyo a la autoorganización de las personas trabajadoras del hogar y cuidadoras profesionales con el propósito de contribuir a visibilizar la importancia del trabajo que llevan a cabo, de denunciar los abusos y discriminaciones laborales y normativas existentes en el sector, y de reivindicar cambios normativos que equiparen sus derechos a los del resto de trabajadoras y trabajadores.</p> <p>Llevar a cabo una campaña de sensibilización dirigida a las personas y familias que contratan servicios de cuidados de personas y del hogar vía mercado, e instarlas a regularizar y formalizar el vínculo laboral con las personas trabajadoras contratadas mediante un contrato escrito y la entrega de nóminas, así como a respetar sus derechos laborales y sociales.</p> <p>Conseguir que el Ayuntamiento de Barcelona establezca incentivos (subvenciones, tasas u otras ayudas) para fomentar una contratación formal y digna por parte de las familias de personas trabajadoras del hogar y cuidadoras profesionales.</p> <p>Crear un programa municipal de formación práctica y emocional para las personas que se dedican profesionalmente a la provisión de cuidados en el marco de una relación contractual y/o laboral con una o varias familias.</p> <p>Crear un servicio municipal de atención terapéutica para personas cuidadoras profesionales a domicilio que trabajen, tanto en el marco de servicios municipales, como en un hogar familiar con contrato o vinculación laboral privados.</p>

2.3. Socialización de los cuidados

En el apartado anterior se ha analizado la prevalencia de la familia, particularmente de la familia nuclear, como principal proveedora de cuidados. Se ha destacado, a su vez, el claro componente de género de la organización familiar de los cuidados, así como los numerosos impactos negativos que conllevan, en especial para las mujeres. Es por ello que una agenda política de democratización de los cuidados que se proponga contribuir a reconocer su importancia y centralidad social y económica debe interpretar su distribución como algo que rebasa las fronteras y privacidad de los hogares. El reconocimiento de su centralidad social significa que el conjunto de actores e instituciones sociales (la

comunidad, las administraciones públicas y el sector privado) deben asumir y responsabilizarse de tales cuidados. Esta socialización, que en definitiva pretende reducir la sobrecarga y sobrerresponsabilización de las familias en la provisión de cuidados y bienestar, además de fomentar la asunción de responsabilidad por parte del resto de actores sociales, se plantea en tres direcciones que abarcan **tres dimensiones distintas: a) la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario; b) la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas; y c) la socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro.** Aunque por motivos analíticos las tres dimensiones se analizan por separado, debe recordarse que los tres ámbitos a menudo interactúan entre sí y se solapan.

Estos desplazamientos no se entienden como absolutos, sino que pueden producirse en distinto grado según la situación; tampoco se entienden como una apuesta por eliminar el rol cuidador de la familia. No obstante, la socialización

La socialización de la responsabilidad de los cuidados incluye la oportunidad de compartir dudas, saberes, experiencias y estados de ánimo; que permite reducir el aislamiento y la soledad en que suele tener lugar la provisión y recepción de cuidados.

de los cuidados sí que debe comportar una reducción del protagonismo —y la sobrecarga resultante— de la familia, y particularmente de las mujeres, en su seno. Por otro lado, la socialización de la responsabilidad de los cuidados incluye, más allá de la redistribución de tareas concretas y de carga de trabajo, la oportunidad de compartir dudas, saberes, experiencias y estados de ánimo; una oportunidad que permite reducir el aislamiento y la soledad no elegida en que suele tener lugar la

provisión y recepción de cuidados. En definitiva, analizar la socialización de los cuidados requiere adoptar una doble mirada, puesto que es relevante conocer, no solo en qué medida distintos actores —como el Estado, la comunidad o el mercado— asumen cierta responsabilidad, sino hasta qué punto se genera una sustitución o reducción de los cuidados familiares, así como del aislamiento que suele acompañarlos.

En las secciones que integran este apartado se analiza, en primer lugar, la percepción de las personas y de las familias entrevistadas acerca de quién debería responsabilizarse de los cuidados. En segundo lugar, se examinan algunos de los servicios o espacios a los que recurren para recibir apoyo más allá de las fronteras del hogar pertenecientes a distintas esferas sociales (ámbito comunitario, administraciones públicas y ámbito privado), así como las valoraciones, implicaciones y limitaciones de la intervención de distintos actores en el ámbito de los cuidados. Algunas de las preguntas que se intenta responder son: ¿de qué recursos y apoyos se sirven para socializar la responsabilidad y la carga de cuidados? ¿En qué medida existe una corresponsabilización con respecto a los cuidados por parte del Estado, del sector privado y/o de la comunidad? ¿Hasta qué punto los servicios/apoyos ofrecidos permiten sustituir o reducir los cuidados familiares? ¿En qué grado se aborda la dimensión emocional de los cuidados? ¿En qué medida se impulsa el intercambio de experiencias, conocimientos, estados de ánimo en torno a los cuidados con el fin de fomentar la dimensión relacional? ¿En qué medida se promueve una diversificación del imaginario de persona cuidadora? ¿Hasta qué punto se fomenta la valorización personal de los cuidados?

En definitiva, se pretende caracterizar los servicios y espacios analizados desde una perspectiva de democratización de los cuidados. Más concretamente, se busca identificar el nivel de coherencia de los servicios, espacios y proyectos analizados con la dimensión tanto material y emocional como relacional del eje estratégico de la socialización de los cuidados. Se pretende, a su vez, evaluar hasta qué punto los servicios y experiencias contribuyen a socializar los cuidados al tiempo que se pretende eliminar en el proceso la (mala) división social del trabajo (desde una perspectiva interseccional) que los caracteriza y se promueve el empoderamiento personal y relacional de las personas involucradas.

Tras analizar y debatir la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario, hacia las administraciones públicas y hacia el sector privado, se formulan varias propuestas de actuación para fomentar la democratización de los cuidados en cada uno de estos ámbitos.

2.3.1. Percepciones acerca de la responsabilidad de los cuidados

Según los datos del estudio *Familia y género*, del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), de 2012, la población en el Estado español considera que la familia debe seguir desempeñando un rol central en la provisión de cuidados por parte de sus miembros, aunque la consideración de la responsabilidad de las administraciones públicas también es muy relevante. Así, en el caso del cuidado de niños y niñas menores de 6 años, el 63 % consideran que deberían ser proporcionados por la familia; el 29,3 % por centros públicos; el 0,35 % por organizaciones sin ánimo de lucro; y el 3 % por centros privados. En el caso del cuidado de las personas mayores, la distribución de las preferencias se ve alterada en favor del sector público, si bien se aprecia una diferencia significativa en las respuestas sobre las fuentes de ayuda y apoyo a las personas mayores en su vida diaria y la fuente de financiación de dicha ayuda. Así, el 46,4 % de las respuestas señalan que la familia es quien debería proporcionar ayuda a las personas mayores en su vida diaria; el 45,95 % se inclinan por los centros públicos; el 1,4 % por organizaciones sin ánimo de lucro; y el 2,8 % por centros o personal cuidador privados. Con respecto a las fuentes de financiación de apoyo a las personas mayores, el 24,8 % consideran que deberían asumirlo las propias personas mayores y sus familias, mientras que el 67,4 % se inclinan por la financiación pública.

Las reflexiones recogidas en el transcurso de esta investigación muestran que, incluso si se consideran los impactos previamente analizados que los cuidados ejercen en las personas cuidadoras, la familia sigue siendo el actor social preferido por una amplia mayoría de las personas a la hora de cubrir las necesidades de cuidados existentes en su seno. Esta preferencia detectada en la realización de las entrevistas coincide con el resultado del estudio del CIS. No obstante, también se detecta un consenso importante en torno a la necesidad de que las administraciones públicas y otros actores incrementen su acompañamiento a las familias, así como su responsabilización en los cuidados en general. Existen divergencias acerca del grado de acompañamiento que debería existir y del grado de responsabilización de la familia y de las administraciones públicas. Estas divergencias se correlacionan significativamente con el factor de la edad o, dicho de otro modo, las personas mayores reivindican con más fuerza que las personas más jóvenes la centralidad de la familia como actor cuidador. Seguidamente se analizan las reflexiones realizadas.

Un elevado porcentaje de las personas entrevistadas, particularmente las personas mayores o las personas cuidadoras de personas mayores, consideran que la familia debería desempeñar un rol fundamental en el cuidado de sus miembros. Según se ha observado anteriormente, sus consideraciones giran en torno a la importancia de la solidaridad intergeneracional en el seno de la familia y de los vínculos afectivos y emocionales que deberían caracterizar los cuidados. Esta postura no está exenta de una cierta expresión de abnegación. Es decir, si bien las personas entrevistadas que ejercen o han ejercido de cuidadoras familiares principales identifican claramente las enormes dificultades resultantes de su rol, minimizan su importancia contextualizándolas un marco de responsabilidad e, incluso, de obligación moral:

Responsable de las personas... hombre, yo creo que la propia familia. Lo más normal es la propia familia. Porque para esta persona, no es lo mismo estar con la familia que el hecho de que te lleven... Para la persona mayor no es lo mismo estar con la familia que estar en una residencia. Y en cuanto a los chicos, también. Porque el cariño... si la familia le da cariño. Porque si no, es igual, lo puedes llevar adonde quieras. Porque el cariño de la familia no se lo da nadie. Por mucho que la persona cuidadora lo quiera. Porque la familia es las 24 horas, y el cuidador tiene un horario. Creo yo, vamos.

[ENTREVISTA 7]

Yo estoy orgullosísima de estar trabajando con personas que lo necesitan, como lo hice con mi madre, que me dije: «Yo no la llevo a una residencia porque la tengo que cuidar yo». Y lo he pasado muy mal, muy mal. Porque yo era sola, entonces yo era 24 horas, yo era... pero yo dije: «No, no, es mi madre y la tengo que cuidar yo». Y es muy duro, muy duro, muy duro.

[ENTREVISTA 9]

Se detecta, asimismo, un elemento —implícito o explícito— de nostalgia de un modelo tradicional de cuidados que se intuye en proceso de transformación — e incluso en extinción— que consideraba el cuidado de las personas mayores como una responsabilidad familiar incuestionable e ineludible. Esta nostalgia se observa, una vez más, sobre todo entre la gente mayor:

Yo creo que la familia... [...]. Yo pienso que tus padres te han cuidado a ti. Claro, no todas las familias han sido iguales. Pero yo sé que mis padres se han sacrificado muchas veces por nosotros [...]. Han hecho muchas cosas por nosotros, no sacrificio, porque en realidad tú has querido los hijos, y bueno, a los hijos les has dado todo lo que has podido [...]. Pero, yo, no sé, tengo mucho cariño a los padres, mucho respeto, y creo que los padres nunca deberían ser abandonados por los hijos, ¿vale? Tu padre, cuando se hace mayor, ya sabes que puede perder la cabeza, o puede no perderla, o puede perder las piernas, y necesita [...] compañía y cariño. ¡Y muy a menudo! Por ejemplo, yo, a mi madre, muchas veces, le cojo la mano y se la beso. Y a veces me mira y hace así [*ojitos*]. Si le doy un beso en la cara, no tanto, pero si le doy besos en la mano, sí. Y hay mucha gente que necesita cariño y no lo tiene. Y yo creo que esto debería ser como era antes.

[ENTREVISTA 5]

Hombre, yo creo que la familia, los hijos, pero bueno, estamos en una de esta de que los hijos, bueno, antes, si al que tenía hijos no se le ponía servicios [*de atención domiciliaria*], que tenía de esa, obligaban a que los hijos los cuidaran, ¿sabes? Pero como llegó un punto en el que los hijos no querían saber nada, pues hubo que hacer que con hijos y con hijos coger servicio porque estaban solos, ¿sabes? Pero en principio era así: al que tenía hijos no se le ponía servicio [...]. Si tenías hijos no te daban servicio. Porque... y ahora no, ya te digo, todos tienen hijos, la mayoría tienen hijos, y se les pone su servicio, porque realmente, cuando entra Servicios Sociales a domicilio, los hijos se quitan de en medio. Quiero decir que ya parece que la trabajadora es la que tiene que cubrir todos los servicios, que a veces tienes que decir: «Oye, no, esto es tuyo y esto es mío, pero no me cargues más cosas».

[ENTREVISTA 9]

Aunque el estudio muestra una clara identificación de la familia como principal actor responsable de los cuidados, también se detecta un reconocimiento de la necesidad e importancia de la implicación de otros actores sociales, particularmente de las administraciones públicas y, en menor medida, del sector privado no mercantil. Este reconocimiento, sin embargo, no se traduce en una expectativa uniforme sobre la naturaleza o el grado de implicación pública en los cuidados, sino que presenta diferencias significativas con respecto a la relación que debería establecerse entre las familias y las administraciones públicas en contextos de cuidados. De estas diferencias se extraen cuatro posicionamientos distintos: 1) la demanda de implicación de las administraciones públicas para garantizar que las familias puedan seguir siendo protagonistas de los cuidados; 2) la demanda de implicación de las administraciones públicas cuando la familia no está presente o cuando no puede prestar cuidados; 3) la demanda de implicación de las administraciones públicas cuando la familia sufre sobrecarga como consecuencia de los cuidados; 4) y la demanda de la implicación de las administraciones públicas en un sentido redistributivo y de corresponsabilización. Esta última opción se da de forma mayoritaria entre las personas más jóvenes.

La primera opción —la implicación de las administraciones públicas para garantizar que las familias puedan ser protagonistas de los cuidados— corresponde al modelo de política de cuidados que Leitner (2003) denomina «familiarismo explícito» y Saraceno y Beck (2008) «familiarismo por defecto», y se traduce en la aportación, por parte de las administraciones públicas, de una prestación para que la persona cuidadora principal en el marco de la familia pueda prestar los cuidados de forma remunerada:

Creo que el Estado debería reconocer a las familias que quieren cuidar a los suyos. Debe haber más ayudas para personas como yo. Porque lo que hago yo es un trabajo. Que en lugar, por ejemplo, de dar ayudas para una guardería, que dieran ayudas a la madre que quiere criar a su hijo en casa. Que estoy cansada también de oír, sobre todo de otras mujeres, que eso es como estar haraganeando todo el día en la casa... ¡Siempre te dicen eso! y es mentira, ¡pues! ¡Es mentira! [...]. Bueno, hay un montón de cosas, pues. Pero lo que quiero decir es que, el Estado tiene que amparar a las familias que queremos cuidar a nuestros hijos, o a nuestros abuelos o a nuestros..., que eso es un trabajo y que se tiene que ver reflejado. Y si no queremos mandarlo a la guardería, pues

que nos ayuden. No es una ayuda, ¡es un derecho, siento yo! ¿Sabés?

[ENTREVISTA 11]

Pues que le den una cantidad y que me cuide a mí. A cuenta de trabajar en la fábrica. Pues si en la fábrica le pagan, lo que le dan en la fábrica, que se lo den a ella, y que me cuide a mí.

[ENTREVISTA 12]

La segunda opción —la implicación de las administraciones públicas cuando la familia no está presente o cuando no puede hacerse cargo de los cuidados— no se aleja mucho del familiarismo explícito ni del familiarismo por defecto, ya que el rol del Estado es subsidiario y asistencial:

Por supuesto, a los que la gente que no tiene con quién, pues tiene que haber un amparo de parte del Estado, a la gente que no tiene familia que la cuide.

[ENTREVISTA 11]

Hombre, quién debe hacerse cargo de los cuidados. Si tiene familia, la familia. El bien y el mal es pa' la familia. Pero si no tiene a nadie, habrá que buscar alguna alternativa.

[ENTREVISTA 12]

Resulta que vino una asistenta y me habló de una residencia. Y entonces yo le dije que, claro, que yo no quería que mi madre fuera a una residencia, y ella tampoco quería ir. Pero me dijo: «Mire, usted está fastidiada, y no sabe cómo puede terminar. Quizá usted no podrá cuidar a su madre y ¡tampoco se podrá cuidar a sí misma! Y entonces, ¿qué hará usted?» Me dijo: «¿Por qué no hace la solicitud? Hay tres opciones. Por ejemplo, usted, la entrega. Si cuando la avisan usted piensa del mismo modo, la rompe, y luego hace otra. Y si... puede presentarla un máximo de tres veces». Entonces, al final la entregué. De momento, si estamos tal cual, aunque me avisen, no. Pero, ¡yo qué sé!

[ENTREVISTA 12]

La tercera opción —el modelo de «familiarismo soportado» de Saraceno y Beck (2008)— explicita de forma más clara la sobrecarga resultante del ejercicio intenso y prolongado en el tiempo de los cuidados, y considera que la administración pública debe desempeñar un papel en la eliminación o reducción de esta sobrecarga:

¿El cuidado de las personas?

Sí.

A ver, yo, un poco, yo siempre pienso en los derechos y los deberes de las personas, ¿no? Es mi deber cuidar a mi hijo. Es mi deber, como madre. Pero es verdad que si estos cuidados alteran mi estado de salud, ¿no?, quizá psicológico, o físico, que realmente yo no puedo, ¡hombre!, evidentemente iríamos a segundos, a la red familiar, y luego a las ayudas sociales. Es que, si no, es inviable. Es que es tan, tan... tan largo, tan prolongado, son tantos los cuidados, que una sola persona... A ver, yo hablo por experiencia propia. Lo puedes hacer durante un tiempo determinado y con... Porque yo me obsesioné. Pero llega un momento

en el que cuando ya pasa este grado de obsesión, realmente necesitas un apoyo. Tanto para él, como para ti, y ya te digo: si la familia puede, perfecto. Pero muchas veces, la familia...

[ENTREVISTA 8]

La cuarta opción, que coincide con un modelo de «familiarismo opcional» e incluso con cierta desfamiliarización (Saraceno y Beck, 2008), es adoptada mayoritariamente por los perfiles más jóvenes de las personas entrevistadas e incluye en el debate las dificultades que comporta conciliar los cuidados con otras esferas de la vida de los miembros de la familia. Plantea la necesidad de una implicación explícita y decidida de las administraciones públicas y otros actores en la provisión de cuidados y en el acompañamiento de las familias que los proveen. A diferencia de las opciones anteriores, esta postura ahonda en el carácter redistributivo del Estado de bienestar y dibuja un escenario de mayor corresponsabilización entre la familia, el sector público y, en menor medida, el sector privado sin ánimo de lucro:

¿Quién tiene la responsabilidad aquí? ¿La familia o la institución a la que esta señora durante toda su vida ha estado pagando unos impuestos y unas cotizaciones para que le paguen una pensión para poder tener un final digno? Hay como esta división... Yo, ¿por qué estoy pagando si después resulta que no puedo entrar en una residencia pública porque no hay plazas? Pero, en realidad, claro, lo normal sería que tu familia te quisiera mucho y te tuviera en casa y te cuidara tu hija y te preparara la cena cada día, te limpiara el trasero... Pero en muchos casos, la vida en la que vivimos no lo permite. Y entonces, creo que es algo medio-medio... que existe el sentimiento de que llevar a los abuelos a una residencia es como descuidarlos, pero también está el discurso de que no existen suficientes residencias y de que la administración debe hacerse cargo de poner recursos para que la gente mayor esté bien... quizá haría el 50/50.

[ENTREVISTA 1]

Yo encuentro que la sociedad... sí. Lo que están haciendo [Amics de la Gent Gran], lo que se puede hacer, porque claro, ¡somos muchas personas mayores! Y seguramente se desee hacer más, pero a veces no se puede, o por lo que sea... ¿me entiendes? Pero es eso lo que me da a mí el confiar, porque las hijas, aunque quieran, tienen su casa, tienen su trabajo, tienen sus hijos, y tampoco, aunque quieran... Pueden venir a visitarte, pero no pueden estar pendientes de los problemas que tenemos ni de lo que necesitamos, ¿sabes a qué me refiero?

[ENTREVISTA 3]

2.3.2. Socialización de los cuidados en el ámbito comunitario

Este apartado se divide en dos secciones: una primera de análisis y debate, y una segunda en la que se ofrece, a partir del análisis realizado, una serie de propuestas de actuación para fomentar la socialización de los cuidados en el ámbito comunitario desde una perspectiva de democratización de los cuidados.

2.3.2.1. Análisis y debate de la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario

Las experiencias analizadas que mejor representan el desplazamiento de la responsabilidad de los cuidados desde la familia hacia el ámbito comunitario son los **grupos de crianza y los grupos de crianza compartida** —centrados en el cuidado de la infancia— y los **grupos de apoyo a personas cuidadoras** —centrados en el apoyo a las personas cuidadoras de familiares en situación de enfermedad o de autonomía funcional restringida—. En ambos casos, las personas participantes suelen ser mayoritariamente mujeres. El estudio muestra una buena valoración de estas experiencias como generadoras de espacios de confianza, de vínculo relacional, de socialización y ocio, y como mecanismos, con frecuencia creativos, de acompañamiento en el proceso de prestación de cuidados. También se valora positivamente la posibilidad de intercambiar y socializar en los mismos informaciones, experiencias y estados de ánimo relacionados con la situación de cuidados, lo que confiere a estos espacios una cierta función terapéutica. En contraste, las principales limitaciones observadas en clave de democratización de los cuidados, particularmente en el caso de los **grupos de crianza**, son la ausencia de diversidad de sus participantes en función del origen, el nivel formativo, el nivel socioeconómico y la reproducción de la división sexual del trabajo.

a. Grupos de crianza y grupos de crianza compartida

Los **grupos de crianza** son experiencias comunitarias que han emergido como una alternativa no reglada al sistema público y privado de cuidados. Impulsada por familias, su propósito es conseguir una organización del cuidado de sus hijos e hijas que sea más acorde con sus necesidades y creencias. Conllevan una responsabilización directa de los cuidados y su traslado, desde los hogares y el ámbito privado, hacia nuevos lugares. Estos nuevos lugares son, tal y como expresa Christel Keller (2015:29): «sitios híbridos, ni públicos ni privados, una especie de prolongación de las relaciones familiares más allá de las relaciones de parentesco y que se da fuera de los hogares».

De acuerdo con la categorización de Puig y Segura (2015:13), se identifican dos tipologías de **grupos de crianza**: los **grupos de crianza** y los **grupos de crianza compartida**. Los primeros son «espacios de encuentro y de asesoramiento para familias con niños y niñas de entre 0 y 2 años. Pueden cubrir servicios familiares con niños mayores (vinculados a escuelas libres) y contar con la ayuda y el asesoramiento de profesionales». Los segundos son «iniciativas organizadas por las familias como alternativa a las guarderías. Conllevan la definición e implementación de un marco pedagógico de desarrollo de la infancia. Suelen estar destinados a niños y niñas de entre 1 y 3 años, pero, ocasionalmente, también acogen a algunos más pequeños o mayores. Se basan en la implicación, tanto de los educadores como de las familias, en un espacio común». Según Puig y Segura, actualmente, en la ciudad de Barcelona hay 7 grupos de crianza y 20 grupos de crianza compartida.²²

Los **grupos de crianza compartida** suelen surgir de redes de afinidad, de amistad o comunitarias provenientes de grupos de preparación al parto o de

²² Los datos corresponden al año 2015. Los **grupos de crianza compartida** están distribuidos en distintos distritos de la ciudad: Ciutat Vella (1); Eixample (1); Sants-Montjuïc (1); Gràcia (10), Sant Andreu (2); y Sant Martí (5).

acompañamiento al postparto, grupos de yoga para madres, grupos de lactancia, o cualquier otro espacio dirigido a las madres. Están integrados por entre 5 y 12 familias, aproximadamente, dado que una de sus prioridades es conformar un modelo de crianza y de cuidados a pequeña escala y con un alto grado de contacto entre los más pequeños y las personas adultas.

En algunos casos, los grupos recurren a la contratación de una educadora profesional que se encarga de dinamizar la actividad cotidiana del grupo. Además de contar regularmente con esta figura, algunos **grupos de crianza compartida** generan un sistema rotatorio de participación de las familias que garantiza que con los niños y niñas y la educadora siempre esté presente, al menos, otra persona adulta. Las familias a veces también se turnan para preparar las comidas de los pequeños, de la educadora y de la persona adulta que los acompaña. Este sistema permite, por un lado, un bajo ratio de menores por persona adulta a fin de garantizar unos cuidados de gran calidad; por otro, que las familias puedan disponer de tiempo durante la semana para participar en otras esferas de la vida social. En este sentido se puede afirmar, al igual que Keller (2015), que los **grupos de crianza compartida** contribuyen a una socialización de las tareas de cuidados, puesto que constituyen una resolución colectiva de las necesidades de cuidados presentes en un número determinado de familias, por lo que desplazan una parte de los cuidados desde los hogares hacia espacios comunitarios creados en común.

Otras tipologías de **grupos de crianza** no tienen por objeto establecer un espacio de cuidados diarios alternativos a la guardería, sino generar un espacio para las familias y los pequeños durante una serie de franjas horarias a lo largo de la semana. Esta tipología de grupos no destacan tanto la socialización de las tareas de cuidados *per se*, como la creación de un espacio físico y social que aspira a fomentar una reducción del aislamiento en el que los cuidados son proporcionados en el marco del hogar mediante el impulso de relaciones interpersonales, la organización de actividades de ocio, el intercambio de información y la generación de dinámicas de apoyo en un espacio comunitario.

Un primer element de la reducció d'aïllament que proveeixen els **grups de** Un primer elemento de la reducción de aislamiento que proporcionan los **grupos de crianza** guarda relación con lo que Anna denomina «hacer barrio» y con la generación de relaciones cotidianas en el entorno inmediato que van más allá del tiempo que se comparte en el espacio concreto y de las personas o grupos que participan en él:

Es un lugar al que tú vas. Ayer me pasé un momentito, antes de ir a comprar, para saludar. Aunque solo sea eso, saludar a una mamá y a unos niños, esto es crear comunidad... Es difícil contar con gente de confianza en tu barrio.

[ENTREVISTA 4]

¡Claro! Estableces muchos vínculos con otras entidades del barrio, haces comunidad también con otras entidades.

[ENTREVISTA 4]

En el espacio se organizan actividades de ocio concebidas para fomentar la socialización de las personas adultas, pero también el intercambio entre estas y los pequeños:

Hacemos distintos talleres, como pilates con los hijos, yoga para embarazadas, música. Yo este año iré... con mi hija.

[ENTREVISTA 4]

Otras actividades tienen por objeto promover el intercambio de información sobre elementos importantes de la crianza y la educación de los niños y niñas, así como el apoyo mutuo y el cuidado y el autocuidado de los padres y, en especial, de las madres. Son las propias participantes en el grupo quienes proponen las temáticas de los talleres y otras actividades en función de sus intereses y necesidades:

Hay talleres o charlas sobre temas de crianza, y se trabaja mucho con el [centro de entidades] Mas Guinardó, que nos cede talleres y espacios para celebrar conferencias, charlas. Es un centro de barrio, es municipal. ¡Y está justo enfrente! Es fantástico: ¡está delante!

[ENTREVISTA 4]

Y hay otro. Lo resalto, porque estaría bien que otros grupos también lo potenciaran: se trata de un grupo de apoyo a la maternidad. Aquí sí que voy yo sola. Viene mi tía, son dos veces al mes, dos tardes, una hora y media cada tarde, y es un espacio para las madres, con una terapeuta bioenergética y es muy, muy interesante. Muy acogedor [...] y es un espacio que va muy bien, para cuidar, un espacio para ti, que te ayuda a reflexionar, a trabajar el tema de la maternidad, tu relación con tu madre... Trabajas muchas cosas...

[ENTREVISTA 4]

La forma de funcionar es a través de reuniones y asambleas; evalúan los talleres que han funcionado el año pasado y si continúan, o a veces hay propuestas de nuevas madres, que dicen: «¿Qué tal si hiciéramos un taller sobre el tema de...?». ¡Yo qué sé!

[ENTREVISTA 4]

Finalmente, tanto los **grupos de crianza** como los **grupos de crianza compartida** también permiten experimentar con nuevos conceptos y significados relacionados con los cuidados que se alejan de los paradigmas educativos más tradicionales, reproducidos en el seno de la familia nuclear y en otros espacios, o de los paradigmas más biomédicos y clínicos, impulsados en ámbitos institucionales:

Queríamos crear un grupo, un espacio... El grupo nace de la voluntad de crear tribu. Nosotros tenemos un lema que dice que se necesita una tribu para criar a un niño o niña. Inicialmente nos reuníamos una vez a la semana para compartir todas las cosas que nos acompañan en torno a la maternidad. Todo lo que nos va sucediendo como madres y como mujeres. A mí, por ejemplo, me ha ayudado mucho este grupo, porque cosas que quizá afuera o que los médicos te dicen que... Aquí es otra... aquí conoces mucho más. Y es un acompañamiento mucho más personalizado. Y, de hecho, yo, los consejos que recibía y las experiencias del resto de las madres es lo más valioso que me ha aportado para estar con mi hija.

[ENTREVISTA 10]

Aunque los **grupos de crianza** y los **grupos de crianza compartida** presentan un claro potencial socializador en su vertiente relacional y de carga de trabajo de cuidados, respectivamente, en el transcurso de la investigación también se han hallado ciertos elementos que generan interrogantes acerca de su adecuación al objetivo estratégico de democratización de los cuidados. Estos elementos guardan relación, en especial, con su falta de cuestionamiento —y a veces aceptación acrítica— de las desigualdades sociales que caracterizan la provisión de cuidados o lo que aquí se denomina la (mala) división social del trabajo en la organización social de los cuidados; también están relacionados con sus dificultades para prestar un apoyo generalizado desde la singularidad.

En primer lugar, a pesar de constituir una apuesta decidida por la socialización del cuidado de la infancia, tanto la literatura existente (Keller, 2015; Montesi, 2015), como las entrevistas realizadas a miembros de los grupos y otra información recabada de otros grupos de crianza en la ciudad de Barcelona, indican que este modelo de cuidados no cuestiona claramente la división sexual del trabajo que existe en la crianza (Keller, 2015). Si bien las participantes tienden a utilizar un discurso equitativo en cuanto a la implicación de hombres y mujeres en el proceso de crianza, la realidad señala que son las madres (y a veces las abuelas) de forma desproporcionada quienes terminan implicándose en el funcionamiento de los grupos. En la mayoría de los casos, se trata de proyectos liderados por mujeres/madres. Son también las mujeres/madres las que se ocupan de la gestión cotidiana del espacio y las que participan en los espacios de deliberación y de toma de decisiones. Ello contrasta con una implicación mucho más limitada —por no decir una ausencia destacada— de los hombres.

Hay, por ejemplo, dos padres que hacen mucho por su familia; o sea, realmente es como algo conjunto. Hay otros que veo que hacen cosas más puntuales o que destinan a ello algo de tiempo, pero la organización la lleva la mujer. La mayoría de casos son así. La organización mental y de estar son más de la mujer.

[ENTREVISTA 4]

Es más de la madre. El grupo de voluntarias de turnos son, en su mayoría, madres, y algunos padres hacen otras tareas voluntarias.

[ENTREVISTA 4]

En las asambleas de voluntarias, yo solo he visto a dos hombres; normalmente, las madres son las que vienen, y los padres se quedan con los hijos, y algunas sí que los traen porque el padre está trabajando o por otras razones. Pero la mayoría que participa en la asamblea son madres...

[ENTREVISTA 4]

En ocasiones, la participación mayoritariamente femenina en los **grupos de crianza compartida** obedece al hecho de que las mujeres se encuentran en una situación de desempleo o de empleo parcial o flexible. En otros casos, las madres explican que son ellas las que tienen más capacidad para flexibilizar o reducir sus horas de dedicación laboral y, por lo tanto, para implicarse de forma intensiva en la crianza y en el grupo (Keller, 2015; Ezquerro, 2016). Ello significa que únicamente las familias que se pueden permitir económicamente que uno de sus miembros adultos (probablemente la mujer) reduzca o flexibilice su implicación laboral pueden decidir participar en un grupo que requiera una pre-

sencia intensiva y en un modelo de crianza de estas características. Por otro lado, no hay que olvidar los impactos negativos que una flexibilización o reducción de la jornada laboral, así como una interrupción de la trayectoria laboral de las mujeres, generan en el salario directo, indirecto y diferido de las mujeres. Ello contribuye a reproducir viejos patrones de masculinidad y feminidad y, mediante la penalización de la participación de las mujeres/madres en el mercado laboral, contribuye inevitablemente a intensificar los procesos actualmente existentes, tales como la feminización de la pobreza y la precariedad en distintos momentos del ciclo vital.

Esta situación, sin embargo, no es inevitable, y en ocasiones los **grupos de crianza compartida** pueden evolucionar en su formato y en sus objetivos. Conforme los niños y niñas crecen, adquieren más autonomía y es entonces cuando, según el relato de Mercè, las mujeres buscan compatibilizar la maternidad con otros ámbitos de su vida que también desean impulsar, mediante la creación, en el propio espacio físico del grupo, de un proyecto de *co-working*:

Aparece la mujer y dice: «Oye, pero yo también quiero trabajar y quiero empezar a hacer cosas. ¿Y cómo podemos compaginar estas dos cosas: la faceta de madre y la de mujer?» Y surge este proyecto, en el que vamos definiendo las bases de cómo queremos educar a nuestros hijos y al mismo tiempo cómo podemos, entre nosotras, ir rotando y estar muy integradas en el cuidado, pero disponer de tiempo por las mañanas, de nueve a tres, en el mismo espacio que tenemos, para poder empezar a desarrollar nuestros proyectos personales y laborales.

[ENTREVISTA 10]

La división sexual del trabajo no es el único elemento problemático de los **grupos de crianza compartida** en clave de democratización de los cuidados. Otra de las limitaciones que deben afrontar es la dificultad para proveer un acceso universal a los cuidados. Esta incapacidad responde a diversos factores. En primer lugar, por definición, los **grupos de crianza compartida** son necesariamente pequeños, dado que buscan promover un modelo de crianza personalizado y cercano y, por lo tanto, solo pueden existir a pequeña escala. En segundo lugar, su carácter autogestionado hace que las cuotas que las personas o familias participantes pagan puedan ser considerablemente más caras que las de las guarderías municipales e, incluso, que las de la mayoría de las guarderías privadas. Las tarifas son bastante dispares: en el caso de los **grupos de crianza**, pueden oscilar entre los 1.430 y los 1.870 euros anuales; en el caso de las iniciativas asociadas a escuelas libres, se sitúan entre los 3.630 y los 5.720 euros anuales. Y, finalmente, el coste de la guardería privada con crianza compartida representa 5.060 euros anuales (Puig y Segura, 2015:72).

Al margen de presentar una cuota más elevada que la del sistema reglado público, hoy en día estas experiencias no se pueden beneficiar de las bonificaciones por escolaridad y alimentación que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona en el caso de las **guarderías municipales**; se trata de unas ayudas económicas destinadas a reducir la cuota que pagan las familias con dificultades económicas y sociales y que toman en consideración diversos factores, como la renta familiar, la tipo-

La opción por los grupos de crianza compartida responde fundamentalmente a criterios (como la línea pedagógica o la filosofía del centro) o de calidad del servicio

co, hoy en día estas experiencias no se pueden beneficiar de las bonificaciones por escolaridad y alimentación que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona en el caso de las **guarderías municipales**; se trata de unas ayudas económicas destinadas a

logía de familia (familia de acogida, numerosa o monoparental), la existencia de miembros con discapacidades psíquicas o físicas en la unidad de convivencia, así como el hecho de recibir asistencia y de beneficiarse de un seguimiento por parte de los Servicios Sociales. En Barcelona, estas bonificaciones se conceden, de media, en el 90 % de las solicitudes, y en distritos como Ciutat Vella pueden llegar hasta el 95,33 % de los casos. Se constata, al respecto, que la opción por los **grupos de crianza compartida** responde fundamentalmente a criterios ideológicos (como la línea pedagógica o la filosofía del centro) o de calidad del servicio (como el volumen de los grupos, los ratios persona educadora-niño/niña o la rigidez del proceso de adaptación del pequeño) (Puig y Segura, 2015).

Asimismo, es importante destacar que el perfil de las familias participantes en los proyectos de crianza alternativos es bastante uniforme: todos los tutores y tutoras disfrutan de un nivel de estudios superior, hay predominio de empleos en el sector terciario, no cuentan con la presencia de personas ni familias de origen migrante, las tipologías de familias participantes no incluyen la monoparentalidad y se constata el predominio de un único hijo o hija por unidad familiar. En este sentido, Keller (2015) advierte del peligro de que experiencias como las de los **grupos de crianza y los grupos de crianza compartida** queden limitadas a familias o personas con un cierto perfil socioeconómico, familiar o de otro tipo, y que excluyan a una parte mayoritaria de la población. Tal y como reflexionan Laval y Dardot (2015), existe la paradoja de que algunas cosas son «comunes» dada la universalidad de su destino, pero reservadas, en la práctica, a una categoría muy reducida de personas «usuarias».

Finalmente, las cuotas que pagan las familias participantes en los **grupos de crianza y grupos de crianza compartida** se destinan principalmente a garantizar el funcionamiento cotidiano de los grupos y a sufragar los gastos que generan: el salario de la persona contratada, los materiales y en ocasiones el alquiler de un local. Estas cuotas representan un reto importante para el potencial democratizador de los cuidados por parte de los **grupos de crianza compartida**: por un lado, no pueden ser tan altas que las familias participantes no se las puedan permitir; por otro, deben ser lo suficientemente altas para que permitan sufragar los gastos necesarios. Parece que el dilema solo se puede resolver a medias, porque, si bien hemos observado que las cuotas son considerables, a menudo no es posible realizar una contratación ofreciendo condiciones laborales dignas y satisfactorias.

La precariedad laboral de las personas contratadas por los **grupos de crianza** no es fruto, necesariamente, de una ausencia de voluntad por parte de las familias participantes de proporcionar unas condiciones laborales dignas, sino, en realidad, del carácter autogestionado de los grupos. En este sentido, las participantes en **grupos de crianza** entrevistadas destacan la dificultad experimentada para garantizar, desde la autogestión, no solo condiciones laborales dignas, sino también la sostenibilidad del proyecto en el tiempo: una vez que los niños y niñas han crecido, las madres tienden a reincorporarse al mercado laboral y el proyecto suele perder masa crítica. La falta de recursos económicos, técnicos y en forma de espacio y de tiempo es otro factor que dificulta la consolidación del proyecto, situándolo en una posición de fragilidad y precariedad organizativa, profesional y económica.

b. Grupos de apoyo a personas cuidadoras

Aunque los **grupos de crianza compartida**, según se ha expuesto con anterioridad, pueden generar un importante grado de socialización de las tareas de cuidados, destacan principalmente por las ventajas relacionales que generan. Estas ventajas son compartidas por los **grupos de apoyo a personas cuidadoras**. Abordar su experiencia de cuidados en su entorno comunitario permite que las participantes en estos grupos dejen de gestionar su situación de un modo individual y aislado. Aunque los **grupos de apoyo a personas cuidadoras** presentan un carácter eminentemente comunitario, con frecuencia son impulsados por las propias personas participantes, con el apoyo de profesionales de la acción social o de la salud de la administración pública y de asociaciones. El modo en el que uno de los grupos de apoyo lo presenta en su página web resume a la perfección el espíritu y utilidad de estas experiencias:

Somos unos grupos de personas con una tarea común: cuidar de un familiar enfermo o mayor: padre, madre, marido, esposa, hermano, hermana, hijo, hija de quien somos los únicos responsables; una ardua tarea de llevar... Nos vamos encontrando para compartir angustias, dudas y alegrías y, gracias al apoyo moral y psicológico, a las orientaciones prácticas y a los buenos consejos que nos van ofreciendo con altruismo unos muy buenos profesionales, nos hemos convertido en La Colla Cuidadora: un grupo de amigos que compartimos vivencias, penas, satisfacciones y emociones, que nos apoyamos en todo lo que buenamente podemos y que, en los encuentros, recuperamos ánimos para seguir adelante.²²

Así, estos grupos no pretenden fomentar la socialización ni la redistribución de tareas específicas de cuidados, sino acompañar a las personas cuidadoras, impulsar el autocuidado, acompañar su empoderamiento personal y relacional y mitigar el aislamiento social que sufren.

La promoción del autocuidado es fundamental si tenemos en cuenta que muchas de las personas cuidadoras hace mucho tiempo que han dejado de lado sus necesidades y su bienestar para priorizar las necesidades del familiar receptor de cuidados:

El primer día fue la presentación de todos. Nos hicieron explicar a cada uno el caso que tenía. Y el segundo día estuvimos hablando, bueno, eso de cuidarse, qué es importante. Y entonces hizo que dedicáramos un ratito a relajarnos: dijo que esto era muy importante hacerlo cada día, porque iba muy bien...

[ENTREVISTA 7]

La creación de espacios busca que los participantes puedan intercambiar en ellos conocimientos, experiencias y estados de ánimo, lo que a menudo se traduce en recomendaciones prácticas, al tiempo que permite que la situación de cuidados deje de vivirse de un modo individual y aislado. La participación en los grupos facilita una toma de conciencia individual y colectiva, así como la

²³ Página web de La Colla Cuidadora:
<<http://www.lacollacuidadora.net/qui-som-la-colla-cuidadora/>>.

construcción de una identidad común del cuidador y la cuidadora que va más allá de las necesidades y demandas del familiar que requiere atención, e incorpora las necesidades individuales de los cuidadores y cuidadoras:

Reuniones así, de familiares, te pueden ayudar a calmar la ansiedad. Ayudar, ayudar... Ansiedad siempre vas a tener, porque es una enfermedad muy dura, a ver, pero bueno, a calmar sí, porque puedo aprender de algo que esta persona diga o en lo que yo no había caído. Siempre puedes calmar la ansiedad...

[ENTREVISTA 6]

Y, entonces, todo esto me lo iba tragando, me lo iba tragando, no hablaba, no..., y entonces, cuando iba al médico de cabecera, él me decía: «¿Cómo se encuentra?», y yo me echaba a llorar. Y claro, cosas de estas, y entonces mi médico de cabecera me dijo: «Espera, que te acompañaré a ver a Susana, que hay unas reuniones que van muy bien, que son para cuidadores y tal», y dice: «A ver si te pueden apuntar». Entonces fui a la asistente social del CAP y me dijo: «Sí, ahora empiezan unas. ¡Ya te apuntaremos!». Y entonces fuimos y cada quince días íbamos a estas reuniones y, claro, allí yo me desahogaba, yo me sentía comprendida, porque todos tenemos los mismos problemas; o sea, todos los problemas de quien es cuidador de personas que son así, completamente dependientes, o que tienen este tipo de problemas, Alzheimer o lo que sea, demencias de estas. A todo el mundo nos pasa lo mismo.

[ENTREVISTA 5]

Los **grupos de apoyo a personas cuidadoras** también buscan impulsar y establecer una cierta red de apoyo para las personas que prestan cuidados, y presentan una fuerte dimensión socializadora que contribuye a abordar el aislamiento social y la exclusión relacional que sufren muchas cuidadoras familiares principales de personas mayores:

El grupo tiene una vocación terapéutica; se espera que genere un cambio que repercuta positivamente en la salud de las personas participantes [...]. Preservar el sentido comunitario del proyecto es una prioridad del grupo. [Existe una] actitud muy orientada a acoger a otra gente y a cuidar de los demás [...]. Las cuidadoras empatizan e identifican los procesos que viven las demás cuidadoras, y los encuentros sirven para intercambiar conocimientos y experiencias. Los grupos tienen una duración de un año y una periodicidad quincenal. Además de participar y asistir a las reuniones, organizan salidas, fiestas por Navidad, excursiones para trabajar la socialización y la relación en el colectivo.

[ENTREVISTA 20]

Por último, desde la **Red de Apoyo a Familias con Miembros a Cargo**, conjuntamente con el **Laboratorio del Tiempo** y otros proyectos municipales, se trabaja para facilitar el descanso de las personas cuidadoras y favorecer el ejercicio de sus derechos, promoviendo el acceso a la información y a los recursos económicos y humanos disponibles en el ámbito público y comunitario. Seguramente, este es uno de los aspectos de la economía de los cuidados donde más camino queda por recorrer. Con todo, las experiencias de estos grupos también se traducen en aportaciones significativas para introducir la perspectiva comunitaria y de trabajo de procesos como forma de colaboración

entre todos los actores proveedores de cuidados implicados: Servicios Sociales, servicios de salud y familias cuidadoras. El resultado de este trabajo está recogido en el dossier *Y tú, ¿cómo estás?*, una guía dirigida a los profesionales que trabajan con personas que cuidan y que, entre otros aspectos, define las distintas fases por las que pasa la persona cuidadora.

Además, con el objetivo de establecer un vínculo colaborativo entre los diversos actores presentes en la provisión de cuidados, la **Red de Apoyo a Familias con Miembros a Cargo** anima a todos los miembros integrantes a participar en el programa «Cuidador Experto», que ofrece formación a personas cuidadoras no profesionales y pretende facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias entre personas que viven de primera mano el cuidar, y que, en definitiva, promueve el empoderamiento relacional:

A mí me llamó una enfermera del ambulatorio de donde es mi madre y me dijo que a partir de enero iban a hacer unas reuniones con una persona que sería el Cuidador Experto. Entonces, personas, pues, eh, que tuvieran familiares... O sea, como unas reuniones que durarían tres meses [...]. Entonces, a partir de enero, pues claro, yo de Cuidador Experto [...], que según la chica decía que esto lo habían hecho en el barrio del Clot y que había dado mucho resultado y tal, y bueno, me parece muy bien que lo hagan, esto, porque es una manera de... Yo me acuerdo que cuando hablabas con alguien, yo en mi caso era con gente del centro, algún familiar, te descarga mucho, porque decías: «Bueno, estamos en la misma asociación o yo estoy mejor que esa persona», y entonces el hecho de hablar todos, yo creo que a mucha gente le puede ayudar. Bueno, hay gente a la que le supera la enfermedad y no hay ayuda que valga, pero bueno, entonces... Pero a mucha gente le puede ayudar ver que estamos muchos y ayudarnos de alguna manera en experiencias prácticas a estar [...]. Pienso que compartir nuestras experiencias puede ser de gran ayuda, porque aunque no soluciona los problemas, puede paliar algunos de los efectos negativos que implica ser la cuidadora principal.

[ENTREVISTA 6]

Al margen de participar en el programa «Cuidador Experto», la **Red de Apoyo a Familias con Miembros a Cargo** también colabora en la elaboración de la guía metodológica y los materiales formativos, junto con el personal sanitario experto en las distintas disciplinas implicadas.

A pesar de su enorme importancia como espacios donde se comparten experiencias y se brinda apoyo a las personas cuidadoras informales, y que permiten abordar «el hecho de cuidar» de una forma más flexible, diversa y coral que otros ámbitos, los **grupos de apoyo a personas cuidadoras** no están exentos de retos. El primero es, de forma similar a los **grupos de crianza**, que las personas participantes son de forma desproporcionada mujeres. Ello no hace más que reflejar la realidad de la especialización femenina en la provisión de cuidados en los hogares, lo cual, aunque por motivos de edad no tiene el impacto en clave laboral que pueden sufrir las mujeres participantes en los **grupos de crianza**, promueve su sobrecarga (con impactos en su salud física y emocional), el empobrecimiento económico y la pobreza de tiempo. También deja intacto el imaginario social en torno a los cuidados, en el que las mujeres son las responsables de los mismos.

Un segundo reto que deben afrontar los **grupos de apoyo a personas cuidadoras** es que, dada la alta variabilidad de situaciones de cuidados y de perfiles de personas cuidadoras, deben ser capaces de dar respuesta a la singularidad de necesidades de las personas participantes sin olvidar su razón de ser general. Aunque sería preciso recabar información adicional para comprobar la diversidad cultural, socioeconómica, educativa, etc. de las personas que participan en estos grupos, se han detectado algunas situaciones específicas del nivel de intensidad de cuidados requerido en casa, el cual puede impedir disponer de tiempo para participar con regularidad en tales grupos.

Hombre, la mayor dificultad es que, por ejemplo, ahora, los lunes, el próximo lunes, el lunes pasado tuvimos un grupo motor, que es el grupo que organiza las reuniones, y yo no pude ir, porque entre que viene la chica de la dependencia y que no tengo esta chica, no puedo dejar a mi madre y eso también, estas dificultades las tengo.

[ENTREVISTA 5]

Otro reto puede ser la capacidad de ajustar las actividades a los diagnósticos y necesidades concretos de las personas que participan en los grupos, a menudo relacionados con el tipo de condición sufrida por el familiar receptor de cuidados:

Mi hijo, [...] toda la vida ha tenido fisio. Y en el colegio tenía un logopeda. Pero es que él no..., ni con signos ni con historias. Él no está para historias [...]. Si el cuidador, el otro día lo hablaba con la psicóloga [...] y dije: «A lo que fui martes, la musicoterapia, no me ha gustado mucho». Porque si vamos a estos sitios es para que nos ayuden, no que nos ayuden, pero para que nos digan cómo debemos cuidarnos nosotros. Si resulta que para hacer musicoterapia con mi hijo, que no la hará, porque el chico que vino nos hacía cantar, pero añadir a alguien [...]. Yo, esto, no se lo puedo enseñar a mi hijo. Porque él no [...]. Si dice que vayamos a un sitio para que nos enseñen a cuidarnos a nosotros y nos dan más trabajo, y tengo que enseñarle la musicoterapia y hacer que haga no sé qué, me están agobiando más.

[ENTREVISTA 7]

Por último, los recursos humanos y materiales públicos destinados a los grupos de apoyo a personas cuidadoras se consideran insuficientes para reproducir y extender las experiencias a otros ámbitos de la ciudad preservando la dimensión comunitaria y de proximidad.²⁴ En la actualidad, estos grupos de apoyo existen a pequeña escala y no constituyen experiencias que puedan dar respuesta a la demanda creciente de apoyo a personas cuidadoras que atienden a los miembros de su familia en un contexto de envejecimiento demográfico acelerado.

c. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en el ámbito comunitario

Como conclusión del análisis y debate de las experiencias de socialización de los cuidados en el ámbito comunitario se ofrece un breve resumen de la adecuación de las experiencias analizadas en las distintas dimensiones tomadas en consideración. Según se muestra en la tabla 16, las dimensiones en las que

²⁴ Información extraída de la entrevista 20, realizada a una persona profesional.

las experiencias comunitarias analizadas muestran claras fortalezas son las que incluyen el abordaje de la dimensión emocional de los cuidados, el abordaje de la dimensión relacional de los cuidados o de aislamiento social, el empoderamiento personal y el empoderamiento relacional. En cambio, muestran limitaciones a la hora de proporcionar un acceso generalizado a sus servicios y actividades y a la hora de incluir diversidad y singularidad de perfiles y de situaciones de cuidados. Su redistribución de la carga de cuidados desde el marco de la familia hacia el ámbito comunitario también es débil. Se da en el caso de los **grupos de crianza compartida**, pero no en los casos de los **grupos de crianza** ni en los de los **grupos de apoyo a personas cuidadoras**.

Tabla 16. Resumen del potencial democratizador de los cuidados del ámbito comunitario

	Redistribución de carga de trabajo desde la familia hacia el ámbito comunitario	Abordaje de la dimensión emocional de los cuidados	Abordaje de la dimensión relacional de los cuidados y del aislamiento social	Abordaje de la división sexual del trabajo	Capacidad de proporcionar un acceso generalizado	Capacidad de incluir diversidad y singularidad de perfiles y situaciones	Empoderamiento o personal	Empoderamiento relacional
Grupos de crianza	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Grupos de crianza compartida	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Grupos de apoyo a personas cuidadoras	No	Sí	Sí	No	No	N/A	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia

2.3.2.2. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario

La tabla 17 presenta, a partir de los datos recabados, tanto mediante la realización de entrevistas, como del análisis de documentación, de literatura y de otras fuentes de información, una relación de propuestas de actuaciones que hemos elaborado para promover la socialización de los cuidados en el ámbito comunitario.

Tabla 17. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el ámbito comunitario

Eje estratégico	Dimensión	Propuestas de actuaciones
Socialización	Ámbito comunitario	<p>Evaluar las implicaciones del reconocimiento institucional y la regulación de los grupos de crianza compartida y de otros espacios de apoyo mutuo en la crianza y el cuidado de la infancia, con el propósito de fomentar una consolidación alineada con los ejes de democratización de los cuidados, haciendo hincapié en una participación equitativa de hombres y mujeres, así como en la inclusión de colectivos y modos de concebir los cuidados cultural y socioeconómicamente diversos.</p> <p>Acompañar la creación de espacios comunitarios autogestionados y territorializados de encuentro, de intercambio, de apoyo mutuo, de formación y de autocuidado para personas cuidadoras familiares de personas adultas y mayores enfermas y/o en situación de autonomía funcional restringida.</p> <p>Facilitar el acceso de los proyectos comunitarios en el ámbito de los cuidados a espacios físicos y recursos municipales de gestión comunitaria, con el fin de fomentar una accesibilidad, crecimiento y consolidación alineados con los distintos ejes de democratización de los cuidados.</p> <p>Llevar a cabo una campaña de comunicación y de visibilización de los valores de las experiencias comunitarias existentes en el ámbito de los cuidados para facilitar su conocimiento, accesibilidad y elegibilidad por parte de las personas usuarias.</p> <p>Elaborar un estudio de modelos sostenibles para proyectos público-comunitarios en el ámbito de los cuidados.</p> <p>Fomentar las redes comunitarias que aborden la soledad no deseada y el aislamiento relacional de las personas mayores o en situación de autonomía funcional restringida.</p> <p>Ampliar los grupos de intercambio y de apoyo mutuo para personas y familias cuidadoras de niños y niñas o de personas en situación de dependencia funcional a cargo.</p> <p>Organizar talleres específicos y espacios de encuentro que promuevan la red relacional y comunitaria de apoyo para personas cuidadoras de orígenes e identidades culturales diversos.</p> <p>Brindar apoyo a actividades de socialización y de ocio para personas en situación de autonomía funcional restringida, con objeto de fomentar su autogobierno y la participación social y comunitaria.</p>

Font: Elaboració pròpia.

2.3.3. Socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas

Las administraciones públicas, a diferencia de las experiencias comunitarias previamente analizadas, se hallan en mejores condiciones de proveer servicios que ofrezcan un acceso universal o, al menos, más generalizado, y que beneficien a un volumen de personas considerablemente más elevado. Sin embargo, antes de analizar las experiencias de este ámbito, hay que recordar que,

por ahora, no es posible hablar de servicios de cuidados —o de apoyo a los cuidados— exclusivamente públicos, puesto que la mayor parte de tales servicios se han externalizado a empresas del sector mercantil o a entidades pertenecientes al ámbito de la economía social y solidaria. Ello genera una serie de complejidades en la socialización de los cuidados y en otros aspectos de la estrategia de democratización de los mismos, algunas de las cuales se analizan en este apartado y en apartados posteriores.

El presente apartado se divide en dos secciones: una primera de análisis y debate, y una segunda en la que se ofrece, a partir del análisis realizado, una serie de propuestas de actuación para fomentar la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas desde una perspectiva de democratización de los cuidados.

2.3.3.1. Análisis y debate de la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas

La mayor parte de la información recabada en el transcurso de la investigación sobre la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas corresponde a servicios y experiencias de cuidados de menores, por un lado, y de cuidados de personas mayores y/o en situación de autonomía funcional restringida, por otro. Por consiguiente, este apartado consta de dos subapartados: el cuidado de la infancia y el cuidado de la gente mayor.

a. El cuidado de la infancia

Seguidamente se presenta el análisis, desde la perspectiva de la socialización de los cuidados, de tres servicios públicos dedicados al cuidado de menores: **a) las guarderías municipales; b) los espacios familiares; y c) las ludotecas.**

El servicio público que sin duda conlleva una mayor socialización de los cuidados de la infancia como servicio reglado de educación y/o de acogida de niños y niñas de 0 a 3 años son las **guarderías municipales**. Durante el curso escolar 2015-2016, en Barcelona había 97 **guarderías municipales** públicas,²⁵ además de 5 guarderías públicas de la Generalitat de Cataluña.²⁶ Durante ese curso, la oferta total de plazas públicas de **guarderías municipales** fue de 8.101,²⁷ lo que representa una cobertura del 41,66 % de la demanda existente en la ciudad de Barcelona (Puig y Segura, 2015).

De la realización de las entrevistas se extraen una serie de valoraciones positivas por parte de las personas usuarias. En primer lugar, la incorporación del niño o niña en la **guardería** representa un momento fundamental para los padres, sobre todo para las madres, porque significa que podrán recuperar

²⁵ La distribución por distritos de las 97 guarderías municipales era la siguiente: 7 en Ciutat Vella; 8 en el Eixample; 11 en Sants-Montjuïc; 4 en Les Corts; 6 en Sarrià-Sant Gervasi; 8 en Gràcia; 14 en Horta-Guinardó; 13 en Nou Barris; 9 en Sant Andreu; y 17 en Sant Martí (Puig y Segura, 2015).

²⁶ La distribución por distritos de las 5 guarderías públicas de la Generalitat de Cataluña era la siguiente: 1 en Sants-Montjuïc; 1 en Nou Barris; 1 en Sant Andreu; 2 en Sant Martí (Puig y Segura, 2015).

²⁷ La distribución por distritos de las 8.101 plazas públicas de guarderías municipales era la siguiente: 473 en Ciutat Vella; 696 en el Eixample; 850 en Sants-Montjuïc; 317 en Les Corts; 499 en Sarrià-Sant Gervasi; 676 en Gràcia; 1.125 en Horta-Guinardó; 1.017 en Nou Barris; 847 en Sant Andreu; 1.591 en Sant Martí (Puig y Segura, 2015).

En la guardería veo más diversidad que en el grupo de crianza. De origen, sí que veo; de origen sí, un poco más, sobre todo de origen, y de familia monoparental. Hay esta mujer, esta madre, en otro grupo más grande, y en mi clase, ahora, a ver los nuevos, no sé si hay alguna [...]. Yo encuentro que es mejor que mi hija esté con niños de todo tipo de familias, yo lo encuentro más interesante también. Lo otro, en tu barrio, además. Pero a mí tampoco... Quizá es más de ideología. Yo quiero que mi hija se pueda nutrir de distintas realidades, no solo de una realidad. Y entonces, pienso que la guardería esto lo recoge bastante.

[ENTREVISTA 4]

De la realización de las entrevistas y del análisis de la documentación existente también emergen aspectos de las **guarderías** que se consideran mejorables. En primer lugar destacan los precios elevados. Según el estudio de Puig y Segura (2015) sobre el proceso educativo de 0 a 3 años, en Barcelona, durante el curso 2015-2016, el precio del servicio de una **guardería municipal** de gestión directa era de 1.749 euros anuales en concepto de escolaridad, y de 1.144 euros anuales en concepto de alimentación (comida y merienda), repartidos en 10 cuotas anuales, además de 115 euros si el menor hacía uso del servicio de desayuno. En el caso de las **guarderías municipales** de gestión indirecta, el precio era de 1.959 euros anuales en concepto de escolaridad, y de 1.281 euros anuales en concepto de alimentación, además de 129 euros anuales si el menor hacía uso del servicio de desayuno.²⁸ Finalmente, el precio público de los servicios escolares prestados en las guarderías de titularidad de la Generalitat de Cataluña era de 118 euros al mes. Este precio no incluía el coste de los servicios de comedor. En resumen, el precio de las guarderías municipales oscila entre los 220 y los 320 euros al mes, en horario completo, de septiembre a junio. Las familias pueden acceder a bonificaciones del 80 %, del 50 % o del 30 % del precio. Según los datos correspondientes al curso escolar de 2013-2014, de las 2.901 solicitudes de bonificaciones solicitadas para ese curso, 2.612 (el 90 % del total) se resolvieron favorablemente. La familia de Anna, a pesar de ser monomarental, se encuentra entre las que no pudieron beneficiarse de ellas. Ello significa que su gasto mensual es considerable:

¡Hombre! La guardería son 300, y yo... porque ya lo tengo organizado. Este gasto son 300 y pico. Es que ahora, por ejemplo, el mes que no se queda a comer es menos. Pero cuando se queda a comer y tal, es 310 o algo así...

Otra carencia o limitación identificada por Anna tiene que ver con los calendarios de los servicios ofrecidos por las **guarderías**. Según el análisis realizado por Puig y Segura (2015), la actividad de las **guarderías municipales** de gestión directa va desde mediados de septiembre hasta mediados de julio. Las vacaciones de Navidad y de Semana Santa coinciden con las vacaciones escolares, y cada centro establece tres días festivos no consecutivos de libre disposición. Esta organización temporal del servicio no se ajusta al calendario laboral de la mayoría de padres y madres. En el caso de Anna y su hija, además, el hecho de que constituya una familia monomarental dificulta aún más la compatibilización entre ambos calendarios:

²⁸ Se prevé que esto cambie, en parte, con la tarificación social que entrará en vigor en la ciudad durante el curso 2017-2018.

Yo tengo vacaciones un mes en verano. Es verdad que hay dos semanas en julio que no está cubierto, y dos semanas en septiembre que no está cubierto. Y entonces necesitas el apoyo familiar o buscarte un canguro... Ahí está la dificultad. El calendario sí que es una dificultad. No es el mismo calendario el laboral que el de cuidados...

[ENTREVISTA 4]

Otro aspecto negativo que Anna relaciona con el hecho de encabezar una familia monomarental tiene que ver con las dificultades que surgen para implicarse en el funcionamiento del centro mediante la AMPA, porque, a diferencia de las familias donde hay dos personas adultas, los horarios la obligan a quedarse en casa con su hija o a contratar un canguro:

¿Cómo valoras la guardería? ¿Estás contenta con ella?

En general, bien. Sí, estoy contenta. Hay algo, por ejemplo, las AMPA; o sea, yo no puedo participar mucho en ella. Con los padres y las madres hablo, pero las reuniones las hacen a las ocho de la tarde, claro. Cuando los padres o las madres se quedan con el hijo, y claro, tú asistes a ellas; uno se queda durmiendo y cenando, y las madres o los padres pueden participar en las reuniones. Yo no puedo hacerlo. Podría llevar a mi hija, que no, que el horario ya es cuando... en invierno, a las ocho y media o a las nueve, ya a dormir. Entonces, no la puedo dejar, y no pagaré un canguro para... Ya sabes a qué me refiero, ¿verdad? Y entonces, claro, la participación es cuando tú puedes llevar a tu hija, cuando eres familia monoparental. De lo contrario, es muy difícil.

[ENTREVISTA 4]

Finalmente, una última crítica planteada por Anna con respecto a las **guarderías** son los altos ratios existentes entre los niños y niñas y la profesional educadora («Grupos con 13 o veintipico niños»²⁹). En especial, desde que el Gobierno municipal convergente de Xavier Trias amplió los ratios en el año 2012 hasta el máximo permitido, los ratios públicos se sitúan en 8 niños y niñas de entre 4 meses y 1 año por profesional, 13 en el caso de los grupos de 1 a 2 años, y 20 en la franja de 2 a 3 años.

Los **espacios familiares** constituyen una oferta educativa del Instituto de Educación de Barcelona, con cuotas en principio asequibles, destinada a la pequeña infancia. Actualmente, la ciudad de Barcelona cuenta con 8³⁰ de tales espacios. El servicio no tiene como objetivo reducir la carga de cuidados de las familias, por lo que no contribuye directamente a la redistribución de los cuidados, sino que pretende incidir en la calidad de vida de los niños y niñas menores de 3 años y al mismo tiempo ofrecer apoyo a las familias como primeras educadoras de sus hijos e hijas. Se organizan sesiones con actividades educativas y de juego conjuntas entre los pequeños y personas adultas, además de talleres y tertulias durante los que las familias se reúnen con el perso-

²⁹ Información extraída de la entrevista 4, realizada a una mujer que encabeza una familia monoparental.

³⁰ Del conjunto de espacios familiares municipales que existen actualmente, 4 dependen del Instituto de Educación de Barcelona. Se trata del Espai Familiar Cadí-Raval (Ciutat Vella); el Espai Familiar Casa dels Colors (Sants-Montjuïc); el Espai Familiar Bon Pastor (Sant Andreu); y el Espai Familiar El Torrent (Nou Barris). Los otros 4 espacios familiares municipales son: el Espai Familiar i Centre Obert Sant Martí (Sant Martí); el Espai Familiar i Centre Obert Les Corts-Sants (Les Corts); el Espai Familiar El Petit Drac (Sarrià-Sant Gervasi); y el Espai Familiar La Vela (Casal del Barri Besòs) (Sant Martí).

nal educativo y comparten su experiencia en la crianza y educación de sus hijos e hijas:

Son muy respetuosos, verás. [...] Te escuchan, nos escuchamos, decimos lo que hacemos, y ese intercambio de experiencias pues es bien enriquecedor, aparte de que hay un montón de libros que te pueden ayudar.

[ENTREVISTA 11]

Más allá del encuentro de carácter lúdico y educativo, que incluye a los niños y niñas, y del intercambio de conocimientos y experiencias entre las personas adultas, los **espacios familiares** se convierten, para algunas personas usuarias de los mismos, en un lugar de encuentro con otras familias, así como en una fuente de apoyo emocional y de generación de red relacional:

Esta es mi red. Totalmente. Y yo con esta, sobre todo con los que la llevan, los monitores, es una cosa maravillosa de confianza, de contarles lo que me pasa, de... no, y con otros padres incluso. Tenemos... Hay un momento, cierto tiempo, en el que podemos conversar sobre algo, y siempre ha sido una comunicación bien profunda. No ha sido superficial. En los dos años que he tenido de estar aquí, se ha creado eso y ha sido todo bien importante, para todos, no solo para mí, sino que hemos aprovechado ese momento con mucha seriedad. No es eso que platicás por encima, sino que vas a la raíz. Siento yo, así lo he sentido, que ha sido así.

[ENTREVISTA 11]

Este elemento es valorado particularmente por las madres, como Rosa, que han vivido las primeras etapas de la crianza con una sensación de desbordamiento y/o de aislamiento:

Lo leí hace un ratito, que el peor enemigo de las mamás, de las madres, es la soledad. Y yo he tenido mucha soledad. Y aquí es donde no me siento sola. Por eso, el primer hijo yo no lo conocí. Y fueron tres años yo sola. Pero el espacio familiar, con mi segundo hijo, gracias a Dios, he podido compartir esto.

[ENTREVISTA 11]

Vieron la necesidad de que yo necesitaba esto, el *espai familiar*, y me trajeron hasta la puerta. El logopeda me trajo aquí, de la mano casi, casi *[nos reímos]*. No, es que me mandó, se aseguró de que yo viniera, porque sentía que lo necesitaba, ¿verdad? Y fue un antes y un después, para mí. Porque ha sido un lugar de encuentro en todos los sentidos, para mi hijo y para mí. O sea, de él con otros niños, y también, y yo con los padres, con los monitores que son unos ángeles para mí, ¿verdad? *[suspira]* No puedo, me faltan palabras para agradecer lo que significa este lugar para mí, ¡de verdad! *[se ríe emocionada]*

[ENTREVISTA 11]

Otro elemento que representa una fuente de valoración positiva del **espacio familiar** por parte de Rosa es que, tal y como está concebido y organizado, es respetuoso con modelos de crianza alternativos a la opción de una **guardería** en la etapa de 0 a 3 años. Ella y su pareja optaron por un modelo en el

que los hijos se quedaban en casa con ella hasta que llegara el momento de la escolarización obligatoria. Aunque vivió la crianza de su primer hijo en total aislamiento en el hogar, cuando nació el segundo accedió al **espacio familiar**, lo que le permitió, no solo romper con el aislamiento que sentía, según se ha relatado, sino que, además, hizo que se sintiera validada en su modelo de crianza y le facilitó el encuentro con otras familias que habían optado por lo mismo:

Esto que pasa aquí en España, porque lees lo que pasa en otros países, pero aquí en España es terrible, pues. Es como que, si no te desprendes de tu hijo rapidito y te vas a trabajar, es que no cumplís con el rol de buena mujer, de buena persona. Yo así me he sentido. Cuestionada, poco apoyada por las demás, por las demás mujeres, la verdad. Entonces, aquí, como que todos somos más parecidos [...]. O sea, siento que hay un ambiente de... que sí que se pone... que la *vox populi* es «mándalo rápido, deshacete de él». No así de cruel, pues, pero es lo mejor para él, o tratan como de decirte cómo tenés que criar, también. Yo no me meto nunca en cómo están criándolos ellos, ¿sabés? [...]. O sea, que para mí, el espacio familiar [...] te reafirma en la manera de crianza, también, ¿sabés? Una crianza que no tiene que estar dictada por lo que te dicen que es lo bueno, que es llevarlos a la guardería, que es desprenderte de tu hijo pequeño, como que eso es lo ideal, ¿sabés? Yo creo que mientras más tiempo pases con los niños pequeños, con todos, no solo con tus hijos, aprendés mucho de ellos, y los niños... O sea, la importancia de darle a la primera infancia... de elevarla a un nivel, realmente, donde tiene que estar. Porque después estamos preocupados por los niños, cuando cumplen 9, 10 tal vez. Pero estos primeros años son los más importantes. Y mientras puedas tener a tu papá o a tu mamá contigo...

[ENTREVISTA 11]

Las **ludotecas** son espacios de encuentro de niños y niñas y sus familias con el fin de fomentar la relación y el desarrollo a través del juego. El objetivo principal de la **ludoteca** es doble: por un lado, se desea educar a la infancia en todas sus dimensiones a partir del juego y los juguetes, de un modo saludable, activo y participativo; por otro, la **ludoteca** se concibe como un espacio de calidad desde el que construir y reforzar el vínculo entre el referente familiar (padre, madre, abuelo, abuela) y el niño o niña. De un modo similar al **espacio familiar**, la **ludoteca** no promueve la redistribución de tareas de cuidados, sino que se trata más bien de un espacio de socialización. Suele ofrecerse como un servicio complementario en horario de tarde y existen ludotecas públicas y privadas. Las públicas cuentan con la supervisión de la autoridad educativa.

Desde una perspectiva de democratización de los cuidados, las limitaciones principales de los **espacios familiares** y de las **ludotecas** guardan relación con el hecho de que su impacto en la división sexual del trabajo en los hogares y en los propios servicios en el contexto de la crianza es muy débil; también tienen que ver con las dificultades que experimentan para responder a la demanda existente y para proporcionar un servicio público desde la perspectiva de la diversidad y singularidad de experiencias personales, familiares y de cuidados existentes en la ciudad.

Por consiguiente, de las entrevistas con profesionales de ambos servicios, así como del análisis de documentación sobre la organización y el funcionamiento

to del servicio, se extrae que en aquellas actividades y servicios que requieren el acompañamiento de un miembro adulto de la familia, esta figura suele ser la de una mujer. A título ilustrativo, las mujeres conforman, por ejemplo, el 90 % de las acompañantes en las actividades con niños y niñas de 0 a 3 años que se llevan a cabo en el **espacio familiar**. Curiosamente, los datos recabados indican que, en algunos casos, la participación de los padres es inferior, no solamente a la de las madres, sino también a la de las abuelas, e incluso a la de las niñeras contratadas por las familias.

Varias entrevistas señalan que la participación desproporcionada de mujeres como usuarias en servicios relacionados con cuidados suele tener lugar de forma paralela al desarrollo de contenidos orientados claramente hacia ellas. En el caso del **espacio familiar**, por ejemplo, predominan temas vinculados con la lactancia o la recuperación después del parto o, dicho en palabras de

la participación desproporcionada de mujeres como usuarias en servicios relacionados con cuidados suele tener lugar de forma paralela al desarrollo de contenidos orientados hacia ellas.

una informante: «La participación en el grupo es altamente feminizada y es por ello que se trabaja preeminentemente el vínculo materno-filial». ³¹ La presencia mayoritaria de mujeres

y el contenido dirigido exclusivamente a ellas se refuerzan mutuamente y generan un círculo vicioso, donde la división sexual del trabajo de cuidados en los hogares hace que sean las mujeres las que más utilicen estos servicios, por un lado, y, por otro, que la fuerte presencia de mujeres entre el conjunto de personas usuarias de los servicios promueva un sesgo de género de los contenidos abordados y de las actividades organizadas. Es posible que ello, a su vez, disminuya el interés y la motivación de los hombres para participar en las actividades. En el proyecto **«Nuevas Masculinidades»**, hace tiempo que lo han identificado como una problemática a tratar:

También llevamos a cabo proyectos integrales. ¿Qué significa esto? Pues que trabajamos con distintas entidades o servicios, o lo que sea, que deseen empezar a incorporar a los hombres en su servicio, a trabajar con los hombres o que deseen mejorar su atención. Lo que solemos hacer es un trabajo de necesidades: vemos qué necesitan los hombres, cuál es su demanda real explícita, pero también el tema de la demanda encubierta. Impartimos formación a los profesionales y luego estudiamos qué acciones podemos realizar en este servicio para mejorar la atención y empezar a trabajar. Un ejemplo muy evidente es lo que estamos haciendo desde finales de 2010 o principios de 2011 con el PASIR (Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, por sus siglas en catalán). Entonces, aquí nos pidieron de qué forma podían incorporar a los hombres en este servicio que históricamente había sido de mujeres y para mujeres. Se le cambió el nombre. Era el «Programa Mujer» o no sé qué era, y se le puso el nombre de «Programa de Atención Sexual Productiva» para intentar incorporar a los hombres. De hecho, esto es básico, porque si no brindas esta atención a los hombres, no se hacen responsables... y eso es dar el mensaje a los hombres: «Eh, nosotros también somos responsables de ello, y nos gustaría hacer esto». Empezamos a trabajar con profesionales de distintos equipos qué temáticas

³¹ Información extraída de la entrevista 13, realizada a una persona profesional.

se podían tratar para contar con la participación de los hombres.

[ENTREVISTA 15]

Así, desde el proyecto «**Nuevas Masculinidades**» se considera que informar, orientar y acompañar a los hombres en momentos de transición en el ciclo vital puede generar contextos favorables para empoderarlos y responsabilizarlos en su rol de cuidadores. No obstante, según lo expresado anteriormente, habría que revisar y ampliar las programaciones para favorecer la participación de los hombres, además de diversificar los imaginarios para facilitar su identificación y romper el círculo vicioso de la especialización de género.

La especialización de género también aparece de forma contundente en las experiencias laborales enmarcadas en el ámbito de los servicios. Así, el 70 % de las personas que integran el equipo profesional del **espacio familiar** son mujeres y, en el caso de la **ludoteca**, este porcentaje es del 75 %.

En cuanto a la capacidad para dar respuesta a la demanda existente, de la entrevista realizada con una profesional de la **ludoteca**³² se extrae que se halla en un estado de saturación de capacidad; una saturación que también está presente en servicios similares existentes en el distrito en el que está situada —el distrito de Sants-Montjuïc— y que dificulta la provisión de un servicio de calidad. Si a ello se le añade que en la actualidad algunos barrios de este distrito no cuentan con este servicio, se extrae también la existencia de una oferta insuficiente para cubrir las necesidades del territorio. Es decir, el servicio es público (y en teoría universal), pero no disfruta de capacidad suficiente para satisfacer la demanda existente. En este sentido, desde la **ludoteca** se considera que el Ayuntamiento debería abrir nuevas ludotecas o servicios similares, y que debería repartirlos equitativamente por el territorio con objeto de garantizar el acceso al servicio y conseguir que sea de calidad.

En el caso del **espacio familiar**, hay un hecho que nos parece merecedor de una atención especial. La participación de familias diversas —en cuanto a nivel de renta, origen y tipología— en los servicios que no requieren el acompañamiento de una persona adulta (espacio abierto) es muy notable: el 48,85 % de los niños y niñas reciben una beca de Servicios Sociales; el 41,38 % son de origen extranjero; y el 39,6 % pertenecen a familias monoparentales. En cambio, en el servicio donde el acompañamiento de una persona adulta es obligatorio, la diversidad familiar es mucho menor: únicamente el 5,13 % están becados por los Servicios Sociales; el 15,02 % son de origen extranjero; y el 5,77 % son hijos e hijas de familias monoparentales.

Asimismo, tanto en el **espacio familiar** como en la **ludoteca** se detecta una dificultad para garantizar la participación de adolescentes y jóvenes embarazadas en sus servicios y actividades. En este sentido, parece adecuado revisar el diseño y los objetivos de esta clase de servicios y equipamientos con miras a facilitar el acceso y garantizar la participación en los mismos de todo tipo de familias y personas, de acuerdo con su singularidad y la especificidad de sus necesidades. Por ello, a título ilustrativo, la ampliación de horarios, la revisión de los requisitos de acompañamiento y la dotación de recursos específicos podría contribuir a paliar la situación de pobreza de tiempo propio que sufren de forma particularmente severa las familias monoparentales, o a garantizar la participación de las mujeres más jóvenes o de personas adultas de fami-

lias de origen migrante. Otras medidas, como la evaluación de programas y la revisión de los canales de difusión, también podrían contribuir de un modo decisivo a favorecer la inclusión y diversidad de las personas usuarias.

b. El cuidado de la gente mayor

Una de las experiencias más paradigmáticas de la socialización del cuidado de la gente mayor es el **Servicio de Ayuda a Domicilio**. Dado el decisivo papel que actualmente desempeña la provisión de cuidados a personas mayores, un elevado porcentaje de la recogida de datos se ha concentrado en este servicio.

Con la aprobación, en el año 2006, de la LAPAD, que se presentaba como el «cuarto pilar del Estado de bienestar», el Gobierno español adoptaba por primera vez una regulación que contemplaba, en una sola norma, el marco básico de derechos individuales y subjetivos (cobertura universal) de las personas en situación de dependencia funcional. La LAPAD considera beneficiarias a aquellas personas que requieran ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y que estén reconocidas como beneficiarias con arreglo a los resultados del baremo de valoración de la dependencia (BVD), excluyendo de su ámbito de protección a las personas con dependencia funcional considerada leve y/o a las que requieren atención sociosanitaria. Se prevén, a su vez, tres grados de dependencia: grado 1 (dependencia moderada); grado 2 (dependencia severa); y grado 3 (gran dependencia).

Entre la cartera de prestaciones y servicios de la LAPAD se halla el **Servicio de Ayuda a Domicilio**, que pretende promover condiciones que faciliten que las personas mayores vivan en su casa todo el tiempo que puedan. Es decir, cuando llega el momento en que la persona mayor es incapaz de cuidar de sí misma o no dispone de una red familiar suficiente que le pueda brindar la atención que necesita, busca proporcionar los servicios y la atención necesaria en el propio hogar para de este modo evitar que la persona mayor tenga que ingresar en una residencia. Asimismo, aspira a posibilitar un cierto alivio de la carga de trabajo y responsabilidad de la red familiar —en el caso de que esta esté presente— con respecto a los cuidados. En el año 2012, en Cataluña, este servicio daba empleo a 7.421 trabajadores y trabajadoras (ACRA, 2014), y en el año 2015, en la ciudad de Barcelona, a 3.503 (Ayuntamiento de Barcelona, 2016b), la gran mayoría, mujeres. El 31 de enero de 2017, el número de personas usuarias en Cataluña era, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de 22.426, y en Barcelona se atiende anualmente a unas 19.000 personas usuarias.³³

El **Servicio de Ayuda a Domicilio** se dedica, sobre todo, a proporcionar atención personal y apoyo a la limpieza en el marco del hogar. Tal y como resume una de las coordinadoras del servicio en Barcelona:

Este servicio es de gran utilidad, sobre todo, para aquellas personas [...] para recibir una ayuda y para que puedan quedarse en el domicilio. Hay personas que con esta pequeña ayuda pueden vivir solas en casa y no tienen que buscar otros recursos ni marcharse con los hijos. El hecho de que venga una persona y de que tal vez te pueda duchar o te pueda ir a comprar, pues te hace mucho más autónoma y lo que hace es que

³³ Información extraída de la entrevista 18, realizada a una persona profesional.

tú no tengas que irte a vivir con otras personas o a otro lugar, porque no puedes valerte por ti misma, ¿no? Entonces, hay personas que se quedan en casa gracias a este servicio, y que tal vez no están ni en una residencia ni viviendo con sus hijos. Y muchas veces los usuarios lo dicen: cuando pasan temporadas con sus hijos, quieren volver a casa. Estás muy bien con tu hijo y estás más acompañado, pero quieres estar en tu casa, te sientes más libre, y, a grandes rasgos, esto es lo que hace este servicio: permitir que la persona se quede en su domicilio porque eso es lo que quiere y, con un poco de ayuda, pues que pueda quedarse en él.

[ENTREVISTA 19]

Las personas y familias beneficiarias del servicio valoran positivamente la profesionalidad del personal y el apoyo que genera en tareas concretas de cuidados que requieren cierta especialización, cierta fuerza física o ciertos conocimientos para evitar que la persona cuidadora se autolesione:

Raquel, que viene todo el año, y Pilar que venía [...], estas, ¡perfectas! Porque al menos te sientes apoyada, porque puedes cogerla bien, no te haces daño, porque entre las dos pues... Al igual que ahora, con Mari, lo mismo, o con Marcia, que viene los lunes y los viernes, me va la mar de bien. Porque estamos acostumbradas a hacerlo de forma que no nos lastimemos...

[ENTREVISTA 5]

Desde el año 2011, a raíz de la crisis económica, el **Servicio de Ayuda a Domicilio** se ha visto obligado a reducir significativamente la intensidad de las prestaciones: una franja de entre 1,5 y 2,3 horas al día para las personas con una dependencia alta; entre 40 minutos y 1,5 horas al día para las personas con una dependencia severa; y un máximo de 40 minutos al día para las personas con una dependencia moderada (Codorniu, 2014). Los recortes sociales por parte del Gobierno central se han visto reflejados en el transcurrir cotidiano del **Servicio de Ayuda a Domicilio** en la ciudad. Tal y como se plantea desde el Ayuntamiento de Barcelona:

Podemos hablar desde el año 2012 de muy poco crecimiento; después, de bastantes años de un crecimiento rapidísimo. Es posible que esté relacionado con los paros que ha habido en el despliegue de la Ley de Dependencia. El número de usuarios y las horas de servicio han crecido muy poco, la gente no deja de hacerse mayor y, ahora mismo, hay más gente de la que está siendo atendida.

[ENTREVISTA 18]

Los propios profesionales del **Servicio de Ayuda a Domicilio** reconocen que la intensidad de prestación de servicios es claramente insuficiente para una parte importante de las personas beneficiarias del servicio, particularmente de aquellas más vulnerables y que requieren más atención. Ello se explica, en parte, por el modo en el que la LAPAD ha sido diseñada y, en parte, por las dificultades presupuestarias ocasionadas por la crisis económica, que ha contribuido al adelgazamiento de los servicios y a la disminución de las horas de servicios a domicilio. También se relaciona con la propia lógica de adjudicación de los servicios a entidades privadas por parte de la administración municipal, que, en el caso del **Servicio de Ayuda a Domicilio**, tal y como ya se ha examina-

do, también fomenta la precariedad laboral. La baja intensidad de prestación de servicios se traduce en una reducida redistribución de la carga de trabajo de cuidados desde la familia hacia el servicio, en especial en casos de necesidad de cuidados intensivos y continuados. Tal y como se plantea desde la administración municipal:

El servicio tiene una intensidad limitada, tiene un máximo. Es decir, podemos dar un servicio cada día, pero si es servicio de cada día, nuestros umbrales de servicio es un servicio de pocas horas al día o de más horas algún día pero pocos días... Nos movemos en el entorno que define la Ley de Dependencia, más o menos, entre una media de 20 horas de servicio mensual; es decir, unas 5 horas a la semana más o menos, 1 hora al día entre semana, y como máximo 80-90 horas al mes [...]. Una persona que continuamente tenga necesidad de atención... nosotros no le damos esta atención continuada. Digamos que su alternativa es ir a un centro de día, por ejemplo; allí puede estar todo el día o puede ir a una residencia, pero en el domicilio no tiene esta posibilidad. Y si tiene recursos, puede contratar un servicio privado.

[ENTREVISTA 18]

Esta insuficiencia también es percibida por las familias usuarias, que consideran la descarga de tareas de cuidados a raíz del acceso al **Servicio de Ayuda a Domicilio** muy limitada, puesto que no conlleva un alivio significativo de tareas para las personas cuidadoras principales ni ganancias relevantes en su disponibilidad de tiempo propio:

A mí, lo que me gustaría es poder disponer de mi tiempo y no tener que pensar siempre si puedo, porque me necesitará para esto o para aquello... Esto es lo que me... porque tampoco, ¡hombre! A mí me gustaría ir de excursión y todo lo que tú quieras, o ir a la playa. Pero, bueno, ahora está así la cosa.

[ENTREVISTA 2]

Tal y como explica Isabel, además, en su caso, el tiempo reducido del servicio imposibilita que su marido reciba una atención adecuada a su condición:

Me interesaría que viniera alguien para que pudiera ayudarle a moverse un poco, porque yo no puedo, no me atrevo, porque nos podemos caer los dos. Una persona que le pueda llevar a darse una vueltecita. Cuanto menos se mueve, más se va atrofiando el músculo y el neurólogo dijo que lo mejor es el gimnasio... ¡Lo mejor es andar! Pero, ¿quién le hace andar? Porque las chicas que vienen, pues solo es para el arreglo de él, y nada más...

[ENTREVISTA 3]

No, porque a ellas a veces les parece que es un mueble, y ¡es una persona, eh! No es un mueble, ¿me entiendes? Ven aquí, ve allá. ¡Pum! ¡Pum! No, eso no. Él está delicado, tiene una enfermedad y deben tratarlo como tal... quizá si tuvieran más tiempo —les dan 1 hora o 40 minutos—, sí, porque entonces él es muy lento, es muy lento, aquí las puertas tampoco están adaptadas... ¿Sabes a qué me refiero?

[ENTREVISTA 3]

Ante lo que se percibe claramente como una insuficiencia, tanto de horas como de tipologías de servicios de atención, las familias deben hacer frente a un dilema: seguir recibiendo atención insuficiente o inadecuada, proceder a ingresar a la persona receptora de cuidados en una residencia, o recurrir, en el caso de que se lo puedan permitir, a servicios domiciliarios privados. Algunos servicios que las familias echan de menos y que terminan financiando con sus propios recursos son los servicios de fisioterapia, de podología o de barbería/peluquería.

En este sentido, se hace patente que el **Servicio de Ayuda a Domicilio** a menudo no puede garantizar de forma universal una atención de calidad en el propio hogar que cubra las necesidades de las personas receptoras de cuidados, ya que estas pueden verse obligadas a realizar un esfuerzo económico muy significativo —un gasto adicional— para contratar en el mercado privado —a menudo de manera informal— un servicio de cuidados que pueda compensar las insuficiencias del **Servicio de Ayuda a Domicilio** y, en el caso de que no se puedan permitir este gasto, deben renunciar a quedarse en su casa. La dificultad de acceso a los cuidados en el entorno domiciliario por motivos económicos se puede ver agravada, a su vez, por otras características del servicio. La LAPAD también incorpora un sistema de copago, tanto en su sistema de prestaciones, como en el de servicios. Si bien el motivo de su implantación es la consideración de que puede generar un mayor grado de responsabilidad hacia el servicio por parte de la persona beneficiaria, suele tener un efecto recaudatorio muy limitado y su aplicación en sistemas sanitarios y sociales que carecen de una cobertura universal puede repercutir negativamente en el bienestar de las personas beneficiarias. Por otro lado, existen indicios de que el copago en el contexto de la LAPAD tiende a gravar de forma más proporcional a las rentas bajas y a las rentas medias que a las rentas altas, y el modo en el que se regula la determinación del patrimonio para valorar la renta de las personas beneficiarias tiende a perjudicar a los individuos con menos patrimonio (Codorniu, 2009). En este sentido, debe tomarse en consideración que la estructura de renta de las personas mayores (las beneficiarias principales de la LAPAD) se sitúa entre las más bajas.

Otra carencia importante expresada por las personas y las familias usuarias es una atención insuficiente a la dimensión más emocional y relacional de la situación de dependencia funcional. Los servicios públicos en general, tal y como expresa Carme, no proporcionan este acompañamiento:

A ver, si mi madre, es que ahora, al final, no sé qué cobraba mi madre, los psiquiatras y todo eso, que eran de pago, tenías que ponerlos tú. Me refiero a que, no... porque si ibas al psiquiatra del Seguro, te podía dar una crisis y morirte porque no te tocaba la visita.

[ENTREVISTA 2]

El **Servicio de Ayuda a Domicilio**, en concreto, tampoco da respuesta a esta dimensión emocional y relacional del bienestar de las personas usuarias. La razón principal, según las entrevistas realizadas, es la insuficiencia de horas de servicio por usuario que se ha mencionado antes. Tal y como relata Cristina:

Y sí que iría bien, porque hay casos en los que realmente sí que le iría bien, tener un acompañamiento de un par de horas o de una hora, yo qué sé. A los abuelos les gusta mucho que les hables y que los escuches, porque ellos lo que te piden es que te sientes, y ya te vas... ¿sabes?

Es eso, porque claro, tú tienes un servicio de una hora y tú no te puedes sentar. Mientras que estás haciendo la higiene vas hablando, pero terminas la higiene y recoges y esto y dices: «Ya me tengo que ir», y él dice: «Ah, ¿ya se tiene que ir usted?» Y le digo: «Es que no tengo más tiempo, cariño, es que me tengo que marchar, porque tengo que cuidar a otras personas», ¿sabes? Quiero decir que necesitan tiempo para que tú te sientes. Y yo te digo, que yo hablo mucho, yo hablo... Estoy duchándolo y estamos hablando, y le estoy contando, y nos reímos, y todo lo que puedo y es verdad... porque lo necesitan, te lo piden, te lo piden, te lo piden...

[ENTREVISTA 9]

Desde el Ayuntamiento de Barcelona se reconoce, sin embargo, que los cuidados y atención de la dimensión emocional y relacional de la dependencia funcional entre la gente mayor nunca ha sido un componente central de la conceptualización del servicio, el cual, tal y como se desprende de la entrevista realizada, presenta grandes limitaciones para incidir en estos aspectos de las experiencias vitales de las personas mayores:³⁴

Hay cosas más difíciles y cosas más fáciles. Es más fácil poner a una persona determinada a una hora, en un lugar, para que haga una tarea determinada que, en el otro extremo, promover la intensidad de... del entorno relacional de una persona, evidentemente [...]. O sea, tú puedes decir, una hora al día puedo ayudarle a levantarse, a bañarse y a preparar las cosas para que tenga la comida a punto cuando le toque comer, sí, esto puedes hacerlo; sin embargo, hacer que no esté solo, ¿cuántas horas es esto? Ayudarle a relacionarse con multitud de personas y que la relación se consolide, eso yo creo que es difícil convertirlo en tareas de una hora y media durante...

[ENTREVISTA 18]

La soledad debida al aislamiento físico y relacional que viven las personas mayores, tanto en el rol de receptoras como de proveedoras de cuidados, es una de las circunstancias personales que ha aparecido reiteradamente en las entrevistas. Este sentimiento de aislamiento puede ser una consecuencia directa derivada de problemas de movilidad asociados con la edad avanzada y de la evolución de la enfermedad que padece la persona receptora de cuidados, tal y como recogen los testimonios de María y de Pilar:

El aislamiento físico y relacional que viven las personas mayores puede ser una consecuencia directa derivada de problemas de movilidad asociados con la edad avanzada.

Es una persona que psicológica y psíquicamente está bien, se puede relacionar con normalidad. Lo único que tiene es un impedimento de movilidad; me refiero a que si hubiera un ascensor o viviera en unos bajos, ella, con una silla de ruedas podría salir a la calle y no tendría ninguna contradicción en salir con una silla, pero es que yo aquí no puedo

³⁴ No obstante, debe destacarse la existencia de dos programas que actualmente buscan promover la inclusión relacional de las personas mayores: el programa «**Vinculos**», concebido para reforzar los círculos y las redes relacionales mediante el uso de la tecnología, y el programa «**Radares**», que promueve que el entorno de las personas mayores, particularmente si viven solas, contribuya a detectar situaciones de aislamiento o de deterioro.

salir (...). Y la mujer no puede, las piernas no le dan. Me refiero a que ella hace el ejercicio y así, pero no se siente segura. Si pudiera salir, mejoraría su calidad de vida.

[ENTREVISTA 1]

Tenía Alzheimer [...]. Y bueno, terminó que no salía de casa, que no comía, que estaba fatal, como un cadáver, pues igual. La encontramos... Claro, las sobrinas habían estado quince días de vacaciones, ella por teléfono, como hacen los de Alzheimer, disimulan...: «... he salido cada día, como hago todos los días. He comido, he...» Pero, ¿sabes? Era eso de que estaba en ese período en el que te engañan, como si dijéramos, ¿no? Pero entonces hay un momento en el que dices: «No ha ido a ninguna parte», lo que pasa es que tienes que saberlo ver, porque los enfermos de Alzheimer lo que tienen es que ellos al principio se dan cuenta de todas las carencias que tienen. Y entonces intentan esconderlo, que tú no te des cuenta.

[ENTREVISTA 5]

A otro nivel, la situación de confinamiento de la gente mayor también puede guardar relación con las características y barreras físicas del edificio en el que se encuentra su vivienda, que suele carecer de las infraestructuras necesarias —como un ascensor o una plataforma salvaescaleras— para facilitar la salida a la calle de los vecinos y vecinas de edad avanzada, tal y como relatan Carme e Isabel:

Ella últimamente no [puede salir] demasiado, porque como teníamos el tema de que para bajar y subir... Bajar todavía bajaba, dentro de todo, un poco bien, pero subir le costaba más, ya no bajaba demasiado. Pero, bueno, algo [...]. Ahora estábamos hablando con el dueño de la finca, que se ve que tiene la idea de poner ascensor, pero, claro, poner ascensor significa cambiar toda la estructura y no sé por dónde... Tal vez bajaría por el patio de luces... Pero de momento no veo movimiento, ¿sabes?

[ENTREVISTA 2]

Yo quería saber si se puede hacer algo, porque hay unas barandillas que se ponen [...], pero lo que pasa es que la escalera es muy estrecha y claro, merma mucho la escalera. Entonces todos los vecinos tendríamos que estar de acuerdo... Pero nos iría bien, porque mira, yo soy mayor, me cuesta mucho subir las escaleras, la vecina va con muletas [...]. Y eso sería algo eficaz, porque, oye, estamos saturados para poder bajar, y llevas una bolsita y no puedes subirla... Yo que sé, un elevador o algo.

[ENTREVISTA 3]

Por otro lado, algunas personas aseguran que aunque existen servicios de alquiler para salvar estas barreras arquitectónicas, como por ejemplo las orugas salvaescaleras, se trata de tecnologías caras no accesibles a todas las economías familiares, por lo que, tal y como explica Isabel, las utilizan de forma puntual:

Cuando bajaba las escaleras, pues con la silla, y entonces aún podías desplazarte a algún sitio... Pero ahora, al no poder bajar las escaleras, es imposible... Porque claro, la silla [mecanizada], ya te he dicho. Esto

vale mucho dinero y lo puedes hacer de Pascuas a San Juan, que se dice...

[ENTREVISTA 3]

En todos los testimonios se asocia la falta de interacción con otras personas y la reclusión en el hogar, no solo con un impacto negativo en el estado anímico de las personas receptoras y proveedoras de cuidados, lo que en algunos casos puede llegar a generar depresión, sino también con un agravamiento de la sintomatología de la enfermedad que se padece. Tal y como se recoge en el testimonio de las cuidadoras profesionales, a menudo ellas son el único contacto que las familias tienen con el mundo exterior:

Yo lo que le hago es la higiene y esto, le hago la cama y la visto y nos vamos a dar un paseo. Entonces, a lo mejor tardo una hora en esto y la otra hora la echo para sacarla a la calle, ¿sabes? Porque si no, no ve la calle, porque encima el piso da a la parte de atrás y solamente ve una pared. A ver, yo entonces me imagino a esa señora, y además que está demenciada, porque está demenciada, y ahí todo lo que es sentada ahí, toda esto, es para morir.

[ENTREVISTA 9]

Como cuidados, no sé si de tipo emocional o así, porque como os decía antes, ella no sale a la calle y también tiene la necesidad de conversar, y entonces a veces me siento un ratito con ella y charlamos. Yo esto lo computaría dentro de los cuidados prestados a ella, porque es una dedicación.

[ENTREVISTA 1]

Debe añadirse también que, además de las barreras físicas y sociales descritas, a menudo las usuarias de servicios para las personas mayores no pueden beneficiarse de ellos porque los programas y servicios de cuidados no tienen en cuenta los problemas de movilidad de las personas a las que van dirigidos, o no disponen de servicios complementarios que faciliten su uso. Es el caso, por ejemplo, de algunas actividades organizadas por el IMSERSO o los centros de día, según describen Núria y Montserrat:

¿Van a algún centro de día o a algún centro para personas mayores?

No, no, no. Es que, ¿sabes qué pasa? Que antes no quería ir, pero ahora no puede. Ahora querría ir, pero no puede porque me dijeron que no suben a buscarla aquí arriba, tiene que bajar ella, y no puede bajar porque en dos semanas se cayó cuatro veces.

[ENTREVISTA 12]

Además, junto con la desatención emocional y relacional, en el transcurso de la investigación también se han detectado importantes carencias con respecto a la atención psicosocial que pueden prestar las profesionales de acción social del **Servicio de Ayuda a Domicilio**. Las carencias guardan relación, en especial, con la incapacidad de las profesionales para realizar un seguimiento personalizado de las personas usuarias como resultado de la sobrecarga de tareas que sufren y del elevado número de personas usuarias que tienen asignadas:

El tema de los ratios [...]. Ahora tampoco te lo sé decir, porque ahora estoy con una reducción de jornada. Pero estoy en lo que marca el pliego. Ahora tengo 160 [usuarios] y he hecho una reducción de jornada [...] a 32 horas y media. Tal vez una persona con 37 horas debe de tener alrededor de 200 usuarios. Antes de que saliera el pliego, yo estaba llevando con 37 horas, 260 usuarios, ¿sabes? Claro, llevar 260 usuarios, estar pendiente de 260 usuarios más las trabajadoras, ¿sabes? Tenemos que ir a verles, sí, es una vez al año, y tenemos que hacer una llamada de seguimiento al año, para preguntarles cómo va el servicio y tal. Claro, tenemos que ir a ver a 260 usuarios una vez al año, más los usuarios nuevos que van entrando, y muchas veces hay usuarios que quizá por su problemática, tú no los vas a ver una vez al año, los vas a ver tres, cuatro y cinco veces, ¿no? ¿Sabes a qué me refiero? Hay de todo... Entonces, bueno, claro... Aparte de esto, nosotros tenemos nuestro trabajo de gestión de personal, que la empresa también nos pide, porque ¡no es solo el seguimiento de los usuarios! Nuestro trabajo de facturación, y todo esto... Facturar, nosotros tenemos que pasar una factura al Ayuntamiento para cobrar las horas que hemos hecho... Esto también lo hacemos nosotros, ¿no?

[ENTREVISTA 19]

Otras valoraciones negativas del servicio realizadas por las personas y familias usuarias están relacionadas con lo que se percibe como una excesiva estandarización de los horarios y calendarios, lo que impide la provisión de unos servicios adecuados a las necesidades y expectativas de las familias:

Tengo esto, que yo llamo Ley de Dependencia: son esas chicas que vienen por la mañana. Que me viene... pero, bueno, ¡fatal, eh! Este servicio... La del año pasado que me suplió a Raquel, que es la que estaba de vacaciones, era perfecta, y la he pedido este año, y no me la han traído. Y este año me han traído una, me han traído dos [...]. Y resulta que cuando vi el horario, resulta que era completamente distinto del que llevaba Raquel... mucho más temprano. Si Raquel venía a las ocho y cuarto, esta venía a las siete y cuarenta y cinco, y yo digo: «No, a mi madre, no, yo ya no la hago despertar a las siete y cuarenta y cinco: ¿qué hará todo el día aquí?».

[ENTREVISTA 5]

Las personas y familias usuarias también destacan negativamente la alta rotatividad de trabajadoras existentes en el servicio y, por consiguiente, la dificultad para obtener referentes estables que fomenten relaciones de confianza y de intimidad:

¿Es la misma persona?

No, no, van variando. Normalmente, a veces tengo una durante un tiempo, pero pocas veces. La de la noche, sí, hace mucho tiempo que viene esta, pero la de la mañana, o tienen vacaciones, o ahora me la cambian... Ahora dicen que me pondrán una fija... No lo sé, porque la que tenía, que venía un poco, que llevaba tiempo, ha dejado el trabajo. Y ahora, a partir de la una, viene una, no sé lo que durará, ¿me entiendes?

[ENTREVISTA 3]

Este tipo de práctica, de tener... de ir a visitar a los mismos usuarios y usuarias de forma regular, con continuidad, ¿es una práctica común o hay mucha movilidad?

No... yo no... no sé, yo he tenido... A mí, no se me ha hecho, no, no, no, en estos 23 años que llevo trabajando, no se me ha hecho ni en Eulen ni en Clece, fue cuando entramos en Suara que hubo cambios, que yo llevaba un montón de tiempo con los que tenía, cambio de usuarios totalmente, todos, ¿sabes? [...]. Nos los cambiaron todos, a todas las trabajadoras. Que a mí, no me parece bien, pero bueno, yo qué sé, porque los abuelos, los que quieren una persona que la conozcan y que no les estén moviendo cada día, porque ellos quieren confianza con esa persona y que se sientan tranquilos, se sientan... bien, ¿vale? Que a mí esto de ir cambiando, que ahora te mando a una y ahora te mando a otra, a mí no me parece bien, pero por el usuario, me parece que no..., que no funciona, porque ellos se sienten muy mal, ¿sabes? Y no porque tú seas más buena ni seas más de esto, no, sino realmente porque... por el vínculo que crean, ellos también ya te tienen una confianza.

[ENTREVISTA 9]

Por último, aunque la cifra de población considerada «protegible» y que debería poderse acoger a la cobertura de la LAPAD para 2015 se había fijado inicialmente en 1,3 millones de personas, aproximadamente, las políticas de contracción en el gasto público implementadas desde el año 2011 con motivo de la crisis económica, como el RD/2011 y la Ley 20/2012, aplazaron el acceso de las personas con dependencia moderada hasta el año 2015, y dejaron fuera a 144.000 en 2012; a 334.000 en 2013; y a más de medio millón (554.000) en el año 2014 (Codorniu, 2014). Esto se tradujo en un aumento de las listas de espera y, en algunos casos, en la pérdida permanente de acceso al servicio:

Resulta que nosotros la pedimos porque a mí me habían operado del recto. Entonces yo no podía hacer fuerza tampoco, ni nada. Y mi padre se lo hacía todo en la cama y todo. Y ella, claro, imagínate, ¡tenía 89 años! ¡O quizá 88! Y mi madre tampoco podía. Y entonces pedimos ayuda también para que vinieran a bañarle y todo, pero como no te la dan enseñada, primero se murió mi padre, que vinieron a ayudar.

[ENTREVISTA 2]

En definitiva, el **Servicio de Ayuda a Domicilio** facilita una redistribución bastante limitada de las tareas de cuidados desde el hogar hacia las administraciones públicas y, tal y como está organizado en la actualidad, no está concebido para abordar las dimensiones emocionales y/o relacionales de la provisión de cuidados. Además, su capacidad para proporcionar un acceso universal desde la singularidad está limitada por la insuficiencia de horas del servicio, por la existencia de copagos y por otros impactos de los recortes en el gasto público social a raíz de la crisis económica.

c. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en las administraciones públicas

Como conclusión del análisis y debate de experiencias de socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas se ofrece un breve resumen de

la adecuación de las experiencias analizadas en las distintas dimensiones consideradas. Según se observa en la tabla 18, las fortalezas y debilidades en clave democratizadora varían según la experiencia. Las **guarderías**, y en menor medida el **Servicio de Ayuda a Domicilio**, ofrecen una redistribución de las tareas de cuidados, mientras que algunos servicios, como el **espacio familiar** o la **ludoteca**, priorizan aspectos emocionales, relacionales y de empoderamiento. En términos generales, las experiencias públicas no abordan la división sexual del trabajo prevaleciente en la organización social de los cuidados y, pese a su carácter de servicio público, presentan claras limitaciones para garantizar el acceso universal desde la singularidad de experiencias y perfiles.

Tabla 18. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en las administraciones públicas

Experiencia/Servicio	Redistribución de carga de trabajo desde la familia hacia el ámbito comunitario	Abordaje de la dimensión emocional de los cuidados	Abordaje de la dimensión relacional de los cuidados y del aislamiento social	Abordaje de la división sexual del trabajo	Capacidad de proporcionar un acceso generalizado	Capacidad de incluir diversidad y singularidad de perfiles y situaciones	Empoderamiento personal	Empoderamiento relacional
Guarderías	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí. Con limitaciones	Sí. Con limitaciones	N/A	N/A
Espacios familiares	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Ludotecas	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Servicio de Ayuda a Domicilio	Sí Amb limitaciones	No	No	No	Sí. Con limitaciones	Sí. Con limitaciones	N/A	N/A

Fuente: Elaboración propia.

2.3.3.2. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas

La tabla 19 presenta, a partir de los datos recabados mediante la realización de entrevistas y el análisis de documentación, de literatura y de otras fuentes de información, una relación de propuestas de actuación que hemos elaborado para fomentar la socialización de los cuidados en las administraciones públicas.

Tabla 19. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia las administraciones públicas

Eje estratégico	Dimensión	Propuestas de actuaciones
Socialización	Socialización hacia las administraciones públicas	<p>Crear un espacio de cuidados de referencia en la ciudad y con vocación de arraigo en el territorio, que aglutine, entre otras líneas de acción, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientación a las personas con necesidad de cuidados acerca de todos los servicios y programas sociales y sanitarios, además de prestaciones y bonificaciones, en materia de cuidados y realización de derivaciones a los servicios pertinentes; - portal web que centralice la información sobre servicios, programas y proyectos relacionados con la provisión y recepción de cuidados en la ciudad de Barcelona; - formación continuada sobre procesos de provisión de cuidados a personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas; - formación especializada y talleres de luto para personas cuidadoras profesionales para acompañar el proceso de luto tras la muerte de una persona usuaria receptora de cuidados; - información y asesoramiento sobre los derechos sociales y laborales para personas cuidadoras remuneradas profesionales y no profesionales; - coordinación y visibilización de las experiencias y servicios referentes en la ciudad en materia de cuidados; - coordinación con el circuito del abordaje a las violencias machistas y con la Oficina para la No Discriminación; - servicio de acompañamiento psicosocial básico para personas cuidadoras profesionales a domicilio que trabajen, tanto en el marco de servicios municipales, como en un hogar familiar con contrato/vinculación laboral de tipo privado; - promoción de espacios de encuentro y de debate de diversos colectivos implicados en la organización social de los cuidados (cuidadores familiares, cuidadores profesionales de origen autóctono y migrante, espacios de personas migradas, colectivos de personas mayores, colectivos de personas con diversidad funcional, etc.) con el propósito de impulsar alianzas para la socialización de los cuidados y para su reconocimiento social. <p>Ampliar la red de espacios familiares y ludotecas actualmente existentes en la ciudad de Barcelona, así como las franjas horarias y días durante los cuales las familias pueden acceder a sus servicios.</p> <p>Aplicar medidas de flexibilización de los horarios y del calendario de las guarderías municipales, especialmente en período de verano, para facilitar las estrategias de conciliación y de cuidados de los padres y madres de los niños y niñas.</p> <p>Promover la cesión de guarderías los sábados para programas dedicados a los cuidados, como el programa «Respiro» y otros.</p> <p>Disminuir los ratios de persona educadora-niño/niña de las guarderías municipales para garantizar una mejor calidad del servicio educativo y de cuidados.</p> <p>Crear nuevas guarderías municipales.</p>

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Socialització	Socialització vers les administracions públiques	<p>Diseñar un «Plan de regreso a casa» para los niños y niñas diagnosticados de una enfermedad grave de larga duración y hospitalizados durante un tiempo prolongado que detecte las necesidades no cubiertas de apoyo emocional, formativo, sanitario y, entre otros, de adaptación del hogar.</p> <p>Crear un programa domiciliario y/o comunitario de acompañamiento terapéutico y apoyo escolar para niños y niñas diagnosticados de una enfermedad oncológica o de cualquier otra enfermedad grave de larga duración.</p> <p>Establecer una colaboración entre el Ayuntamiento de Barcelona y las entidades sociales para llevar a cabo acciones lúdicas y terapéuticas para niños y niñas diagnosticados de una enfermedad oncológica o de cualquier otra enfermedad grave de larga duración y para sus cuidadores familiares.</p> <p>Crear soportes de apoyo mutuo para las familias cuidadoras de un niño o niña diagnosticado de una enfermedad oncológica o de cualquier otra enfermedad grave de larga duración.</p> <p>Introducir bonos, descuentos y servicios para mitigar la disrupción vital y el impacto económico de un familiar con enfermedad de larga duración en situación de hospitalización (por ejemplo, aparcamientos, comidas, etc.).</p> <p>Fomentar el acompañamiento psicosocial integral y de calidad de las personas usuarias receptoras de cuidados y de sus familias para cubrir las dimensiones emocionales y físicas de los cuidados mediante, entre otros, la revisión de los pliegos de contratación de los servicios de cuidados municipales, promoviendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revisar los ratios de profesionales para personas usuarias y adecuar los tiempos de los servicios a las necesidades de las personas; - prestar servicios adicionales que fomenten el bienestar y la dignidad de las personas en situación de autonomía funcional restrin - gida, como un servicio de fisioterapia, de barbería, de podología o de apoyo en la movilidad limitada dentro del hogar; - brindar apoyo a la movilidad limitada dentro del hogar a personas en situación de autonomía funcional restringida para prevenir la atrofia y el deterioro; - adecuar los servicios a los ritmos y necesidades de las personas usuarias, evitando la excesiva estandarización de los horarios, así como la ejecución precipitada del servicio, y fomentando las trabajadoras familiares como referentes estables que consoliden una rutinización de las tareas que se adecue a las necesidades de las personas usuarias y con las que los usuarios y sus familias desarrollen un vínculo de confianza y de intimidad; - incluir el acompañamiento psicológico y otros servicios cotidianos de cuidados y de autocuidado de difícil acceso para las personas en situación de autonomía funcional restringida por razones económicas o por razones de movilidad; - ahondar en un modelo de cuidados que gire en torno a las necesidades, criterios y deseos de la persona receptora de cuidados con el objetivo de promover su autogobierno y garantizarle una vida digna. <p>Crear una línea de ayudas para financiar necesidades materiales de cuidados actualmente no cubiertas por las administraciones públicas (cuñas, esponjas, pañales, cremas, pomadas, mascarillas, monodosis, etc.), las cuales, tanto cuando son utilizadas de una forma sostenida en el tiempo como cuando se precisan de forma más puntual, ejercen un impacto significativo en el nivel adquisitivo de las personas y/o familias.</p> <p>Elaborar los estudios necesarios para garantizar la viabilidad de la gestión directa (municipalización) del Servicio de Ayuda a Domicilio.</p>

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Socialització	Socialització vers les administracions públiques	<p>Fomentar la adaptació de la vivienda a las necesidades de cuidados con el propósito de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantizar que las personas en situación de autonomía funcional restringida puedan entrar y salir de su casa de la forma más autónoma posible (por ej.: adecuaciones de escaleras y escalones); - garantizar que las personas que utilizan silla de ruedas u otro soporte técnico para su movilidad puedan acceder a la calle y recibir visitas de personas también con dependencia funcional de una forma regular y normalizada (instalación de ascensores, elevadores, ralles, rampas, etc.); - garantizar que las personas en situación de autonomía funcional restringida puedan adaptar su hogar a sus necesidades de cuidados y de movilidad (reforma de lavabos, bañeras, puertas, pasillos, etc.). <p>Garantizar que los servicios comunitarios municipales para personas en situación de autonomía restringida (como los centros de día) incluyen entre sus servicios apoyo para entrar y salir de la vivienda, particularmente en los casos en que no hay ascensor y existen otras barreras físicas que dificultan la participación en los servicios y el contacto con la red relacional.</p> <p>Fortalecer los recursos existentes de apoyo a los cuidados y el mantenimiento del hogar para familias monomarentales y en situación de exclusión económica con el propósito de garantizar que puedan disfrutar de unos cuidados de calidad y puedan mitigar su pobreza de tiempo.</p> <p>Crear una bolsa de horas mensuales de servicio de cuidados que faciliten la conciliación entre la vida laboral, la familiar y la personal para familias sin red relacional y/o en situación de exclusión económica que estén realizando formación o un proceso de inserción laboral.</p> <p>Elaborar metodologías para hacer efectivo y real el acceso de todas las personas a servicios públicos, prestando una atención especial a la singularidad (familias monoparentales, familias de origen migrante, etc.), garantizando, entre otros, que los horarios, los calendarios, la organización, las cuotas y los contenidos de los programas, servicios y actividades municipales que guarden relación con los cuidados tomen en consideración la diversidad de tipologías de familias y unidades de convivencia existentes y en ningún caso comporten una discriminación indirecta o una exclusión implícita de tipologías de familias y de hogares menos convencionales y/o menos visibles.</p> <p>Potenciar, desde la administración municipal, la Red de Apoyo a Familias Cuidadoras, garantizando una diversificación de los colectivos y de los perfiles de necesidad de cuidados que comprende.</p>

Fuente: Elaboración propia.

2.3.4. Socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro

Las entidades del sector privado que proveen cuidados, y que, por consiguiente, contribuyen a su socialización, se pueden dividir en dos categorías: a) las que los proveen de un modo directo; y b) las que los proveen a través de la gestión de un servicio público que se externaliza. Las entidades pueden ser, a su vez, mercantiles (con ánimo de lucro) o no mercantiles y/o pertenecientes a la economía social y solidaria. Es esta segunda distinción la que se emplea para

organizar el análisis de la información recabada. Tanto las entidades mercantiles como las que no tienen ánimo de lucro comparten una fuerte feminización y, en algunos casos, una importante presencia de personas trabajadoras de origen migrante.

Seguidamente se presenta un análisis y debate de la información recabada sobre este tema y se ofrece, a partir del análisis efectuado, una serie de propuestas de actuación para fomentar la socialización de los cuidados hacia el sector privado desde una perspectiva democratizadora.

2.3.4.1. Análisis y debate de la socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro

El presente apartado se divide en dos secciones: una primera de análisis y debate de la socialización de los cuidados en el sector privado con ánimo de lucro, y una segunda de análisis y debate de la socialización de los cuidados hacia el sector privado sin ánimo de lucro.

a. Socialización de los cuidados hacia el sector privado con ánimo de lucro

Según se ha observado anteriormente, en los últimos años se ha producido un aumento de la participación de empresas mercantiles en el ámbito de los cuidados. La principal situación detectada en la socialización de los cuidados por parte de empresas mercantiles ha sido su gestión de una parte del **Servicio de Ayuda a Domicilio**. Dos de las empresas ganadoras del último concurso para gestionar este servicio en la ciudad de Barcelona fueron Clece y Valoriza. En ambos casos se trata de empresas multiservicios que, lejos de estar especializadas en el ámbito de los cuidados, proporcionan empleo a miles de trabajadores y trabajadoras en numerosos sectores económicos.³⁵ Ello contrasta con las entidades sin ánimo de lucro que en el pasado han gestionado —o que actualmente gestionan— el **Servicio de Ayuda a Domicilio** y su especialización en los sectores social, sanitario y educativo.

La falta de especialización de las empresas mercantiles, así como, precisamente, su carácter mercantil, son percibidos por los profesionales del sector de los cuidados como un elemento contraproducente para la calidad del servicio, en el sentido de que priorizan la rentabilidad económica frente a la calidad del servicio en un contexto en el que el bienestar de las personas, tal y como se plantea desde la economía feminista y desde la economía de los cuidados, debería prevalecer por encima de cualquier otro criterio:

³⁵ Clece ofrece, según la información que consta en su página web, servicios a las personas (servicios a personas mayores, restauración social, servicios educativos y servicios sociales), servicios a los edificios (servicios de logística, servicios de jardinería, servicios energéticos, *facility management*, servicios de limpieza, servicios auxiliares, servicios de marketing espectacular), y servicios para la ciudad y su entorno (servicios de gestión de residuos sólidos urbanos [RSU], alumbrado público, servicios medioambientales, servicios aeroportuarios). Declaran estar presentes en los siguientes sectores: sector sociosanitario, centros de ocio y espacios deportivos, sector aeroportuario, sector industrial, sector financiero, sector educativo, sector hotelero, sector de la administración pública, sector hospitalario <<https://www.clece.es/es/servicios/>>. De un modo similar, la empresa Valoriza, que pertenece a la constructora Sacyr, se dedica a servicios de *facility management*, al mantenimiento de instalaciones, a la provisión de servicios energéticos, servicios de limpieza, servicios auxiliares y a la realización de obras <http://www.valorizafacilities.com/es_es/>.

Yo, antes de estar en Clece, estaba en Eulen, que también era una empresa multiservicios. Era otra empresa que también llevaba este servicio. Entonces, de Eulen pasamos a Clece [...]. Clece estuvo bastante tiempo, porque me parece que le dieron dos veces el concurso. Claro, la persona que teníamos como jefe no era una persona del ámbito social. Era una persona con una formación económica, ¿sabes a qué me refiero? Entonces, no entendía nada, no entendía nada del trato de las personas, no entendía nada del servicio. Claro, al final, esa persona lo único que veía era números. Entonces, ¡claro! Sí que es verdad que esto es un servicio que debe proporcionarles un rendimiento, y tú coges este servicio porque también quieres un beneficio económico, debes tener en cuenta otros aspectos que están por encima de eso. Entonces, sí que es verdad que se notaba un poco la diferencia [...]. Claro, tú intentas... No sé, yo veo que sí que hay una diferencia, sí. Claro, que a la persona que tengas arriba le importe tres pepinos el usuario que tienes.

¿Crees que esto está pasando con el mundo de la dependencia?

¿Con las empresas? Yo, al menos, pienso que sí. Claro, yo ahora no veo qué pasa en las otras empresas. Pero claro, yo sí que veo alguna diferencia. Yo a veces hablaba con la persona que estaba por encima de nosotras y era el jefe de servicio, y yo pensaba: «¡Pero si esta persona no sabe nada! ¿Cómo me puede estar diciendo que haga esto? Si es que me parece que...», ¿sabes? No sé, me parece incoherente y súper poco humano y... ¡no lo sé!

[ENTREVISTA 6]

Esta supuesta falta de conocimientos y de especialización en el sector de los cuidados por parte de empresas también es percibida por las personas y familias usuarias («Estas empresas, ni idea de lo que están haciendo, ¡eh!»).³⁶ También se han recogido testimonios de personas trabajadoras que rechazan la política municipal de externalización del servicio a empresas; se trata de testimonios como el de Cristina, que durante décadas han presenciado cómo iban evolucionando y que expresan de una forma implícita la contradicción latente entre la atención a las personas y los sectores sociales vulnerables —como la gente mayor— y el ánimo de lucro:

Realmente tú [el Ayuntamiento] tienes que controlar ese trabajo, cómo se hace, no solamente soltar el dinero, para mí. Y si me lo hacen más barato —porque es lo que pasa con las empresas—, pues si me lo hacen más barato, pues es igual, es igual... No es igual, no es igual. Las personas necesitan lo que necesitan y no vale todo, para mí no vale todo. Las políticas que tenemos..., todo esto de ayuntamientos e historias, es que, vamos, y esa pobre gente, pues como no pintan nada, porque si no se les da no se les da, y no pasa nada, porque la mayoría tienen miedo: yo no digo nada, no me quejo, porque si me quitan el servicio... Hombre, ¡por favor! No tienen nada.

[ENTREVISTA 9]

Estas distintas miradas y perspectivas se refieren indirectamente a un debate de fondo latente en la literatura feminista que se pregunta hasta

³⁶ Información extraída de la entrevista 5, realizada a una cuidadora principal de un miembro de la familia en situación de autonomía funcional restringida.

qué punto la mercantilización de los cuidados resulta compatible con su democratización de acuerdo con los ejes que hemos presentado en este documento. Dada la contradicción existente señalada por la economía feminista en lo que denomina «el conflicto capital-vida» (Pérez Orozco, 2014), la pregunta se refiere a las implicaciones políticas y económicas del desplazamiento del beneficio económico desde el centro de la lógica económica y la priorización de la provisión y recepción de bienestar. Este interrogante rebasa los objetivos del presente estudio, pero nos alerta acerca de la necesidad de reflexionar en profundidad —en un contexto en el que la demanda de cuidados, en especial, los cuidados a las personas mayores, seguirá aumentando a lo largo de los próximos años— sobre el papel que el sector privado mercantil debería desempeñar en su gestión y provisión.

b. Socialización de los cuidados en el sector privado sin ánimo de lucro

A raíz de los elementos problemáticos de la provisión de cuidados por parte de empresas mercantiles, y tras haber constatado la enorme precarización laboral que caracteriza el sector de los cuidados, en el transcurso de la investigación se ha recabado información sobre las implicaciones que conlleva el hecho de que el servicio sea prestado por entidades privadas sin ánimo de lucro, sobre todo por parte de cooperativas pertenecientes al ámbito de la economía social y solidaria.

Según se ha observado anteriormente, en Barcelona, el **Servicio de Ayuda a Domicilio** estaba gestionado —y sigue estándolo— por empresas provenientes de la economía social y solidaria. Pese a que no ha resultado posible efectuar un análisis en profundidad de las diferencias resultantes de la gestión del servicio por parte de una tipología de empresa y de otra, sí que ha sido posible recoger el testimonio de profesionales que han trabajado en las dos tipologías de empresas y que han detectado ciertas diferencias:

Quizá veo cosas, pero no sabría decir por qué son. Diferencias de empresas, ¿sabes?

Por eso quería preguntártelo. Me parece interesante que me digas esto. Puesto que llevas muchos años en este sector... ¿Cuántos años llevas?

Ocho o nueve, sí.

Dices que tienes muy presente entre un perfil de empresa y otro... ¿Crees que es importante, para este tipo de servicios que estáis ofreciendo, que sea llevado a cabo por una empresa de tipo social, o crees que la naturaleza de la empresa es irrelevante?

No, sí que es importante.

¿Sí? ¿Por qué? ¿Qué crees que aporta?

[...] Sí que es verdad que se trata de un servicio que les tiene que aportar un rendimiento, y tú coges este servicio porque también quieres un beneficio económico. Tienes que tener en cuenta otros aspectos que están por encima de eso. Entonces, sí que es verdad que se notaba un poco la diferencia. Ahora es una empresa de carácter social y sí que tiene en cuenta a las personas: tanto a las personas trabajadoras como a las que son usuarias. [...] Yo, al menos, pienso que sí. Claro, yo ahora

no veo qué pasa en las otras empresas. Pero claro, yo sí que veo algunas diferencias.

[ENTREVISTA 6]

Sería necesario abrir una línea de investigación específica para poder ahondar en las diferencias existentes y concretarlas. Con todo, seguidamente se detallan algunos elementos que indican que, hasta la fecha, la presencia de empresas de la economía social y solidaria en la gestión y provisión de cuidados no garantiza la resolución de ninguno de los problemas que durante el transcurso de este informe hemos presentado como endémicos del sector, incluidas la precarización laboral o las carencias en el modelo de cuidados prevaleciente.

La misma informante que intuye diferencias entre una tipología de empresa y otra apunta, a su vez, que incluso cuando la empresa es una entidad de la economía social y solidaria existen tensiones entre las distintas lógicas existentes:

Sí que es verdad que tú tienes que encajarlo todo, porque, seamos realistas, a [mi empresa] también le interesa obtener un beneficio y no perder dinero con este servicio, pero siempre con una..., ¿no?, sin perjudicar al usuario... Porque, al final... [...]. También un poco controlarlo. Porque no sé si todas las empresas cumplen con este ratio. No todo el monte es orégano. Me refiero a que, también el comité de empresa [...] está pendiente de los ratios. Seguro que [la empresa] sabía que debía cumplir con unos ratios, porque el Ayuntamiento así lo establece en el nuevo pliego. Pero el comité de empresa también está pendiente de ello, y ha ejercido cierta presión para que esto también baje... ¿Sabes a qué me refiero? Que [la empresa] también es verdad que es una empresa de carácter social, pero supongo que también quiere obtener su beneficio del servicio, ¿no?

[ENTREVISTA 6]

Por otro lado, debe destacarse que la estrategia de la **entidad de cuidados a gente mayor**³⁷ —entidad de la economía social y solidaria que no gestiona el SAD, pero que presta otros servicios de atención a las personas mayores a domicilio— para hacer frente a estos últimos años de crisis económica ha consistido en reducir el número de horas de los servicios de atención domiciliaria a las personas mayores, lo cual no solamente ha afectado a la calidad y frecuencia de los cuidados que reciben las personas atendidas, sino que también ha repercutido negativamente en las horas invertidas por el personal autónomo para la entidad.

Por consiguiente, la presencia de una entidad de la economía social y solidaria no garantiza la ausencia de tensiones ni de conflictos en la gestión y provisión del servicio en lo que a criterios de calidad o de derechos laborales se refiere. Al respecto, debe señalarse que en el ámbito de la economía social y solidaria existen distintas tipologías de entidades y de empresas, con distintos modelos y lógicas organizativas, y también con distintas dimensiones. Según sus propias informaciones, las dos entidades de la economía social y solidaria que en los últimos años han estado a cargo de la provisión de una parte del **Servicio de Ayuda a Domicilio**, en Barcelona, actualmente cuentan, por un lado, con 3.400 personas contratadas y 40.000 personas atendidas, y, por otro,

³⁷ Información extraída de la entrevista 17, realizada a una persona profesional.

con 2.605 profesionales y 115.121³⁸ personas atendidas. El análisis de las condiciones de trabajo del personal del Servicio de Atención Domiciliaria durante el año 2015 realizado por el Ayuntamiento de Barcelona (2016b) indica, tal y como se ha apuntado previamente, que la gestión del **Servicio de Ayuda a Domicilio** por parte de estas entidades no garantizó unas condiciones de trabajo de calidad. Así, sus trabajadores y trabajadoras representaron, respectivamente, el 44,9 % y el 44,2 % de carácter temporal de la contratación; el 68,6 % y el 83,6 % de contratación a tiempo parcial; y el 95,6 % y el 95,8 % de sueldos inferiores a los 9,47 euros brutos/hora. En el primer caso, solo el 3 % de los trabajadores y trabajadoras no presentaban ningún tipo de precariedad laboral y, en el segundo, este porcentaje se situaba en el 2,3 %.

En el futuro será relevante analizar más detenidamente si existen diferencias en el seno de la economía social y solidaria y si las dimensiones, las estrategias y la organización de las empresas repercuten en la calidad del servicio y en las condiciones de trabajo y laborales de los trabajadores y las trabajadoras. Un estudio más a fondo de su performatividad en clave de democratización de los cuidados también es relevante porque, a causa de la precariedad del sector de los cuidados, la prevalencia de la actividad informal y la baja protección laboral garantizada por la legislación vigente analizadas anteriormente, el impulso y creación de cooperativas de cuidados está emergiendo como una estrategia por parte de personas trabajadoras organizadas para garantizar servicios de calidad y para formalizar y dignificar su situación laboral.³⁹

En Barcelona existen diversas experiencias de cooperativas relacionadas con planes comunitarios que dan cobertura a necesidades básicas y de atención a las personas a través de servicios relacionados con el alojamiento, la alimentación, la higiene, las relaciones humanas y la inserción social y comunitaria. Un ejemplo de ello es la iniciativa del comedor solidario de la Cooperativa Greal, en el barrio del Besòs, que durante el año 2016 sirvió una media de

En Barcelona existen experiencias de cooperativas relacionadas con planes comunitarios que dan cobertura a necesidades básicas y de atención a las personas a través de servicios relacionados con el alojamiento, la alimentación, la higiene y la inserción social y comunitaria.

415 menús diarios en el servicio de comedor solidario, de lunes a viernes, en horario de mediodía. Este servicio está orientado a dar una respuesta a personas y familias que viven una situación personal, económica y social de mayor vulnerabilidad. Permite tomar el almuerzo en el comedor

comunitario o llevárselo a casa, y ha trabajado en un convenio mediante el Plan de Barrios del Besòs para llevar la comida a casa a personas que no pueden salir de su domicilio, impartir cursos de cocina y desarrollar iniciativas de autoempleo cooperativo denominadas «Talleres Autónomos Urbanos» (TAU) (López, 2016).

Asimismo, también resulta interesante analizar las demandas laborales de personas trabajadoras del hogar y cuidadoras que surgieron a raíz del Congreso

³⁸ Los datos de la segunda entidad corresponden al año 2014.

³⁹ La creación de cooperativas de servicios de cuidados que aglutinen a personas trabajadoras del hogar, cuidadoras y personas usuarias está integrada y relacionada con el «Plan de Impulso de la Economía Social y Solidaria 2016-2019» del Ayuntamiento de Barcelona.

sobre Empleo de Hogar y Cuidados, celebrado en Madrid los días 1 y 2 de octubre de 2016,⁴⁰ organizado por el Ayuntamiento de Madrid, el Grupo Turín y una plataforma de entidades que aúna organizaciones y personas que trabajan para dignificar el sector de los cuidados y presionar al Gobierno español para que ratifique el Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo. Entre otras cuestiones, durante el Congreso se abordaron las distintas líneas de lucha y reivindicación del sector, entre las que cabe destacar algunas relacionadas con el apoyo y fomento de las cooperativas de trabajo asociado creadas y gestionadas por las propias personas trabajadoras.

Una de las experiencias presentadas durante el Congreso fue la de la cooperativa Victoria's Servicios del Hogar Soc. Coop. Madrileña. Impulsada en 2009 por la también cooperativa Abierto Hasta el Amanecer, actualmente vincula a cuatro socias trabajadoras de origen migrante y se trata de la primera cooperativa de trabajadoras del hogar de la Comunidad de Madrid. Su objetivo principal ha consistido en dar cobertura legal al trabajo que realizan las mujeres trabajadoras para hacer aflorar los trabajos que se realizan en la economía sumergida:

Casas particulares, cuidando a personas mayores, limpiando, planchando, cocinando, cuidando a niñas y niños o todo junto. [Las horas] complementan y/o son los únicos ingresos, mantienen a sus familias.

[CAMARASA, 2016]

La iniciativa, que, según se ha descrito anteriormente, pretende abordar la situación de miles de trabajadoras del sector, se presentó durante el Congreso en Madrid y se caracteriza por la presencia mayoritaria de: Mujeres que somos empleadas del hogar, que no teníamos un contrato escrito, sino solo verbal, sin ninguna seguridad de que tengamos ese trabajo de forma indefinida.

[CAIZAPANA, 2016]

El proyecto nace de un análisis de la realidad del ámbito de los cuidados en un sentido amplio, en el que se identifica que: «Cada día son más las familias que utilizan un servicio de cuidados, ya sea de forma permanente, ya sea de forma esporádica», (Camarasa, 2016). Tanto desde la cooperativa Abierto Hasta el Amanecer como desde el núcleo motor del proyecto defienden la economía social como un modelo económico que sitúa a las personas en el centro de las decisiones en un doble sentido: por un lado, las personas empresarias y las personas trabajadoras son las mismas; por otro, consideran que una cooperativa es una asociación entre personas cuyo propósito es responder a sus necesidades laborales de un empleo digno, valorado y visible. En este sentido, el proceso de creación de la cooperativa se concibe como un proceso en el que las mujeres se asocian para pasar de invisibles a empresarias y de este modo poner fin al círculo vicioso de invisibilidad y precariedad laboral y vital en el que se encuentran. Otros objetivos que se cumplen, según la visión de sus impulsoras, son: salir del aislamiento para pasar a compartir necesidades, inquietudes y objetivos con el resto de socias; crear un espacio de crecimiento personal y de práctica de trabajo en equipo; y generar empoderamiento para la toma de decisiones.

Tal y como expresan las propias impulsoras de la cooperativa Victoria's:

⁴⁰ Para más información, consúltese: <<http://congresoempleodehogarycuidados.es/>>.

Nuestra relación con los empleadores dio un giro de 180 grados, mejoró nuestra autoestima al sentirnos más empoderadas, conseguimos sentirnos más seguras por el hecho de que teníamos ya la posibilidad, según el tiempo cotizado, de acceder al derecho de subsidio de desempleo.

[CAIZAPANA, 2016]

La opción de cooperativa permite a las trabajadoras afiliarse al Régimen General de la Seguridad Social y, además, ampliar las oportunidades de promoción profesional brindándoles la posibilidad de presentarse a licitaciones y concursos públicos, acceder a formación continua gratuita, así como a subvenciones y ayudas públicas. Además, la cooperativa presenta ciertas ventajas fiscales con respecto a otros formatos societarios, permite acceder a subvenciones específicas dirigidas a entidades de la economía social y, en el caso de los proyectos de iniciativa social, se puede solicitar la exención del IVA.

Finalmente, vale la pena destacar que las trabajadoras impulsoras de la cooperativa consideran que su creación ha significado para ellas un hito de empoderamiento y afirman sentirse independientes, autónomas y libres. Es en esta línea que concluyen:

Con los años que venimos funcionando, queremos transmitir el mensaje de que esto —las cooperativas de trabajo de empleados del hogar— es viable, que es muy positivo para las mujeres y la sociedad, que es una manera de visibilizar este sector. Esta es una alternativa junto con otras reivindicativas como asociaciones, entidades, etc. No son incompatibles, son complementarias.

[CAIZAPANA, 2016]

Las ventajas presentadas por la creación de cooperativas obvian, sin embargo, los procesos previos a la constitución de las cooperativas y el hecho de que quizá ciertos colectivos de personas no tienen acceso a las mismas. En el transcurso de esta y otras investigaciones⁴¹ se han detectado una serie de barreras para el impulso y creación de cooperativas de cuidados y de trabajo del hogar. A menudo, las personas que ya se dedican al trabajo del hogar y de cuidados y que consideran, en consonancia con lo expuesto previamente, la creación de una cooperativa como una estrategia para formalizar y dignificar su actividad, no disfrutan de tiempo suficiente para impulsar el proyecto debido a la situación de precariedad vital y laboral en la que se encuentran, y ello representa un problema. Otro problema advertido es la falta de conocimientos técnicos para realizar todas las gestiones y trámites necesarios para el impulso del proyecto. Un tercer problema es el hecho de no disponer del dinero necesario para la creación de la cooperativa. Finalmente, cabe preguntarse también si, más allá de permitir la salida de la actividad de cuidados de la economía informal, el modelo de cooperativas de cuidados puede sostener a largo plazo una democratización de los cuidados como una combinación de la creación y mantenimiento de condiciones laborales dignas y de una provisión de cuidados accesibles y de calidad.

⁴¹ En la actualidad, las dos autoras están llevando a cabo la siguiente investigación financiada por la convocatoria RecerCaixa 2015: «Crisi i alternatives en femení: anàlisi d'impactes i estratègies de les dones a Catalunya en l'àmbit de l'economia social i solidària» [Crisis y alternativas en femenino: análisis de impactos y estrategias de las mujeres en Cataluña en el ámbito de la economía social y solidaria]. El proyecto se inició el 1 de marzo de 2016 y finalizará el 28 de febrero de 2018. Para más información, consúltese: <<http://www.alternativasenfemenino.info/ca/>>.

Otro elemento a explorar con el fin de socializar los cuidados en el ámbito de la economía social y solidaria es la posibilidad de relación y colaboración entre esta economía y las administraciones públicas. Esta fórmula puede presentar la gran ventaja de evitar los problemas en clave de derechos laborales sociales ocasionados tanto por el sector privado formal como por la prevalencia del empleo informal, y a la vez mantener un control por parte de las administraciones públicas sobre los procesos de provisión de cuidados y de respeto de los derechos laborales. Existen referentes y experiencias de estas características desarrollados en Madrid y en Asturias,⁴² o, en proceso de estudio, en Andalucía.⁴³

Al margen de las experiencias de entidades de la economía social y solidaria que se dedican a la provisión de servicios públicos a mayor escala, o del impulso de experiencias más pequeñas que tienen como objetivos la dignificación y la formalización del sector, en el transcurso de la investigación se ha detectado la presencia de otras entidades — como asociaciones o fundaciones — que, con fondos de financiación pública y privada, se dedican a ofrecer servicios y acompañamiento en situaciones de enfermedad y/o de dependencia funcional.

Las experiencias de entidades de la economía social y solidaria que se dedican a la provisión de servicios públicos tienen como objetivos la dignificación y la formalización del sector.

Algunas de estas entidades prestan servicios de atención y cuidados que posibilitan una cierta reducción de tareas de cuidados por parte de la familia. No obstante, lo que más destaca de su misión y actividad cotidiana es el acompañamiento que prestan y el modo en el que abordan la dimensión emocional y relacional de los cuidados.

En este sentido, y teniendo en cuenta la crítica resultante de numerosas entrevistas sobre la ausencia de este abordaje en los servicios ofrecidos por la administración pública, parece que este tipo de entidades están cubriendo un agujero no llenado por las administraciones públicas.

Una de las experiencias estudiadas ha sido la de la **Entidad de Cuidados a Gente Mayor**, que busca promover condiciones que faciliten que las personas mayores vivan en su casa todo el tiempo que puedan mediante la provisión de servicios y atención en el propio hogar. La **Entidad de Cuidados a Gente Mayor** se dedica a cubrir necesidades de atención, técnicas y de acceso a recursos. Los servicios proporcionados son de intensidad variable, con arreglo a las necesidades de las personas receptoras de cuidados, pudiendo oscilar entre la asistencia puntual en actividades de la vida cotidiana (acompañarlas al médico, hacer gestiones, servicio de peluquería y arreglos del hogar); el servicio mensual, quincenal o semanal de limpieza, podología y fisioterapia; o la visita semanal de 3 horas por parte de una persona voluntaria de la entidad. También busca incidir en la frecuente situación de exclusión relacional de las personas mayores generando espacios de socialización y fomentando las

⁴² Véase: Ayuntamiento de Cudillero, *Cooperativa de asistencia a domicilio para personas dependientes: modelo de plan de empresa*, disponible on-line en:

<https://www.asturias.es/RecursosWeb/trabajastur/Otra_Documentacion/Cooperativa%20Asistencia%20a%20domicilio%20para%20personas%20dependientes%20...%20Cudillero.pdf>.

⁴³ Véase: Suractiva Media, Exeo Consultoría, *Impulso a la creación de Cooperativas de Servicios Públicos y Cooperativas Mixtas: nuevas fórmulas cooperativas recogidas en la Ley de Cooperativas Andaluzas*, Faecta/Junta de Andalucía: Consejería de Economía y Conocimiento.

relaciones intergeneracionales mediante la organización de actividades sociales, un seguimiento telefónico con objeto de proporcionar atención emocional y psicológica, la participación en diversos eventos, tales como ferias de entidades o muestras de asociaciones, y la organización de talleres y formaciones gratuitas para estimular hábitos de conducta, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida. Si bien algunas entidades como esta posibilitan un cierto alivio de la carga de trabajo y responsabilidad de la red familiar, lo que más han destacado las personas entrevistadas sobre su actividad ha sido el modo en el que aborda la dimensión relacional y emocional de los cuidados.

Este abordaje de la dimensión emocional y relacional de los cuidados ha sido detectado en el transcurso de la investigación en diversas situaciones de necesidad de cuidados e incluye, en primer lugar, tanto un servicio de voluntariado de visitas semanales a domicilio para hacer compañía a la persona receptora de cuidados, en especial personas mayores, como la organización de actividades para impulsar la socialización de las personas cuidadoras. Este es el caso concreto de Amics de la Gent Gran, según nos explica Isabel:

Muy bien, pues, sí. Son servicios de salidas y un voluntario, tenemos. Un voluntario que viene un día a la semana y entonces hacemos salidas. Hay vacaciones, hay salidas a Montserrat. Hay varias actividades. Lo que pasa es que con mi marido no me puedo desplazar yo a todas partes, ¿me entiendes? A lugares puntuales.

[ENTREVISTA 3]

También en el marco del acompañamiento emocional y relacional en los procesos de cuidados, otras personas entrevistadas destacan el acompañamiento en los cuidados:

Yo, a efectos de voluntariado y de fundaciones, muy contento, la verdad. Era un mundo que nosotros no conocíamos, por suerte, pero nos trataron muy bien. Las fundaciones de las que habla Àngels... **[JOAN]**

...Mucha sensibilidad. **[ÀNGELS]**

Mucha, mucha ayuda, muchas salidas; después si querías hacer... Mucha proximidad, estaban muy cerca de nosotros, tanto en el hospital como aquí. La verdad es que te sorprende, ¿no? La gente que tiene ganas de ayudar. Y todo voluntariado, ¡eh! Y eso me sorprendió mucho, mucho. Muy agradecidos. **[JOAN]**

Sí, porque ¡al final fueron nuestra familia! **[ÀNGELS]**

En el hospital, los médicos y la enfermera están para curar a tu hijo, y tú te tienes que buscar la vida... ¡Es normal! Por un lado, quiero entenderlo así. Después, cada uno tiene los recursos que tiene y... pero, bueno, en este aspecto, en temas de fundaciones y todo esto, les estamos muy agradecidos. Siempre, siempre les estaremos agradecidos, porque ¡se han portado muy bien! ¡Muy bien! **[JOAN]**

[ENTREVISTA 8]

Àngels y Joan destacan particularmente el acompañamiento terapéutico a las personas cuidadoras familiares:
En especial, el primer año. Muy intensivo. Y yo ahora, actualmente,

mediante Oncolliga, que también fue Enriqueta Villavecchia que se puso en contacto con esta fundación, entonces a mí, yo, hago terapia, con una psicóloga. Sí que es verdad que no es semanal ni quincenal. [ÀNGELS]

Totalmente gratuito. [JOAN]

Y son especialistas, son profesionales especializados en estas circunstancias. [ÀNGELS]

Son psicooncólogos. [JOAN]

O con familiares con enfermedades oncológicas, como es mi caso. [ÀNGELS]

[ENTREVISTA 8]

c. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en el sector privado con y sin ánimo de lucro

Como conclusión del análisis y debate de experiencias de socialización de los cuidados en el sector privado con y sin ánimo de lucro, se ofrece un breve resumen de su adecuación a las distintas dimensiones de la democratización tomadas en consideración. Tal y como se muestra en la tabla 20, los cuidados proporcionados por el sector privado, particularmente por parte de las empresas mercantiles, presenta importantes limitaciones en clave democratizadora. Por otro lado, destacan de forma positiva el abordaje de la dimensión emocional y relacional de los cuidados, así como la promoción del empoderamiento personal y relacional, de proyectos impulsados por entidades de la economía social y solidaria.

Tabla 20. Resumen del potencial democratizador de los cuidados en el sector privado con y sin ánimo de lucro

Experiencia/Servicio	Redistribución de carga de trabajo desde la familia hacia el ámbito comunitario	Abordaje de la dimensión emocional de los cuidados	Abordaje de la dimensión relacional de los cuidados y del aislamiento social	Abordaje de la división sexual del trabajo	Capacidad de proporcionar un acceso generalizado	Capacidad de incluir diversidad y singularidad de perfiles y situaciones	Empoderamiento personal	Empoderamiento relacional
Ámbito privado con ánimo de lucro	Sí. Con limitaciones	No	No	No	Sí. Con limitaciones	Sí. Con limitaciones	N/A	N/A
Ámbito privado sin ánimo de lucro	Sí. Con limitaciones	Sí	Sí	No	Sí. Con limitaciones en algunos casos y sin en otros	Sí. Con limitaciones	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia.

2.3.4.2. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro

La tabla 21 presenta, a partir de los datos recabados mediante la realización de entrevistas y el análisis de documentación, de literatura y de otras fuentes de información, una relación de propuestas de actuación que hemos elaborado para fomentar la socialización de los cuidados en el sector privado con y sin ánimo de lucro.

Tabla 21. Propuestas de actuaciones para fomentar la socialización de los cuidados hacia el sector privado con y sin ánimo de lucro

Eje estratégico	Dimensión	Propuestas de actuaciones
Socialización	Socialización hacia el sector privado	<p>Incorporar en los pliegos de contratación del Ayuntamiento de Barcelona de servicios de cuidados que se fomente la gestión de servicios públicos de cuidados por parte de empresas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conocimientos especializados, competencias y experiencia previa en procesos de cuidados de alta calidad a personas en situación de vulnerabilidad; - con presencia y arraigo en el territorio (distritos, barrios), evitando la provisión uniforme y gerencialista de servicios al conjunto de la ciudad o a extensos fragmentos territoriales. <p>Reducir en los pliegos de contratación del Ayuntamiento de Barcelona de servicios de cuidados el peso relativo de la valoración económica y priorizar condiciones de trabajo y laborales dignas en los pliegos de contratación de empresas para proveer servicios de cuidados.</p> <p>Monitorizar periódicamente las empresas y entidades que gestionan programas municipales de cuidados y atención a las personas en situación de autonomía funcional restringida para garantizar que respetan los derechos laborales de las personas trabajadoras.</p> <p>Impulsar una reflexión en profundidad del papel que el sector privado mercantil debería desempeñar en la gestión y provisión de cuidados.</p> <p>Efectuar un seguimiento periódico de las empresas y entidades que gestionan programas municipales de cuidados y atención a las personas en situación de autonomía funcional restringida para garantizar que respetan los derechos laborales de las personas trabajadoras.</p> <p>Realizar un seguimiento de la aplicación de la cláusula social sobre paridad por parte de las empresas licitadoras con el Ayuntamiento, en especial en las licitaciones en el sector educativo, de limpieza, trabajadoras familiares, etc.</p>
	Socialización hacia la economía social y solidaria	<p>Elaborar un estudio de la viabilidad de la creación de una cooperativa mixta de servicios públicos para aglutinar a las personas trabajadoras del hogar y cuidadoras y personas usuarias, garantizando una contratación digna por parte de las familias y la provisión de unos cuidados de calidad.</p> <p>Ofrecer acompañamiento y formación para introducir la perspectiva de la economía feminista en las entidades del sector de la economía social y solidaria.</p> <p>Proporcionar apoyo institucional para el trabajo conjunto de asesoramiento y de intercambio de experiencias de democratización de los cuidados en el ámbito de la economía social y solidaria.</p> <p>Ofrecer acompañamiento y apoyo institucional en la creación de cooperativas de cuidados y de trabajo del hogar lideradas por trabajadoras y, posiblemente, en colaboración con las personas usuarias desde la perspectiva de democratización de los cuidados.</p>

Fuente: Elaboración propia.



VI. RETOS Y AGRADECIMIENTOS

Durante el desarrollo del estudio hemos tenido que salvar numerosos obstáculos que han atrasado y dificultado enormemente su elaboración. En primer lugar, destaca la situación de fragilidad y vulnerabilidad de muchas de las personas entrevistadas, quienes, a menudo, por distintas razones, como problemas de salud, de memoria o de desconfianza debido al aislamiento social en el que viven, han rehusado abrirnos la puerta de su casa. En segundo lugar, hemos identificado que determinados perfiles, tanto de personas cuidadoras como de usuarias de servicios de cuidados, constituyen colectivos especialmente inaccesibles. En concreto, ha sido difícil concertar entrevistas con mujeres de más de 90 años que vivan solas, con madres al frente de familias monoparentales, y con mujeres de origen migrante usuarias de servicios públicos dirigidos a la infancia. Asimismo, debemos subrayar que uno de los obstáculos principales que hemos tenido que afrontar ha sido la falta de tiempo de las personas cuidadoras. Las sobrecargas globales de trabajo que viven a diario dificultaron especialmente que nos pudieran dedicar las cerca de dos horas que se precisan para realizar una entrevista de estas características. Por último, la constatación de que la economía de los cuidados es transversal al conjunto de la sociedad —tal y como se defiende desde la economía feminista— no nos ha permitido cubrir todas las dimensiones, situaciones y experiencias que caracterizan la práctica cotidiana de prestar y recibir cuidados en la ciudad. Las voces más ausentes en el estudio son, sin duda alguna, las de la gente joven y las de la gente adulta en situación de discapacidad. Esperamos poder suplir esta carencia en investigaciones futuras, puesto que estamos convencidas de que escuchar sus voces es un paso imprescindible para obtener una mirada global y completa de la economía de los cuidados.

Asimismo, también deseamos destacar que el apoyo que hemos recibido por parte de las personas trabajadoras, tanto en servicios públicos, como en entidades privadas y espacios comunitarios, ha sido imprescindible: nos ha ayudado enormemente a establecer un primer contacto con los trabajadores y trabajadoras de equipamientos y servicios, así como con las personas cuidadoras y usuarias de servicios. Sin la colaboración de todas ellas, la realización del presente estudio todavía habría resultado más difícil.

Por lo tanto, queremos dar las gracias, en primer lugar, a todas las personas cuidadoras y receptoras de cuidados que nos han abierto las puertas de su casa por su amabilidad y confianza, si bien no hemos utilizado sus nombres reales para respetar su confidencialidad. Sabemos que para todas ellas el tiempo propio es un bien escaso y preciado, y confiamos en haber sabido recoger su voz y sus experiencias con el objetivo de mejorar las políticas de cuidados en la ciudad en todas sus vertientes.

También queremos dar las gracias a todas las personas profesionales y voluntarias de los servicios públicos, entidades privadas y espacios comunitarios que han confiado en nuestra investigación y nos han facilitado el establecimiento del primer contacto para la realización de las entrevistas, tanto con el personal de equipamientos y servicios, como con las personas usuarias de servicios y personas cuidadoras. En primer lugar, deseamos agradecer a Tona Calvo la labor realizada y el hecho de que nos ayudara a contactar con las personas responsables de equipamientos y servicios municipales. En segundo lugar, deseamos manifestar nuestro agradecimiento a las compañeras y compañeros de la Red de Economía de los Cuidados en las Escuelas e Institutos (Mirta Lojo, Montserrat Roset, Raul López, Nani Hidalgo, Adelina Escandell, Rosa Bofill, Àngels Caba, Immaculada Bargallo, Èlia Martínez Caba y Guillermo Gorostiza), por su compromiso y motivación, por su bagaje y sus aportaciones, y por su implicación en el proyecto y en la concreción de medidas.

Por último, damos las gracias a todas las personas vinculadas con las numerosas entidades y proyectos que nutren el mundo de la economía de los cuidados, en su amplio abanico de dimensiones, proyectos y disciplinas profesionales, por la inestimable ayuda que nos han brindado en el transcurso de esta investigación para establecer contactos y ubicar perfiles: Alba Calvo (Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya); Begoña Giménez (Servei de Dol de Ponent); Albert Quiles y Regina Martínez (Amics de la Gent Gran); David Aparicio (Espai Familiar del Raval); Irene Costa (AFANOC); Marta Torruella (Associació de Cuidadors Familiars de Barcelona); Maria Antònia Arnau (Col·legi de Metges de Barcelona); Aurora Álvarez Yoyi (Ateneu Popular 9 Barris); Xabier Ballesteros (La Colla Cuidadora); y Alba Ríos y Carla Sallent (Suara Cooperativa).



VII. BIBLIOGRAFÍA

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA. 2009. *La salut dels qui conviuen amb persones que tenen necessitats especials d'atenció o dependència a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona-Acció Social.

AJUNTAMENT DE BARCELONA. (2015a). *Guia de conciliació de la vida personal i laboral. Mesures de l'Ajuntament de Barcelona*. Comissió de Treball de Seguiment del «Pla d'Igualtat 2011-2013». Gerència de Recursos Humans i Organització.

AJUNTAMENT DE BARCELONA. (2015b). «L'Ajuntament introdueix millores socials, laborals i ambientals en el nou contracte d'Atenció Domiciliària», nota de premsa disponible en: <<http://premsa.bcn.cat/2015/10/01/lajuntament-introdueix-millores-socials-laborals-i-ambientals-en-el-nou-contracte-datencio-domiciliaria/>>.

AJUNTAMENT DE BARCELONA. (2016a). *Guia de contractació pública social*. Barcelona: Gerència de Presidència i Economia. Direcció de Coordinació de Contractació Administrativa. Gerència de Presidència i Economia.

AJUNTAMENT DE BARCELONA. (2016b). *Treballadors del Servei d'Atenció Domiciliària 2015. Anàlisi de la precarietat*. Direcció de Planificació i Innovació. Departament de Recerca i Coneixement. Àrea de Drets Socials.

ASSOCIACIÓ CATALANA DE RECURSOS ASSISTENCIALS. (2014). *Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya*, disponible en: <http://itemsweb.esade.edu/idgp/Presentacio_2014_InformeEconomicACRA.pdf>.

- BODOQUE, Yolanda; ROCA, Mireia; COMAS D'ARGEMIR, Dolors. (2016). «Hombres en trabajos remunerados de cuidados: género, identidad laboral y cultura del trabajo (1)», en *Revista Andaluza de Antropología*, n.º 11, pp. 67-91.
- BONINO, Luis. (2001). «Salud, varones y masculinidad», en *Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa*, Madrid: Mas-Instituto de la Mujer, pp. 182-183.
- BRULLET, Cristina. (2010). *Temps, cura i ciutadania: coresponsabilitats privades i públiques*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- CAIZAPANA, María. (2016). «Buenas prácticas», Mesa de buenas prácticas, *I Congreso sobre empleo de hogar y cuidados*, Madrid, 1-2 de octubre de 2016.
- CAMARASA, Esperanza. (2016). «Propuesta de cooperativa de trabajo asociado de servicios de domicilio y a la comunidad», Mesa de fórmulas de acceso para la igualdad de derechos, *I Congreso sobre empleo de hogar y cuidados*, Madrid, 1-2 de octubre de 2016.
- CARRASCO, Cristina. (2011). «La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes», en *Economía Crítica*, n.º 11, pp. 205-225.
- CARRASCO, Cristina. (2013). «El cuidado como eje vertebrador de la nueva economía», en *Cuadernos de relaciones laborales*, n.º 31(1), pp. 39-56.
- CCOO. (2016). *Informe brexa salarial*. Barcelona: Secretaria de la Dona de CCOO de Catalunya.
- CHINCHILLA, Juan Antonio y DOMÍNGUEZ, Mónica. (2015). «Los servicios públicos locales: reforma de la Administración local en tiempos de crisis económica», a *Revista digital de derecho administrativo*, n.º 14, pp. 45-63.
- CODORNIU, Julia Montserrat. (2009). «La "tercera vía de financiación": la contribución económica del usuario», en *Presupuesto y gasto público*, n.º 56, pp. 127-143.
- CODORNIU, Julia Montserrat. (2014). «El impacto de la crisis en el sistema de atención de la dependencia», en *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación Foessa - Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada.
- COLOMER, Jordi. (2015). «La remunicipalización de la gestión de servicios municipales», en *Ecología política*, n.º 49, pp. 106-110.
- CONVENIO 189 – Trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos (Organización Internacional del Trabajo, 2011).
- Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre, regulador del Régimen Especial de la Seguridad Social para los Empleados de Hogar (BOE del 15 de octubre de 1969).

- DELICADO, María Victoria (coord.). (2011). *Sin respiro. Cuidadoras familiares: calidad de vida, repercusión de los cuidados y apoyos recibidos*. Madrid: Talasa.
- DURÁN, María Ángeles. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- DURÁN, María Ángeles. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- DYKSTRA, P. A. y FOKKEMA, T. (2011). «Relationships between parents and their adult children: a West European typology of late-life families», en *Ageing & Society*, n.º 31(4), pp. 545-569.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GUIPÚZCOA. (2012). II Plan Foral para la igualdad de mujeres y hombres, 2012-2020, disponible en: <<http://berdintasuna.gipuzkoa.net/es/berdintasunerako-ii.-foru-plana>>.
- ESQUIVEL, Valeria. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Panamá: PNUD.
- ESQUIVEL, Valeria. (2014). «What is a transformative approach to care, and why do we need it?», en *Gender & Development*, n.º 22(3), pp. 423-439.
- ESQUIVEL, Valeria. (2015). «El cuidado: de concepto analítico a agenda política», en *Nueva Sociedad*, n.º 256, pp. 63-74.
- EZQUERRA, Sandra. (2011a). «Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real», en *Investigaciones feministas*, vol. 2, pp. 175-194.
- EZQUERRA, Sandra. (2011b). «Hogar privado y responsabilidad pública: un recorrido histórico por la regulación del trabajo doméstico en el Estado español», en TERRADAS SABORIT, Ignasi (coord.), *Antropología jurídica de la responsabilidad*, Santiago de Compostela: Andavira, pp. 427-445.
- EZQUERRA, Sandra. (2016). «De la desposesión de la reproducción a una organización democrática de los cuidados», comunicación presentada en las «XV Jornadas de Economía Crítica», Madrid, 10-12 de marzo.
- EZQUERRA, Sandra et al. (eds.). (2016). *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona: Ariel.
- FRASER, Nancy. (1995). «From Redistribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a “Post-Socialist Age”», en *New Left Review*, n.º 212, p. 68.
- FRASER, Nancy. (2015). *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. (2017). *La situació de desigualtat salarial a Catalunya entre homes i dones*, Barcelona: Observatori del Treball i Model Productiu.
- GONZÁLEZ, María José y JURADO GUERRERO, Teresa. (2015). *Padres y madres corresponsables. Una utopía real*. Madrid: Catarata.

- III Convenio colectivo del sector del ocio educativo y sociocultural de Cataluña para los años 2011 a 2016 (código de convenio n.º 79002295012003). Disponible en: CVE-DOGC-A-15187029-2015 (n.º 6910 - 10.7.2015).
- IV Convenio colectivo de trabajo de empresas de atención domiciliar de Cataluña para los años 2015 a 2018 (código de convenio n.º 7900152501999). Disponible en: CVE-DOGC-A-15075002-2015 (núm. 6834- 19.3.2015).
- KELLER, Christel. (2015). *Grupos de Crianza Compartida. Experiencias de organización comunitaria del cuidado*. Trabajo final de máster.
- LAMAUTE-BRISSE, Nathalie. (2010). *Economía del cuidado de la niñez en Haití: proveedores, hogares y parentesco*. Santiago de Chile: CEPAL.
- LAVAL, Christian y DARDOT, Pierre (2015) *Común. Ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. Barcelona: Gedisa.
- LEITNER, S. (2003). «Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective», en *European Societies*, n.º 5(4), pp. 353-375.
- LEÓN, Magdalena. (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo.
- LEÓN, Margarita. (2010). *Tensions between formalization and informalization of elderly care*, conferencia «Transforming care: provision, quality, and inequality in late life», Copenhagen.
- LEÓN, Margarita. (2013). «A real job? Regulating household work: the case of Spain», en *European Journal of Women's Studies*, n.º 20(2), pp. 170-188.
- Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social (BOE del 2 de agosto de 2011).
- LOIS, Marta y ALONSO, Alba (coords.). (2014). *Ciencia política con perspectiva de género*. Madrid: Akal.
- LÓPEZ, H. (2016). «Gregar, una cocina como motor del Besòs», en *El Periódico de Catalunya*, 1 de diciembre de 2016.
- MONTESI, Michela. (2015). «Información y crianza con apego en España», XI Congreso y II Congreso ISKO España-Portugal, 19-20 de noviembre de 2015, Organización del conocimiento para sistemas de información abiertos. Murcia: Universidad de Murcia.
- MURCIA, Ana. (2012). *La economía del cuidado en la agenda de la cooperación internacional para el desarrollo. Las políticas de los cuidados en América Latina. Una aproximación a Panamá y Uruguay*. Trabajo final de master de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- NAROTZKY, S. (2008). «Trabajo doméstico a domicilio y trabajo doméstico en la globalización neoliberal. Del feminismo igualitarista a la ética del cuidado: situando la responsabilidad», I Congreso Internacional sobre Género, Trabajo y Economía Informal, Elche.

- NAROTZKY, S. y SMITH, G. (2006) *Immediate Struggles. People, Power and Place in Rural Spain*, Berkeley, California: University of California Press.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (2015). *Women and the Future of Work - Taking care of the caregivers*, disponible en: <[http://www.ilo.int/global/docs/WCMS_351297/lang—en/index.htm](http://www.ilo.int/global/docs/WCMS_351297/lang-en/index.htm)>.
- PENG, Ito. (2009). *The Political Economy and Social Economy of Care in the Republic of Korea*. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.
- PEÑA, Ximena y URIBE, Camila. (2013). *Economía del cuidado: valoración y visibilización del trabajo no remunerado*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- PÉREZ OROZCO, Amaia. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- PÉREZ OROZCO, Amaia. (2016). «Políticas al servicio de la vida: ¿políticas de transición?», en FUNDACIÓN DE LOS COMUNES (ed.), *Hacia nuevas Instituciones democráticas. Diferencia, sostenimiento de la vida y políticas públicas*, Madrid: Traficantes de Sueños, pp. 61-102.
- PINHEIRO, Marcos. (2016). «La justicia avala las cláusulas sociales que el Ayuntamiento de Madrid exige en los contratos públicos», *Eldiario.es*, 13.02.2016, disponible en: <http://www.eldiario.es/madrid/clausulas-Ayuntamiento-Madrid-contratos-publicos_0_483302367.html>.
- PUIG, Jordi y SEGURA, Marta. (2015). *Anàlisi del potencial del capital social dels grups de criança en el procés educatiu de 0-3 anys*, Barcelona: Regidoria d'Educació de l'Ajuntament de Barcelona.
- RAZAVI, Shahra. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Ginebra: The United Nations Research Institute for Social Development.
- Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar (BOE del 13 de agosto de 1985).
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (BOE del 19 de diciembre de 2006).
- REAS EUSKADI. (2014). *Sostenibilidad de la vida. Aportaciones desde la Economía Solidaria, Feminista y Ecológica*. Bilbao: REAS Euskadi.
- RECIO, C.; MÉNDEZ, E.; ALTÉS, J. (2009). *Los bancos del tiempo: experiencias de intercambio no monetario*. Barcelona: Graó.

- RIVERO RECUENCO, Ángel (dir.). (2008). *De la conciliación a la corresponsabilidad: buenas prácticas y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- TORNS, Teresa (dir.). (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- VALLINA, Ana. (2014). «Dones en lluita per dignificar una professió», en *La Directa*, 22.10.2014, disponible en: <<https://directa.cat/dones-en-lluita-dignificar-una-professio>>.
- YANAGISAKO, S. (2002). *Producing Culture and Capital. Family Firms in Italy*, Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.



VIII. SOBRE LAS AUTORAS

El equipo de investigación ha estado formado por la directora de la Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC), y coordinadora del Grupo de Investigación en Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas de la UVic-UCC (**Sandra Ezquerro**) y por un miembro de la cooperativa La Ciutat Invisible (**Elba Mansilla**). Seguidamente se facilita un breve perfil curricular de cada una de ellas.

Sandra Ezquerro es licenciada en Historia y Antropología Social y Cultural por la Universitat de Barcelona. Posee un máster en Sociología por la University of Oregon (EE.UU.) y el doctorado en Sociología por la misma universidad. En la actualidad es profesora agregada en la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya en el ámbito de la inclusión social y las políticas sociales y de salud. En 2013 fundó el grupo de investigación Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas (SoPCI) en esta misma universidad, del que ha sido la coordinadora desde entonces. Durante estos años, el (SoPCI) ha impulsado diversos proyectos de investigación y transferencia de conocimientos en el ámbito de la inclusión social, el género y la innovación social. **Sandra Ezquerro** también es, desde finales de 2015, directora de la Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, desde donde busca impulsar la formación, la transferencia de conocimientos y la acción social en el ámbito de la economía feminista.

En los últimos años, sus investigaciones se han centrado en el ámbito de la economía feminista y la economía de los cuidados. Sus escritos y producción científica han girado en torno al análisis de las relaciones entre la crisis económica y la denominada «crisis de los cuidados», así como las potencialidades del ámbito público y el comunitario como ejes vertebradores de una nueva organización social de los cuidados. En 2015 participó en la organización del

V Congreso Estatal de Economía Feminista en Vic, que reunió a cuatrocientas personas provenientes del mundo académico, de la economía social y solidaria y de los movimientos sociales para compartir resultados de diversas investigaciones y debatir propuestas desde la economía feminista a los retos sociales y económicos planteados por la crisis actual.

Elba Mansilla es licenciada en Periodismo por la Universitat Autònoma de Barcelona y tiene un posgrado en Asesoramiento Lingüístico y Servicios Editoriales por la Universitat de Barcelona. Desde el año 2005 es socia de trabajo de la cooperativa La Ciutat Invisible, SCCL, donde trabaja en las áreas de Investigación, Formación y Comunicación. En el año 2012 obtuvo la ayuda a la investigación Francesca Bonnemaison para elaborar el estudio *Femení i plural: dones a l'economia cooperativa* [Femenino y plural: mujeres en la economía cooperativa], y en el año 2011 le fue concedida la beca Joan Peiró para la realización del documental *Territori cooperatiu: experiències de l'economia social al Maresme* [Territorio cooperativo: experiencias de la economía social en El Maresme].

En octubre de 2014, desde la Comisión de Economías Feministas de la Red de Economía Solidaria de Cataluña (XES, por sus siglas en catalán) coimpulsó el eje de género de la Feria de Economía Solidaria de Cataluña (FESC) y en noviembre de ese mismo año formó parte del grupo motor de la Feria de Economía Feminista. Desde la elaboración de la investigación *Femenino y plural...* está impulsando el contagio de valores y prácticas entre la economía solidaria y el movimiento feminista desde distintos espacios, como la FESC (octubre de 2014 y 2015), el IV Congreso de Mujeres del Baix Llobregat (septiembre de 2014), la Feria de Economía Feminista (noviembre de 2014), la Diputación de Barcelona (diciembre de 2014), el X Encuentro de REAS Aragón (mayo de 2015), el V Congreso Estatal de Economía Feminista (julio de 2015) y el XII Encuentro de Mujeres de El Prat de Llobregat (septiembre de 2015).

Asimismo, con el propósito de desarrollar herramientas prácticas que mejoren la visibilidad de las mujeres y la sostenibilidad de los equipos de trabajo en las cooperativas y entidades sociales, ha codiseñado, coordinado y ejecutado el proyecto «Cooperación necesaria: herramientas para una economía cooperativa y feminista», llevado a cabo durante el otoño de 2015 en los barrios de Nou Barris, Poble Nou, Poble Sec y Sants de Barcelona. También ha impartido varias sesiones formativas en los mismos ámbitos en los cursos «Cooperativismo y economía solidaria: una introducción» (Barcelona, octubre de 2015 y febrero y marzo de 2016) y «Herramientas para emprender colectivamente» (Els Monjos/Vilafranca del Penedès, noviembre de 2015).

Como equipo, **Sandra Ezquerro** y **Elba Mansilla** han elaborado previamente el informe *Polítiques Municipals, Acció Comunitària i Economia de les Cures a la Ciutat de Barcelona* [Políticas Municipales, Acción Comunitaria y Economía de los Cuidados en la Ciudad de Barcelona], y ambas participan en el proyecto «Crisis y alternativas en femenino: análisis de impactos y estrategias de las mujeres en Cataluña en el ámbito de la economía social y solidaria», ganador de la ayuda a la investigación RecerCaixa 2015.