

**Naturallesa, responsabilitat i costos del *social care*
en les relacions contingents.**

El cas de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà

Treball de Fi de Màster

Curs acadèmic 2019/20

Màster en Estudis de Dones, Gènere i Ciutadania (online). IIEDG

Nom: Emma Quesada Clarà

Tutora: Cristina Sánchez Miret

Figueres, 31 de juliol del 2020

0. Índex

1. Resum. Pàg. 4

2. Introducció. Pàg. 5

3. Marc teòric. Pàg. 6

3.1. Conceptualitzant la cura. Pàg. 6

3.1.1. El concepte de cura en la sociologia feminista. De la cura com a treball informal al *social care*. Pàg. 7

3.1.2. La cura en el marc del sistema econòmic. Del debat sobre el treball domèstic a l'economia de la cura. Pàg. 12

3.2. Conceptualitzant la cura en el marc dels estats de benestar. Pàg. 15

3.2.1. L'estat de benestar a Europa davant la cura. Pàg. 15

3.2.2. El règim de cura i la cura de la gent gran a l'Estat espanyol i Catalunya. Pàg. 20

4. Metodologia. Pàg. 24

4.1. Marc de referència i objectius. Pàg. 24

4.2. Metodologia de la recollida de dades. Pàg. 27

4.2.1. Entrevistes semiestructurades. Pàg. 28

5. Anàlisi de la naturalesa, la responsabilitat i els costos del *social care* en les relacions contingents. El cas de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà.

Pàg. 35

5.1. La cura de la gent gran a l'Alt Empordà. Pàg. 35

5.1.1. Demandes i identitat social de les beneficiàries de la cura. Pàg. 35

5.1.2. Els serveis de cura de la gent gran. Pàg. 39

5.2. El treball de cura. Pàg. 48

5.2.1. La naturalesa del treball de cura. Pàg. 48

5.2.2. Les condicions laborals del treball de cura. Pàg. 55

5.3. La responsabilitat del treball de cura. Pàg. 68

5.3.1. Les relacions de responsabilitat entre l'estat, el mercat i la família.

Pàg. 68

5.3.2. La identitat social de les persones cuidadores de la gent gran. Pàg.

75

5.4. Els costos del treball de cura. Pàg. 83

5.4.1. Costos econòmics. Pàg. 83

5.4.2. Costos emocionals i en la salut. Pàg. 88

6. Conclusions. Pàg. 92

6.1. Accés restringit a la provisió de cura de la gent gran amb impacte de gènere. Pàg. 92

- 6.2. La multidimensionalitat del treball de cura com a justificació de la desvalorització i precarització de les condicions laborals. Pàg. 94**
- 6.3. La desresponsabilització de la cura per part l'estat sota l'aparença de la desfamiliarització: Refamiliarització i refeminització de la responsabilitat de la cura. Pàg. 96**
- 6.4. Familiarització dels costos econòmics i l'existència de costos invisibilitzats que assumeixen les cuidadores. Pàg. 97**
- 6.5. Covid-19: S'evidencien les mancances sistèmiques del règim de cura de la gent gran. Pàg. 98**
- 7. Bibliografia. Pàg. 100**

1. Resum

En aquest treball es desenvolupen les diferents dimensions del *social care* en el marc del paper de l'estat de benestar a l'hora d'establir relacions desiguals entre l'estat, la família i el mercat, fent especial atenció a l'impacte de gènere de les polítiques de provisió de la cura. Es pretén analitzar, a través de la naturalesa multidimensional del treball de cura, els processos desfamiliaritzadors de la responsabilitat i els costos –visibles i invisibilitzats– i la forma en què se sosté el règim de cura a partir dels treballs que es

realitzen en les relacions contingents, a través del cas pràctic de la cura de la gent gran a la comarca de l'Alt Empordà.

Paraules clau: règim de cura, *social care*, relacions contingents, estat de benestar, Alt Empordà.

2. Introducció

El present document és el treball final del màster en Estudis de Dones, Ciutadania i Gènere de l'Institut Interuniversitari d'Estudis de Dones i Gènere (IIEDG). El treball se centra en l'anàlisi de la provisió del *social care* en el marc dels estats de benestar, focalitzant l'atenció en la cura de la gent gran que es desenvolupa en les relacions no familiars a la comarca de l'Alt Empordà i implementant una perspectiva de gènere transversal. La realització d'aquest treball materialitza, per una banda, la voluntat d'avaluar les polítiques entorn de la cura de la gent gran d'aquest territori i poder contribuir, en la mesura que sigui possible, a millorar les condicions en les quals es fa possible el treball de cura, tenint en compte el seu impacte en les persones beneficiàries, les cuidadores i les responsables i coordinadores dels serveis de cura. Per altra banda, l'anàlisi de cas pretén abordar la manca d'estudis sobre territoris que –com l'Alt Empordà– no acostumen a situar-se en els centres d'interès de la recerca acadèmica entorn del treball de cura.

En el primer apartat del treball detallem el marc teòric en el qual situem el *social care*. Així doncs, es fa un recorregut per la conceptualització de la cura en la sociologia, introduïm els debats de l'economia feminista i de les cures per entendre la naturalesa del treball de cura i descrivim les característiques del règim de cura de la gent gran a l'Estat espanyol i a Catalunya. El segon capítol fa referència als objectius de l'estudi sobre el cas de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà. Els objectius de l'anàlisi venen determinats per les tres dimensions d'estudi del *social care* entorn de la naturalesa, les relacions de responsabilitat i els costos del treball de cura. En tercer lloc, especifiquem la metodologia –einentment qualitativa– de la recerca sobre la cura de la gent gran a l'Alt Empordà, a partir d'entrevistes semiestructurades a diferents agents de cura. El quart capítol comprèn l'anàlisi –efectuada a partir dels testimonis de les persones entrevistades– que hem dividit en quatre subapartats: "La cura de la gent gran a l'Alt Empordà", "El treball de cura", "La responsabilitat del treball de cura" i "Els costos del treball de cura". Per últim, el treball finalitza amb les conclusions extretes de l'anàlisi del cas d'estudi.

3. Marc teòric

3.1. Conceptualitzant la cura

3.1.1. El concepte de cura en la sociologia feminista. De la cura com a treball informal al *social care*

Per determinar quina és la naturalesa, les relacions de responsabilitat i obligació i els costos que suposa el treball de cura cal fer esment, en primer lloc, de quins han estat els processos de conceptualització i reconceptualització del mateix terme de cura. El concepte de cura és emprat profusament en les ciències socials, especialment a partir de la dècada dels setanta. Però prèviament a la conceptualització de la cura com a *social care* –que és la definició de la cura que utilitzem en l'anàlisi d'aquest treball– les primeres definicions de la cura apareixen als anys setanta amb els estudis de les sociòlogues italianes, que donen compte dels treballs invisibles que realitzen les dones en l'àmbit de la llar i que denominen *lavoro di cura* (Balbo 1982). Aquesta primera aproximació a la cura es realitza, per una banda, en termes de treball no remunerat que realitzen les dones en l'espai privat, en la línia que traçaven els moviments feministes coetanis vinculats a la *International Wages for Housework Campaign* i als articles acadèmics que se situen en el debat sobre el treball domèstic. Per altra banda, aquestes autores estudien els treballs de cura des d'una perspectiva de les polítiques del temps i, per tant, posen de manifest que, més enllà d'evidenciar el *problema que no tiene nombre* (Friedan 2016), cal posar atenció sobre el temps social que es dedica a garantir el treball de cura. Carrasco, Borderías i Torns (2019) entenen que, *Time to care* de Laura Balbo és el principal referent de les sociòlogues feministes que més tard centraran les seves investigacions en les eines per a comptabilitzar el treball dedicat a la reproducció social. El concepte de cura és emprat, doncs, per

visibilitzar quins subjectes realitzen les tasques en l'àmbit de la llar en el marc de l'organització social del temps.

Als anys vuitanta el concepte *care* és utilitzat per les sociòlogues anglosaxones d'aquesta època per parlar de tres aspectes fonamentals de la cura (Graham 1991). En primer terme, per designar els treballs que es realitzen en l'àmbit de la llar pels mateixos membres de la unitat familiar. Aquesta aproximació centra la seva definició de la cura en l'espai i les relacions que intervenen en el desenvolupament d'aquestes tasques, dos aspectes que esdevenen indissociables (Graham 1991). L'interès de les acadèmiques d'aquesta línia d'investigació és estudiar les relacions específiques que s'instauren a la llar i la dimensió afectiva d'aquest treball: el *laboro di cura* és, també, *labour of love* (Graham 1983). En segon terme, se centren en la qüestió del gènere per desmantellar unes suposades predisposicions biològiques i psicològiques de les dones als treballs de cura (Graham 1991). Situen al centre de la seva investigació, doncs, els subjectes que cuiden i les estructures de la desigualtat que gènere –sovint de forma primordial i a vegades exclusivament– des d'una perspectiva de contracte sexual (Paterman 2019). En tercer terme, l'interès del concepte de cura rau en la separació entre esfera pública i esfera privada (Graham 1991). En aquest cas, assenyalen la dicotomia entre la llar (com a espai privat on les dones garanteixen el benestar familiar a través del treball de cura) i el mercat laboral (com a espai públic en què els homes, a costa d'aquestes tasques reproductives de les dones, assumeixen el treball productiu remunerat).

Aquesta definició de la cura de la mà de les sociòlogues anglosaxones és la que posteriorment ha tingut més ressò en la literatura especialitzada (Carrasco, Borderías i Torns 2019). Tot i això, als inicis de la dècada dels noranta es produeixen diverses revisions que matisen o amplien aquest concepte de cura hegemònic. D'aquesta manera, Ungerson (1990) expressa la dificultat de la diferenciació entre la cura informal i informal que realitzava l'acadèmia anglosaxona, argumentant que les dues tipologies poden inscriure's en la dimensió afectiva de la cura. Segons l'autora, determinant que només l'afecte es reproduïx en el context de la cura informal, s'està argumentant que la cura informal és millor. Aquesta perspectiva és perillosa, ja que pot reificar les desigualtats de gènere derivades de la divisió sexual del treball i, per tant, afecta especialment de les dones cuidadores de l'àmbit domèstic (Ungerson 1995). En aquest sentit, les aportacions de Clare Ungerson i de Roy Parker són clau per a l'obertura de la cura cap a la dependència i cap a les cures formals i informals que es produeixen en l'esfera pública (Carrasquer 2012), i desdibuïxen, així, la rigidesa de la dicotomia espai privat/espai públic.

En la mateixa línia de la crítica a la conceptualització de la cura com a aquells treballs informals que es realitzen en l'àmbit de la llar, Graham (1991) entén que aquesta definició exclou els treballs que no venen determinats per les relacions de parentesc. En el mateix article on fa un repàs de les línies de treball que l'acadèmia anglosaxona ha seguit en l'anterior dècada entorn de la cura, l'autora expressa que aquesta conceptualització impedeix plasmar l'experiència de cuidadores que proveeixen serveis domèstics, sovint dones de classe treballadora i/o racialitzades (Graham 1991). Incorporant la crítica

d'autores americanes provinents dels feminismes negres, Graham exposa que, conceptualitzant la cura com a informal a través de les relacions familiars, la recerca feminista ha construït una perspectiva unidimensional de la divisió social del treball de cura, deixant de banda els estudis de la classe i la raça (Graham 1991).

Però potser les aportacions més significatives entorn del concepte de cura durant la dècada dels noranta són les realitzades per Carol Thomas i per Mary Daly i Jane Lewis. A partir dels noves nocions de la cura ampliades per diferents autors, Thomas i Daly i Lewis plantegen la necessitat d'establir un concepte de la cura que eviti la restrictivitat del seu significat (Carrasquer 2013). D'aquesta manera, la primera observa que, malgrat les revisions del concepte de cura anteriors, aquest s'empra sempre com a representació parcial, segons on situen el focus les investigadores (Thomas 2019). Thomas (2019) aposta per un concepte unificat de la cura que pugui oferir un punt de partida útil a través de set dimensions. Amb la delimitació d'aquestes dimensions de la cura, Thomas fa un pas endavant en l'articulació d'un significat que engloba els diferents treballs de cura sense renunciar a una conceptualització específica. Tot i això, la mateixa autora reconeix que la seva proposta d'un concepte unificat és empírica i no té prou capacitat explicativa per definir un camp d'estudi delimitat (Carrasquer 2013).

Per la seva banda, Daly i Lewis (2019) proposen el concepte *social care* amb la intenció d'elaborar una eina útil per a l'anàlisi de la cura en el marc dels estats de benestar. En aquest sentit, defineixen la cura com a “el conjunto de las actividades y las relaciones que

que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas dependientes y de las niñas y niños, y los marcos normativos, económicos y sociales en los que aquellas se asignan y se desarrollan” (Daly i Lewis 2019: 229). Per estudiar de quina forma s’articula l’organització social de la cura, les autores estableixen tres dimensions primordials: la cura com a treball, com a obligació i responsabilitat i en termes de costos econòmics i emocionals. A diferència de Thomas, l’objectiu de Daly i Lewis és proposar un concepte que –sense obviar les dimensions informals i afectives de la cura que afecten eminentment al treball que realitzen dones en l’àmbit de la llar– permeti situar l’atenció en el context estructural dels estats de benestar.

Tal com exposa Carrasquer (2013), el concepte del *social care* representa un dels intents amb més recorregut acadèmic per dotar de contingut teòric l’anàlisi de la cura. El concepte de la cura com a *social care* esdevé un instrument analític per a la comprensió dels estats de benestar i per a entendre quin lloc ocupa la cura en les polítiques de provisió social, sense abandonar l’estudi multidimensional de la cura que inclou els treballs informals, domèstics i afectius. A banda d’una noció estructural de l’organització de la cura, doncs, ens permet entendre com es desenvolupa la cura en els diferents dominis i contextos socials, com aquesta es relaciona amb els diferents proveïdors i receptors de cura o quina naturalesa adopta davant els diversos tipus de treball que implica. El *social care* representa, avui, un concepte de consens per determinar els canvis recents de la naturalesa, la responsabilitat i els costos del treball de cura que vivim.

3.1.2. La cura en el marc del sistema econòmic. Del debat sobre el treball domèstic a l'economia de la cura

Les propostes teòriques de l'economia feminista entorn del treball de cura sorgeixen –de la mateixa manera que la conceptualització de la cura– del debat sobre el treball domèstic, impulsat tant des de perspectives de la investigació feminista com marxista. Tal com exposa Pérez Orozco (2019), aquest debat es va desenvolupar a partir de dues línies de pensament: aquells investigadors que creuen que el treball domèstic configura un mode de producció aïllat i aquelles que analitzen el treball domèstic dins del mode de producció capitalista. Així, Harrison (1975) argumenta que, a diferència del mode de producció capitalista, els valors del treball domèstic no són produïts per a l'intercanvi, ja que es consumeixen a la llar i no en el mercat. En canvi, Seccombe (1975), tot i que entén que el treball domèstic no té una relació directa amb el capital, afirma que aquest contribueix directament a la creació de la mercaderia que suposa la força de treball. Segons aquesta autora, el valor del treball domèstic està subordinat al treball remunerat i, per tant, està intrínsecament vinculat al mode de producció capitalista (Seccombe 1975).

Més enllà d'aquest dualisme teòric de la incorporació o no del treball domèstic en les lògiques del mercat, el debat entorn del treball domèstic va ser molt profús i divers. Tot i que les diverses aportacions van revelar una manca de consens en determinades posicions, la cerca de reconeixement del treball domèstic i la seva participació en el cicle econòmic

va esdevenir una evidència compartida. El debat del treball domèstic va encaminar, així, el treball d'economistes feministes que van identificar la cura com un aspecte central a finals de la dècada dels noranta, parlant específicament sobre el treball de cura. En aquest sentit, Carrasco, Borderías i Torns (2019) assenyalen que es produeix un punt d'inflexió en l'anàlisi econòmic de la cura a partir de les obres de Himmelweit i Folbre entorn de l'estudi de dimensió subjectiva i emocional del treball de cura.

Per a Himmelweit (2019), els esforços per valorar econòmicament les aportacions domèstiques com a treball –que alguns teòrics havien impulsat als anys setanta– exclouen de dotar de valor els aspectes personals i relacionals de bona part de l'activitat domèstica, que queda relegada a un segon pla. L'autora vincula aquesta crítica a una concepció del treball manllevada del treball inscrit en el mercat, que diferents investigadors ha emprat sense qüestionaments per categoritzar un treball domèstic que funciona amb lògiques diferenciades. Segons Himmelweit (2019), una conceptualització abstracta del treball i la insistència en equiparar el treball domèstic al treball de mercat provoquen que se segueixin considerant poc importants els treballs de cura i la seva especificitat. Per la seva banda, Folbre (2019) estableix com un dels reptes als quals s'han d'afrontar els economistes en relació amb el *caring labour* les dimensions emocionals que no poden analitzar-se en termes de la producció per hora mesurable del treball en el mercat. Investigant els diferents motius de la desvalorització de la cura i entenent que l'enfocament neoclàssic de l'economia no ofereix una conceptualització adequada de les tasques de cura, Folbre (2019)

qüestiona les dicotomies econòmiques en relació amb la cura i posa el focus en les relacions entre mercat, estat i família.

Així, amb aquestes dues autores es produeix una ruptura conceptual que passa de la cerca de reconeixement del treball domèstic en termes de treball de mercat a la valoració del treball realitzat en l'àmbit de la llar a partir de les seves característiques pròpies i, també, tenint en compte la seva importància en la vida de la cura i el benestar de les persones (Carrasco, Borderías i Torns 2019). Tal com exposa Carrasco (2013), a diferència del treball inscrit en el mercat, que té com a finalitat la producció d'un bé o un servei, el treball que es realitza en l'àmbit de la llar té l'objectiu de la cura de les persones al llarg de la seva vida. Sense deixar de tenir en compte la importància de la cura per reproduir la força de treball, el focus se centra, per tant, en l'organització social de la cura, més enllà de la dicotomia mercat/llar.

Amb aquest nou plantejament conceptual, l'economia de la cura és reconeguda per part de l'economia feminista com la premissa que ha d'encaminar els objectius socials i econòmics (Carrasco 2013). Tal com exposa la mateixa Carrasco (2013), si el treball de cura té com a objectiu el benestar emocional i físic de les persones, aquesta activitat ha d'originar un canvi de paradigma que erigeixi la cura en la centralitat del sistema socioeconòmic, i no l'activitat desenvolupada en el mercat. A partir d'aquest marc, els estudis econòmics sobre la cura s'aniran configurant al llarg dels anys i fins a l'actualitat a través de diferents línies de treball com l'estudi d'usos del temps, la comptabilització del treball de cura o la crisi de

reproducció social. Però, malgrat la diversitat d'aproximacions a l'economia de la cura, totes elles compartiran un desafiament polític: desplaçar la responsabilitat del treball de cura en les dones i en la llar per posar el focus en la responsabilitat social i política del benestar que suposa aquest tipus de treball (Carrasco 2013). L'economia de les cures entronca, d'aquesta manera, amb la conceptualització de la cura com a *social care* i, per tant, amb la cura com a categoria de provisió social en el marc dels estats de benestar.

3.2. Conceptualitzant la cura en el marc dels estats de benestar

3.2.1. L'estat de benestar a Europa davant la cura

Malgrat que la cura és avui una preocupació creixent per als estats del benestar i un objecte cada vegada més freqüent de les polítiques socials –especialment a partir de les investigacions acadèmiques entorn del *social care* i de l'economia de les cures– els estats de benestar no han tingut present, tradicionalment, la cura com a eix vertebrador. Tal com les entenem avui, les polítiques de benestar social a Europa van començar a implementar-se per afrontar la Gran Depressió dels anys trenta i van continuar amb el keynesianisme de la Segona Guerra Mundial, centrades en la protecció social dels treballadors i de les seves famílies davant la pèrdua de llocs de treball. Tot i que algunes autores han assenyalat que el sorgiment dels estats del benestar respon a l'objectiu de desconflicтивitzar les tensions socials i econòmiques estructurals, més que a l'interès de vetllar pel benestar de la

ciutadania (Sabel i Zeitlin 2003), els estats de benestar de les postguerres van promoure prestacions per desocupació, per malalties i van crear les pensions de jubilació. En la majoria d'estats es va implementar, a més, la universalització del dret a l'educació i del dret a la sanitat. Per a la rearticulació d'un estat de benestar que inclogui la cura com un pilar fonamental de les seves polítiques, la investigació feminista ha replantejat, a través de les transformacions socials i en l'àmbit del treball, dos paradigmes vinculats a la conceptualització inicial de l'estat de benestar: el paradigma del benestar social i el paradigma de la família.

Per una banda, el paradigma del benestar social dels estats de benestar aborda, en la seva configuració inicial, les mancances de la població respecte de la incorporació al mercat laboral i de l'obtenció d'ingressos per mitjà del treball remunerat. Esping-Andersen (1990) categoritza tres règims de benestar segons les variacions que observa en l'organització del benestar entre l'estat, la família i el mercat. La proposta d'Esping-Andersen representa una de les taxonomies de models d'estats de benestar de més èxit en l'acadèmia. En l'esquema d'Esping-Andersen, el paradigma del benestar es conceptualitza a partir de la capacitat de les polítiques de socials a l'hora de permetre la independència del benestar social de la població respecte de la seva participació en el mercat. És a dir, l'objectiu de les polítiques de benestar és “incrementar las posibilidades de desmercantilizar el bienestar para alcanzar niveles de vida que sean independientes de la capacidad de las personas de generar ingresos por la vía del empleo y de la adquisición de bienes y servicios ligados a su bienestar en el ámbito del mercado” (Esquivel, Faur i Jelin 2012: 32). Per a Esping-Andersen, la

desmercantilització del benestar permet intervenir en l'estratificació social, tot posant el focus en les relacions entre l'estat i el mercat laboral.

Tot i que l'anàlisi dels règims de benestar d'Esping-Andersen (1990) té en compte el rol de la família per garantir el benestar familiar, la crítica feminista posa sobre la taula la manca d'una perspectiva de gènere en la conceptualització dels estats de benestar i de les seves polítiques, a partir d'aportacions que són essencials per rearticular el paradigma del benestar social. En aquest sentit, Orloff (1993) posa de manifest que, tot i que Esping-Andersen reconeix els efectes de la desmercantilització en la millora de les condicions de vida, la seva classificació dels estats de benestar no reflexa les diferències que existeixen en la provisió de la cura. Segons l'autora, entenent la desmercantilització com a element que garanteix els drets socials de ciutadania i ignorant les diferències entre homes i dones respecte de la responsabilitat del treball de cura, la conceptualització d'Esping-Andersen resulta inadequada per entendre els efectes que té la provisió social de l'estat en tots els treballadors i una noció restringida del benestar social (Orloff 1993). En aquesta línia, la proposta d'O'Connor (1993) és complementar la desmercantilització com a factor per identificar els diferents règims dels estats de benestar amb el concepte de *personal autonomy* o *insulation from personal and/or public dependence* (O'Connor 1993: 511).

Per altra banda, el paradigma de la família dels estats de benestar s'erigeix inicialment a partir del model de provisió social del *male breadwinner*, a través de nocions vinculades a la divisió sexual del treball: l'home és el cap de família que proveeix a través del treball

remunerat i la dona assumeix les tasques reproductives i domèstiques sense remuneració. Tot i que aquest model de provisió té en compte el treball de cura, ho fa a costa de consagrar la dependència de les dones envers els homes (Lewis 2019). En la mateixa línia, Daly (1994) assegura que la provisió social té un caràcter “generitzat”: si les polítiques de benestar social es basen en la participació de la població en el mercat laboral, sense tenir en compte els treballs informals que es realitzen a la llar, el model familiar de provisió social reforça el rol de les dones com a cuidadores i els impedeix esdevenir subjectes de benestar. El model home-proveïdor i dona-cuidadora sobre el qual s'erigeixen les polítiques de provisió social prima el benestar dels subjectes BBVAh (Blanco, Burgés, Varón, Adulto, heterosexual), en termes emprats per Pérez Orozco (2019). La vigència d'aquest model familiar es posa en dubte per les autores feministes que relacionaran aquesta crítica amb als canvis en la estructures familiars (envelliment de la població, increment de les taxes divorci i de famílies monoparentals) i en l'ocupació, amb la denominada incorporació de les dones al mercat laboral (Hochschild 1995). Aquestes reorganitzacions familiars i del treball no només deixen en obsolescència el model de provisió del *male breadwinner* i el seu paradigma de família, sinó que evidenciaran una crisi de la cura (Hochschild 1995) en el marc dels estats de benestar.

Amb l'objectiu d'abordar les mancances dels paradigmes de la família i del benestar, Lister (1994) incorpora el criteri de la desfamilització per analitzar els règims de benestar, entès com “el grado en el cual los adultos pueden alcanzar un estándar de vida aceptable, con independencia de sus relaciones familiares, ya sea a través del trabajo remunerado o de la

provisión de la seguridad social” (Lister 1994: 37), tenint en compte el paper fonamental que realitzen les dones, de forma global, per sostenir la cura dels membres de la família. Amb la consideració de la desfamiliarització com a objectiu d'anàlisi dels estats del benestar, Lewis i Ostner (1994) proposen una alternativa a la categorització dels règims de benestar d'Esping-Andersen: un únic model per a la classificació de les diferents expressions dels estats de benestar a través del *male breadwinner*. Una altra taxonomia influenciada per l'anàlisi entorn de la desfamiliarització és la proposta del *Policy Gender Regime* impulsat per Sainsbury (1996). Però seran Anttonen i Sipilä (1996) qui, amb la seva proposta de *social care services regimes*, situaran la cura al centre del paradigma del benestar social, substituint la independència envers la família per l'autonomia envers la dependència de la cura, com a eix fonamental de les polítiques de provisió de benestar.

La revisió del model de família emprat pels estats del benestar i de la conceptualització del benestar guarden una estreta relació amb els problemes que plantegen la cura i els treballs de cura (Lewis 2019). Les transformacions socials i familiars porten a reflexionar, especialment a partir de la dècada dels noranta, sobre la forma en què els estats de benestar enfoquen la cura i com aquesta intervé com a element central que revela les variacions dels estats de benestar. Segons Daly i Lewis (2019), la responsabilitat i la significació de la cura són elements indispensables per identificar els models específics dels estats de benestar. L'aproximació teòrica dels *care regimes* (Bettio i Plantenga 2004), traça les diferents formes de provisió de la cura existents, tenint en compte els dominis socials formals i informals, amb l'objectiu d'estudiar l'actual *welfare mix* i, per tant, d'entendre com es

desenvolupa l'organització social de la cura a través de diferents actors, públics i privats, formals i informals, més enllà del mercat i l'estat. El règim de cura s'ha convertit, en el context europeu i especialment arran de la crisi financera del 2008, en un objecte d'estudi imprescindible per entendre una crisi multidimensional (Pérez Orozco 2019) que revela, no només les dificultats d'amplis sectors de la població per accedir a la cura en el marc dels estats de benestar, sinó també un conflicte estructural en l'organització social de la cura que retorna la responsabilitat del treball de cura a l'àmbit de la llar (a les dones del nucli familiar) i la crea a l'àmbit del mercat a través del treball de les dones migrades del Sud global Gregorio-Gil (2017).

3.2.2. El règim de cura i la cura de la gent gran a l'Estat espanyol i a Catalunya

A partir les limitacions de la categorització dels règims de benestar elaborada per Esping-Andersen (1990), alguns autors han assenyalat les especificitats dels règims de benestar dels països del sud d'Europa, identificant un model propi de règim de benestar mediterrani (Ferrera 1996, Moreno 2001). Segons aquesta perspectiva, Itàlia, Grècia, Portugal i l'Estat espanyol comparteixen determinades configuracions dels estats de benestar i de les polítiques de provisió social. Si focalitzem l'atenció en com s'organitza socialment la cura, Anttonen i Sipilä (1996) posen de manifest l'existència d'un règim dels serveis de cura específic en aquests mateixos països, caracteritzat fonamentalment per la privatització dels

serveis de cura en la família. La classificació de Bettio i Plantenga (2004) entorn del règim de cura, segueix en aquesta mateixa línia: els països mediterranis –en el qual es troba l'Estat espanyol– la gestió dels treballs de cura és assumida per la institució familiar, que opera com a *social cleringhouse*, és a dir, amb molts intercanvis diversificats i intensius a l'interior de la xarxa familiar (Bettio i Plantenga 2004).

El règim de cura de l'Estat espanyol està caracteritzat per la funció que la família té en la reproducció social, de manera que alguns autors han definit el règim mediterrani com a “família de nacions”, més que com a model normatiu propi (Moreno i Marí-Klose 2016). Segons Moreno i Acebes (2008), el familiarisme expressa les estratègies i estils de vida vinculats a la solidaritat familiar, a través de l'intercanvi de recursos econòmics i recursos afectius de cura entre els mateixos membres de la unitat familiar. En el cas espanyol Moreno, Recio, Borrás i Torns (2016) asseguren que la importància del treball de cura informal que es desenvolupa a les llars dificulta l'organització social de la cura en l'àmbit públic i, per tant, la responsabilitat familiar de la cura impedeix la socialització i la professionalització dels treballs de cura.

A l'Estat espanyol, la consolidació del sistema de protecció social es va fer efectiu a la dècada dels noranta a partir de la implementació de serveis i prestacions a cavall entre la universalització de l'accés i les pressions de contenció de la despesa pública (Moreno, Recio, Borrás i Torns 2016). D'aquesta manera, l'arrelament del familiarisme a l'Estat espanyol va provocar que el model dels estats de benestar es centrés en l'educació i la

sanitat (que s'atén des d'una voluntat universalitzadora), sense contemplar les necessitats de cura (que se sosté des d'una mirada familiarista i assistencialista). En aquest sentit, la concepció del *social care* de l'estat de benestar a l'Estat espanyol respon a aquells treballs de cura “que no pueden cubrir los hogares, ya sea porque se requiere un saber experto (salud, educación) o porque implican situaciones de dependencia extremas (por ejemplo, invalidez)” (Moreno, Recio, Borrás i Torns 2016).

Així, els serveis de provisió públics de cura de la gent gran de l'Estat espanyol s'han erigit des d'aquesta perspectiva dual que resol la cura, de forma generalitzada, en dominis socials informals i privats, amb les consegüents impactes que aquest marc conceptual té sobre les dones i les desigualtats de gènere en la corresponsabilització dels treballs de cura. Tot i això, en els darrers anys s'han produït alguns canvis en el règim de cura amb la intenció de desfamiliaritzar i socialitzar la cura de la gent gran i de persones depenents. L'aprovació de la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència –popularment coneguda com a Llei de Dependència–, el desplegament de la qual és controlada pels governs de les Comunitats Autònomes, representa un d'aquests esforços per considerar la cura com a activitat indissociable de la vida humana (Carrasco, Borderías i Torns 2019). Tot i això, aquestes normatives tenen algunes limitacions i mancances en relació amb els objectius esmentats.

La Llei de Dependència i els serveis de cura associats a aquesta s'ha seguit construint, tal com afirma Rodríguez Cabrero (2011), sobre la mateixa cultura familiarista que domina a

l'Estat. Per una banda, la llei contempla el dret d'elecció sobre el servei o prestació, reforçant les transferències monetàries sense tenir en compte els efectes de les persones que cuiden en aquest tipus de prestacions: els membres de la família (Moreno, Recio, Borrás i Torns 2016). En aquest sentit, és representatiu que les ajudes econòmiques als cuidadors informals a la llar –tot i concebre's com una mesura excepcional– s'hagin convertit en la mesura més utilitzada (Sánchez Miret i Villena Tudela 2018). Tot i aquestes característiques generals, el règim de cura de la gent gran a Catalunya presenta algunes especificitats. Segons Martínez-Buján (2014), la implementació de la Llei de Dependència a Catalunya es caracteritza per un *modelo familista subvencionado* que “se caracteriza por ser la familia la agencia principal de cuidados, pero en este caso su labor asistencial es apoyada por la Administración pública a través de transferencias económicas de gestión directa”, al contrari d'altres comunitats en les quals la participació dels recursos públics (serveis i prestacions) es molt escassa.

Per altra banda, el marc teòric de la Llei de Dependència vincula de forma directa la dependència amb el reconeixement de la discapacitat, entenent-la com a manca d'autonomia de persones (siguin persones grans, discapacitats psíquiques o físiques) i erigint-la com a barem per esdevenir beneficiari de les mesures que contempla la llei (Torns 2007). La concepció dels treballs de cura vinculats a la dependència com a activitats mèdiques i de la llar (Serrano, Artiaga i Dávila 2013) contribueix a la refamiliarització del treball de cura, ja que restringeix notablement les situacions que poden accedir als serveis i prestacions. Tot i la prestació de serveis de cura públics, les persones que les requereixen

han de ser reconegudes com a discapacitades abans de ser ateses com a persones dependents i, per tant, la concepció de la cura no resol les problemàtiques plantejades entorn de l'organització social del temps i d'un règim de cura universal (Carrasco, Borderías i Torns 2019).

Però tot i les mancances i dificultats detectades per desfamilitaritzar l'organització social de la cura de la legislació en matèria de serveis i prestacions, aquests intents no només han vingut per part de l'administració pública. En aquesta direcció, Rodríguez Cabrero (2004) assenyala la creixent dependència mútua entre el sector públic, les entitats del tercer sector i les empreses mercantils. Segons Moreno, Recio, Borrás i Torns (2016), en la dècada dels noranta a l'Estat espanyol es van impulsar la creació d'entitats voluntàries i d'iniciativa privada com a organismes col·laboradors amb els serveis socials, mitjançant la gestió dels serveis de cura. Així mateix, la desfamilitarització ha vingut determinada per l'externalització dels treballs de cura a un mercat laboral relativament regularitzat. El Real Decret (RD) 1424/1985 va legalitzar l'absència de contracte escrit i certes ambigüitats en drets laborals per a les persones treballadores que proveeixen serveis de caràcter privat de cura de la gent gran i de persones depenents (Ezquerria 2011).

4. Metodologia

4.1. Marc de referència i objectius

Els objectius d'aquesta anàlisi parteixen fonamentalment del marc de referència del *social care* proposat per Daly i Lewis (2019). Com ja s'ha esmentat a l'apartat del marc teòric d'aquest treball, el *social care* esdevé un instrument analític per a la comprensió dels estats de benestar i per entendre quin lloc ocupa la cura en les polítiques de provisió social. En considerar el *social care* com a puntal de l'anàlisi, no pretenem obviar la cura que es proveeix en l'àmbit familiar, sinó traslladar aquesta dimensió a les necessitats globals de la provisió de benestar. És a dir, no ens centrem únicament en els serveis de cura, sinó també en les relacions d'aquests serveis amb els diferents dominis públics i privats, formals i informals, entenent que són aquestes relacions les que determinen el règim global de cura. La utilització del concepte del *social care* ens permet delimitar el contingut teòric de l'anàlisi de la cura de la gent gran, explorant el lloc que ocupa aquesta en la configuració discursiva i pràctica dels estats de benestar i, específicament, de quina manera es concreta a l'Alt Empordà.

En la present anàlisi de la naturalesa, la responsabilitat i els costos de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà, centrarem la nostra atenció en la cura com a treball que es produeix en les relacions de cura contingents (Thomas 2019). Aquestes relacions es donen entre persones inicialment desconegudes a través de la resposta d'un organisme oficial o una organització de voluntariat, davant unes necessitats de dependència identificades. Aquesta delimitació dels agents proveïdors de serveis de cura es fonamenta a partir de les

dimensions del *social care* traçades per Daly i Lewis (2019) i ens permeten definir els objectius d'aquesta recerca:

- En primer lloc, identificarem les necessitats i demandes de les persones beneficiàries de la cura de la gent gran. Amb la finalitat d'esclarir si les polítiques de benestar hi donen resposta, traçarem el perfil i la identitat social de les persona receptores de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà.
- En segon terme, l'objectiu de l'estudi és determinar la naturalesa del treball de cura i les condicions en les quals es desenvolupa. Partint de la concepció de la provisió de la cura com a treball, analitzarem les diferents activitats i dimensions implicades en la cura de la gent gran, posant el treball de cura en relació amb altres formes de treball i identificant les diferències i les similituds entre el treball de cura formal i informal, i entre els treballs remunerats i no remunerats. Així mateix, analitzem les condicions laborals de les persones cuidadores de la gent gran a l'Alt Empordà i el paper de l'estat del benestar en les limitacions d'aquestes condicions i dels drets de ciutadania.
- En tercer lloc, l'anàlisi pretén identificar la cura en un marc organitzatiu d'obligació i responsabilitat (Daly i Lewis 2019). En aquest sentit, l'objectiu és estudiar les relacions de responsabilitat social de la cura de la gent gran entre els diferents agents (família, mercat, estat, etc.). Malgrat centrar-nos en els serveis i en les

relacions de contingència, l'estudi ens oferirà claus per identificar de quina manera l'estat pot atenuar o intensificar les normes socials existents en les relacions familiars de la cura.

- Per últim i seguint la definició del *social care* de Daly i Lewis (2019), una de les motivacions de l'anàlisi és revelar de quina forma es materialitzen el repartiment dels costos –econòmics i emocionals– del treball de cura. Aquest estudi complirà l'objectiu de determinar a costa de quins fenòmens econòmics i emocionals se sosté el treball de cura.

Davant la situació d'emergència sanitària en la qual s'ha vist immers l'elaboració d'aquest treball, l'anàlisi també tindrà en compte de quina manera ha afectat la Covid-19 en la determinació de la naturalesa, les relacions de responsabilitat i els costos del treball de cura de la gent gran a l'Alt Empordà, estudiant si aquesta ha fet emergir noves realitats o si a reproduït i amplificat les situacions preexistents.

4.2. Metodologia de la recollida de dades

L'anàlisi del règim de la cura de la gent gran emprà una metodologia qualitativa basada en les entrevistes realitzades a diferents agents de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà. Per una banda, s'han recollit dades estadístiques, obtingudes tant a partir de la consulta en línia,

com a través de la consulta directa a les persones tècniques i coordinadores entrevistades dels diferents serveis. També s'ha realitzat una revisió documental de lleis, decrets, convenis, plans d'actuació, estudis elaborats per les administracions públiques o per entitats socials i de la literatura especialitzada en el treball de cura.

En aquest punt, cal fer un esment especial a la situació social en la qual s'ha dut a terme aquest treball. El treball de camp s'han realitzat durant l'emergència sanitària de la Covid-19, fet que ha dificultat la recollida de dades –quantitatives i qualitatives–, tant per part de les tècniques i responsables dels serveis com per part de les cuidadores. En un context on els serveis contingents de cura de la gent gran s'han vist afectats de forma significativa, les condicions en les quals s'ha realitzat la recollida de dades han estat sovint limitades, ja que la sobrecàrrega de feina durant aquest període ha afectat la disponibilitat de les treballadores que presten els serveis de cura de la gent gran.

4.2.1. Entrevistes semiestructurades

L'anàlisi sobre la naturalesa, les responsabilitats i els costos del treball de cura de la gent gran en les relacions contingents a l'Alt Empordà es realitza, principalment, a partir de la investigació de caràcter qualitatiu i, concretament, a través de dotze entrevistes semiestructurades a responsables i coordinadores dels serveis de cura de la gent gran i a cuidadores. Aquesta metodologia de caràcter qualitatiu ens permet captar les experiències,

valoracions i discursos simbòlics entorn del treball de cura de la gent gran a partir de les veus que el fan possible. A través d'un guió previ de preguntes, les entrevistes semiestructurades es desenvolupen en forma de conversa col·loquial, facilitant que les persones entrevistades s'expressin amb comoditat i a través de les seves pròpies paraules.

Per elaborar el mostreig de les entrevistes, s'han tingut en compte els diferents dominis, relacions econòmiques i contextos institucionals en els quals es materialitza la cura. És a dir, s'han escollit persones que representen la diversitat d'experiències entorn de les relacions contingents de la cura, amb l'objectiu de detectar les diferències i similituds segons els àmbits de la cura i les condicions de treball. A la Taula 1, representem gràficament aquesta diversitat:

Taula 1. Entrevistes semiestructurades

Entrevista	Domini social	Relació econòmica					Context institucional	
	Públic	Privat	Formal	Informal	Salarial	No salarial	Llar	Institució residencial
Coordinador a d'atenció a la dependència i suport a les famílies de	x		x		x		x	x

l'administració pública								
Treballadora Social dels Serveis Socials Bàsics d'Atenció a la Gent Gran de l'administració pública	x		x		x		x	x
Coordinador a tècnica de SAD públic 1	x		x		x		x	
Coordinador a tècnica de SAD públic 2	x		x		x		x	
Directora de residència i centre de dia privats-col·laboradors		x			x			x
Cuidadora de SAD públic 1	x		x		x		x	
Cuidadora de SAD públic 2	x		x		x		x	

Cuidadora de residència pública	x		x		x			x
Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora		x	x		x			x
Cuidadora privada externa de la llar		x	x		x		x	
Cuidadora privada interna de la llar		x	x		x		x	
Cuidadora voluntària		x		x		x	x	

Font: Elaboració pròpia (2020).

A l'hora d'escollir les entrevistes s'ha fet especial atenció en la figura de les cuidadores, com a agents que aporten una perspectiva directa i quotidiana del treball de cura. Per a les entrevistes amb les cuidadores, hem pres en consideració els serveis que preveu el Sistema

per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència: treballadores de serveis d'atenció a domicili, treballadores de residències, treballadores formals per compte propi i treballadores informals. El perfil de les responsables dels serveis i les cuidadores entrevistades és el següent:

Coordinadora d'atenció a la dependència i suport a les famílies de l'administració pública: Dona de 46 anys. És educadora social, té un màster en Gerontologia i diversos postgraus. Fa vint anys que treballa en el sector de la cura de la gent gran i actualment és la tècnica que coordina l'atenció a la gent gran i a la dependència al Consell Comarcal de l'Alt Empordà.

Treballadora Social dels Serveis Socials Bàsics d'Atenció a la Gent Gran de l'administració pública: Dona de 33 anys nascuda a Catalunya. És diplomada en Treball social i té un màster. Fa cinc anys que treballa amb gent gran i actualment és tècnica d'atenció a la gent gran a l'Ajuntament de Figueres.

Coordinadora tècnica de SAD públic 1: Dona de 40, nascuda a Catalunya. És llicenciada en Psicologia i té un màster i dos postgraus. Fa vint anys que treballa amb gent gran i ha treballat com a psicòloga en residències i centres de dia. Des del 2009 coordina serveis d'atenció a domicili i des del novembre del 2019 coordina el SAD del Consell Comarcal de l'Alt Empordà.

Coordinadora tècnica de SAD públic 2: Dona de 24 anys nascuda a Catalunya. Té el Cicle Formatiu de Grau Mitjà d'Atenció a Persones en Situació de Dependència, el Cicle Formatiu de Grau Superior d'Integració Social, i actualment estudia el cicle d'Auxiliar d'Infermeria especialitzada en Pediatria i es forma en Teràpia Gestalt. Fa vuit anys que treballa en l'àmbit de la cura de la gent gran i és coordinadora del SAD de Figueres des de l'octubre del 2018.

Directora de residència i centre de dia privats-col·laboradors: Dona de 63 anys nascuda a Catalunya. És llicenciada en Infermeria i té un curs de direcció de residències. Des de l'any 2012 treballa en l'àmbit de les residències geriàtriques i des del 2017 és directora d'una residència i d'un centre de dia de gent gran a Cadaqués.

Cuidadora de SAD públic 1: Dona de 39 anys, nascuda a Catalunya. És tècnica sociosanitària i fa vint anys que treballa com a cuidadora de gent gran en residències, entitats privades i serveis a domicili. Actualment és cuidadora del SAD a diferents localitats de l'Alt Empordà.

Cuidadora de SAD públic 2: Dona de 54 anys, nascuda a l'Uruguai. És tècnica sociosanitària i fa deu anys que treballa com a cuidadora de gent gran en residències i serveis a domicili. Actualment és cuidadora del SAD a Figueres.

Cuidadora de residència pública: Dona de 32 anys, nascuda a l'Argentina. És tècnica sociosanitària i fa cinc anys que treballa en una residència pública de Figueres.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora: Dona de 44 anys, nascuda a Nicaragua. És psicòloga i tècnica sociosanitària. Des del 2006 ha treballat de cuidadora i des de 2008 ha treballat de psicòloga i cuidadora en una residència de gent gran a Cadaqués. Actualment treballa de psicòloga en aquesta mateixa residència.

Cuidadora privada externa de la llar: Dona de 65 anys, nascuda a Bolívia. És Bioquímica farmacèutica. Des del 2006 és treballadora de la llar i cuida a gent gran. Actualment treballa atenent a una dona a domicili a Figueres.

Cuidadora privada interna de la llar: Dona de 58 anys, nascuda a Bolívia. Amb formació de costura i confecció, des de 2015 ha treballat com a cuidadora de gent gran a domicili. Actualment és treballadora de la llar interna a Peralada i cuida de dos homes.

Cuidadora voluntària: Dona de 48 anys, nascuda a Catalunya. Té un títol acreditatiu de voluntària i fa dos anys que fa tasques de cura de la gent gran a domicili, de forma voluntària. Actualment cuida a dos homes i a dues dones a Figueres.

Per últim, es fa necessari afegir que la major part d'entrevistes a tècniques i coordinadores dels serveis i cuidadores s'han realitzat de forma telefònica, a causa del context de

confinament sanitari en la qual s'han dut a terme l'estudi (a excepció de dues entrevistes, que s'han realitzat presencialment en situació de desescalada) i de les especificitats del seu perfil professional. Així doncs, en aquest àmbit d'especial vulnerabilitat durant la pandèmia de la Covid-19, les entrevistades han preferit, majoritàriament, mantenir converses telefòniques per no posar en risc la seva salut i la dels seus usuaris.

5. Anàlisi de la naturalesa, la responsabilitat i els costos del *social care* en les relacions contingents. El cas de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà

5.1. La cura de la gent gran a l'Alt Empordà

5.1.1. Demandes i identitat social de les beneficiàries de la cura

L'increment de la demanda de la cura de la gent gran és una de les conseqüències que han propiciat els canvis demogràfics de les darreres dues dècades als països europeus. L'augment de l'envelliment de la població i la davallada del treball de cura informal causada, principalment, per la incorporació de les dones al mercat laboral, ha impulsat una bretxa demogràfica —el *care gap* Pickard (2015)— que ha posat en evidència les mancances en la provisió de la cura la gent gran. Segons les dades de l'Observatori Social de l'Alt

Empordà¹, la taxa d'envelliment va iniciar una trajectòria ascendent a la comarca a partir del 2009 (amb el 16,31%) fins a l'actualitat (amb el 18,29%), amb l'excepció del 2019, que registra un lleu decreixement a l'Alt Empordà. En la línia que s'observa a Catalunya i a la major part dels estats europeus, aquesta darrera tendència en l'increment de l'envelliment de la població és causada, fonamentalment, per la baixada de naixements arran de la crisi econòmica i social del 2008.

A l'Alt Empordà, 25.848 persones són majors de seixanta-cinc anys, segons les dades de l'Idescat². D'aquest segment de la població de la comarca, el 54,6% són dones i el 45,4% són homes, a conseqüència d'un major pes demogràfic de les dones en les franges d'edat més avançades i d'una major esperança de vida. En aquesta direcció, les dones beneficiàries de les prestacions i els serveis previstos a la Llei 39/2006 del 14 de desembre de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència suposen el 65% del total, enfront del 35% d'homes, segons les dades del *Pla per a la inclusió i la cohesió social de l'Alt Empordà. Proposta d'actuació 2017-2020*³. L'atenció de la cura de la gent gran, per tant, posa de manifest una feminització de la identitat social de la persona receptora de la cura.

¹ http://inclusioaltemporda.cat/portal/wp-content/uploads/6_Taxa-envelliment-Alt-Empord%C3%A0.pdf.

² <https://www.idescat.cat/>. Última consulta el juny del 2020.

³ http://inclusioaltemporda.cat/portal/wp-content/uploads/PLA-INCLUSI%C3%93_Vdef.pdf.

Les necessitats en la provisió de la cura de la gent gran venen determinades per la situació de dependència o manca d'autonomia personal de les persones demandants. A l'Alt Empordà, la major part del nombre de sol·licituds valorades amb dret a PIA⁴ són de grau 1 (57%, segons les dades del departament de la *Memòria de l'àrea de Benestar 2017* del Consell Comarcal)⁵. El 25% de les sol·licituds són de grau 2 i el 17% restant de grau 3. En aquest sentit, les demandes de dependència a la comarca es consideren de caràcter moderat, és a dir, la majoria de les persones beneficiàries de cura necessiten ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia, o tenen necessitats d'ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal. Aquesta tendència dista exponencialment de la mitjana observada a la resta de Catalunya a *Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006. Històric i evolució de les dades de la dependència a Catalunya*⁶, on les persones beneficiàries tenen valorat de forma majoritària un grau 2 de dependència (41%) i, per tant, es troben en una situació de dependència i manca d'autonomia severes.

⁴ El Programa Individual d'Atenció (PIA) es realitza un cop s'ha reconegut la situació de dependència, per resoldre quins dels ajuts i serveis previstos s'ajusten millor a les necessitats de la persona amb dependència, els serveis socials públics dissenyen el Programa individual d'atenció (PIA). La documentació original es tramet, hi hagi acord o no, al Registre del Servei Territorial del Departament de Benestar Social i Família. La durada màxima del procés d'elaboració del PIA són tres mesos des de la data de la resolució del grau i el nivell. L'aplicació del Pia correspon a cada ajuntament.

⁵ <http://inclusioalttemporda.cat/portal/wp-content/uploads/Mem%C3%B2ria-2017.pdf>.

⁶

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/10dependencia/dades_dependencia/documentos/Llei_dependencia_2nT2018.pdf.

Més enllà de les característiques socials que defineixen la cura de la gent gran, els serveis de cura s'organitzen a partir dels treballs que es desenvolupa en l'àmbit familiar. Segons Martínez-Buján (2014), la implementació de la Llei de Dependència a Catalunya es caracteritza per un *modelo familista subvencionado*, en el qual les polítiques públiques estan concebudes per donar suport a la cura que ja realitzen les famílies. Així, el règim de cura que dona resposta als efectes dels canvis demogràfics globals i a les necessitats de cura de la gent gran ho fa en funció, no només del grau d'autonomia de la persona beneficiària de la cura, sinó també de la capacitat i disponibilitat de la família per responsabilitzar-se de la seva cura. Aquesta conceptualització dels serveis de cura com a suport a la tasca que ha de realitzar la família és present de forma constant en els relats de les persones entrevistades en aquest treball:

Hi ha molta gent que viu sola i és un recolzament diari que els hi fem, no? Ells estan tranquils de saber que tenen, doncs... la majoria és un servei d'una hora cinquanta minuts diaris o tres cops a la setmana i saben que tenen aquell acompanyament, aquella estoneta que hi vas tu. [...]. Normalment l'ajuda és al matí, per aixecar, higiene, medicació... de tarda ja, representa que la família, la família hi pot anar. És igual que el cap de setmana, no fem caps de setmana. Els dissabtes sí que es treballa però els diumenges no. Un servei públic, diumenges no treballem, ni festius. [...] Representa que el cap de setmana i festius ha d'estar-hi la família⁷.

Cuidadora de SAD públic 1

⁷ En aquest treball s'ha respectat la forma d'expressar-se oralment de les persones entrevistades i no s'ha corregit gramaticalment o sintàcticament els seus relats, amb l'objectiu de no interferir en el llenguatge emprat.

Aquesta persona em preocupava molt, perquè estava sola i tenia un germà, i li vaig dir: “si tu no estàs per a ella, tindrè que donar compte a Serveis Socials”. Perquè aquesta dona, a mi, em preocupava molt. És que em sento com una miqueta que me tinc que encarregar d’ella.... doncs ara, el seu germà ja hi va cada dia.

Cuidadora voluntària

5.1.2. Els serveis de cura de la gent gran

Les polítiques públiques de provisió de la cura de la gent gran a l'Alt Empordà s'estipulen, en primer lloc, a partir de la Llei de Dependència, que estableix les ajudes al treball de cura cura en forma de servei d'atenció a domicili o de prestacions econòmiques per al suport a familiars cuidadors o per a la contractació de serveis de cura privats. Aquestes prestacions i serveis s'adjudiquen en funció del grau de dependència (grau 1, 2 i 3). A l'Alt Empordà, 790 persones són beneficiàries de serveis de SAD i 2069 persones de prestacions econòmiques, d'acord amb les dades proporcionades per les tècniques de la gent gran de les administracions públiques de la comarca. D'aquesta manera, les estadístiques confirmen una prioritització de les prestacions econòmiques, que observa el *Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006. Històric i evolució de les dades de la dependència a*

*Catalunya*⁸, on el servei de cura de la gent gran més sol·licitat –vinculat als serveis d'atenció a domicili– compta amb 40.885 usuaris, enfront de les prestacions econòmiques, adjudicades a 90.135 persones. En aquest sentit, la implementació de la Llei de Dependència s'alinea amb el model del *user choice* (Brennan, Cass, Himmelweit i Szebehely 2012), que diferents països europeus han implementat en els darrers anys, erigit sota els supòsits de l'empoderament del beneficiari de la cura per poder valorar la qualitat i el preu del servei, i decidir en funció d'aquesta valoració.

Aquesta preferència per les prestacions econòmiques té algunes limitacions pel que fa a la provisió efectiva de la cura. Segons les persones entrevistades, les tramitacions per a aquest tipus d'ajudes són lentes, al contrari que les del Servei d'Atenció a Domicili (SAD) que, un cop determinat el grau de dependència, s'adjudica de forma pràcticament immediata. El temps d'espera és determinant per a l'accés als serveis de cura de la gent gran i pot suposar que els usuaris no acabin beneficiant-se d'aquestes ajudes:

Amb el tema de la Llei de Dependència, per exemple, molta gent el que vol és la prestació econòmica, quan a nivell professional o a nivell tècnic creus que no l'ajuda, no? Seria, això, unes hores de SAD o centre de dia i costa molt també veure això. I llavors, clar, quan tenen la prestació econòmica a vegades tampoc la fan servir per a un servei, i que potser, aquest model de prestació que s'ha fet de la

8

https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/10dependencia/dades_dependencia/documents/Llei_dependencia_2nT2018.pdf.

Llei de Dependència de tant de prioritzar l'ajuda econòmica... ajuda molt més, moltes vegades, un recurs real.

Coordinadora d'atenció a la dependència i suport a les famílies de l'administració pública

La Generalitat què diu? Si tu tens una necessitat jo et prioritzo un servei. Per tant, el servei té immediatesa. Tu vols un servei d'atenció a domicili, nosaltres te'l podem donar d'avui per demà. O un centre de dia. Un centre de dia té una llista d'espera de, normalment, entre quinze dies i tres setmanes. Això és assumible, però les prestacions econòmiques no. Tenen una carència, vale? Tenen una carència d'uns vint-i-quatre mesos i no té caràcter retroactiu. Per tant, una família que ens diu, “mira, nosaltres ens la cuidem, nosaltres tenim –que això passa molt– un servei d'una noia que hem contractat nosaltres, val? Donada d'alta i tot, però a nosaltres, clar, no ens interessa cap de les altres ajudes perquè no ens hi podem acollir”, només li queda l'ajuda de cuidador, que és la que li interessa a la família, i aquesta té una carència de vint-i-quatre mesos.

Treballadora Social dels Serveis Socials Bàsics d'Atenció a la Gent Gran de l'administració pública

L'Alt Empordà compta amb dos serveis d'atenció a domicili: el de l'Ajuntament de Figueres, que cobreix les necessitats de la capital de la comarca i el del Consell Comarcal, que inclou la resta de municipis. El SAD ofereix dos tipus de serveis diferenciats, d'aproximadament una hora, i de tres a cinc dies a la setmana, depenent del grau de dependència de l'usuari: per una banda, serveis d'atenció a la llar desenvolupats per auxiliars de la llar que realitzen tasques de suport en la neteja domèstica i el manteniment de l'ordre al domicili i, per altra banda, serveis d'atenció personal, que realitzen les treballadores familiars, donant suport en les activitats quotidianes: higiene personal, vestir

i desvestir, control alimentari, medicació, etc. No obstant aquesta diferenciació, actualment els dos serveis es realitzen indistintament a través de les mateixes professionals. Aquesta unificació dels serveis origina algunes problemàtiques, tant pel que fa a la qualitat de la cura que es proveeix, com en les dinàmiques de treball de les cuidadores:

Actualment les tasques no les tenim separades, ens van venir tot en pack i totes fan tot. La intenció és anar separant. Com que en els domicilis estan acostumats a tenir les dues tasques juntes, també si tenen una hora al dia, ens és molt difícil. Si cada dia s'han de dutxar i s'ha netejar, doncs, és molt difícil dir: "Doncs aquest dia no et dutxaràs i vindrà una auxiliar de la llar", no? I ens costa molt poder-ho separar així. Quan ja està separat ja està, eh. Ara ja els serveis que ens entren nous ja ho distingeixen més, però ho segueixen fent les mateixes persones. [...] És millor diferenciat. Les que tenen titulació és molt més reconfortant. No que t'enviïn a fer netejes i a nivell de tasques i la claredat amb els usuaris, queden molt més marcats.

Coordinadora tècnica de SAD públic 1

Deberían dividir, como se hace en otros ayuntamientos –que en este, no sé porque no se hace– lo que es la categoría de trabajador familiar, técnico y lo que es la categoría de auxiliar de limpieza. Entonces, si tienen que ir, este, si la señora necesita, este, limpieza pero necesita otros cuidados, va la compañera a hacer la limpieza, determinados días, lo que se considere y la trabajadora familiar a hacer los otros cuidados y las otras tareas que le corresponden.

Cuidadora de SAD públic 2

Així mateix, la Llei de Dependència permet la sol·licitud places públiques a les residències de gent gran i als centres de dia. Aquestes places acostumen a reservar-se a les persones

amb graus de dependència elevats, amb problemes severs de mobilitat i d'autonomia. A l'Alt Empordà, les places a les residències i centres de dia están gestionades per centres públics o privats (aquests darrers amb convenis signats amb l'Administració) i compten amb una gran llista d'espera aproximada d'un any en el cas de les residències i de quinze diez en els centres de dia. La manca de places públiques de residència geriàtrica és una problemàtica acusada a la comarca: l'any 2015 a l'Alt Empordà hi havia 3 places de residència per cada 100 persones majors de seixanta-cinc anys (al conjunt de Catalunya la ràtio era de 4 places per cada 100 persones), segons *Pla per a la inclusió i la cohesió social de l'Alt Empordà. Proposta d'actuació 2017-2020*. Els serveis públics també ofereixen servei de Teleassistència, que l'any 2016 atenia a un 6% de les persones majors de seixanta-cinc anys de l'Alt Empordà. En aquest sentit, les professionals coincideixen a assenyalar críticament la burocràcia i les llistes d'espera que suposa la Llei de Dependència:

És un tràmit absolutament feixuc perquè t'estem dient: “Tu vindràs un dilluns a parlar amb mi, aniràs a fer la instància, prepararàs la instància, ja ho veuràs, que no és una instància fàcil perquè et demanen que vagis al banc, que vagis al metge, per tant, agafa hora al metge que t'emplenin l'informe mèdic, ves al banc perquè et segellin el número de compte”. No és una instància fàcil. El que es calcula, més o menys, són sis mesos.

Treballadora Social dels Serveis Socials Bàsics d'Atenció a la Gent Gran

És una llei molt lenta. Perquè des que es fa una valoració fins que reben el recurs... I llavors, clar, també, quan ho necessiten és ara i no d'aquí a dos anys. Llavors, crees unes expectatives a les famílies, sobretot pel tema econòmic, eh? (...)

Coordinadora d'atenció a la dependència i suport a les famílies de l'administració pública

Tot i la vinculació dels serveis públics de cura de la gent de la gent gran amb la Llei de Dependència, les administracions públiques també ofereixen altres serveis i programes concebuts per donar suport a les necessitats de la gent gran, com els grups de suport per a familiars cuidadors, els tallers de memòria, etc. També compten amb polítiques d'envelliment actiu com els espais + 60, que ofereixen eines d'acompanyament des d'un enfocament comunitari, basades en la participació i les percepcions de la gent gran. Actualment, s'està treballant per afavorir una coordinació entre els diferents serveis i professionals dels àmbits de la prevenció i la intervenció en els maltractaments a la gent gran.

Els serveis de cura en l'àmbit privat estan proveïts per diferents agents de forma remunerada —entitats socials, mercantils, a partir de la contractació directa de cuidadores— o de forma no remunerada, a través de relacions de voluntariat. Segons dades de l'IMSERO (2005), els serveis privats de la cura de la gent gran suposen un 8,9%, per davant del 5,9 % que són serveis públics (la resta del treball de cura és a càrrec de familiars). D'entre les modalitats de serveis privats, la via de preferència és la contractació d'una treballadora de la llar: són el 78,6% dels serveis de cura de caràcter privat. La contractació de les treballadores de la llar són una opció més assequible per als usuaris de

cura, especialment si aquests tenen necessitats severes de mobilitat i autonomia. A més, aquesta opció és més ben valorada per als usuaris que viuen en poblacions petites:

Muchas familias, si no fuera por el servicio, no se como harían. O llevarían los padres a una residencia o no sé cómo harían porque... También hay muchas familias que su poder adquisitivo no les permite llevar a sus padres a una residencia. Entonces buscan una chica y le pagan lo que ellos puedan para que lo atienda.

Cuidadora privada interna de la llar

Això també canvia molt a ciutat i a poble, de “i qui em vindrà?” [del SAD públic]. I a les treballadores les coneixen del poble, això dificulta...

Coordinadora tècnica de SAD públic 1

De forma global, els serveis de l'àmbit privat responen a les mateixes demandes identificades de la cura de la gent gran: tasques diàries de neteja domèstica i manteniment de la llar, higiene personal, vestir i desvestir o control alimentari. Tot i això, la cura de la gent gran que es desenvolupa en l'àmbit privat té característiques pròpies, ja que aquestes no estan regulades pel Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència. De fet, segons les cuidadores que presten aquest tipus de serveis, les seves responsabilitats no són massa concretes i sovint comprenen una diversitat de tasques que no es realitzen des dels serveis públics:

Con las personas mayores, te encuentras con diferentes situaciones de salud y que tienes que atenderlos, a veces tienes que hacer de enfermera, otras veces de peluquera, tienes que hacer de todo.

Cuidadora privada interna de la llar

Mi contrato dice veinte horas, nada más.

Cuidadora externa privada de la llar

Nosotros nos damos cuenta en la resi que llegan personas de casa, porque ya no pueden estar más en casa... y te das cuenta que esa cuidadora que estaba en casa no tenía ningún tipo de pauta de trabajo.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

Davant l'emergència sanitària de la Covid-19, la cura de la gent gran s'ha situat al centre del debat sobre les polítiques socials. Les persones majors de seixanta anys, com a col·lectiu d'especial vulnerabilitat en la pandèmia, han estat les més afectades per la mortalitat: a Catalunya, el 96,6 % dels morts per Covid-19 han sigut majors de seixanta anys, segons les dades del Departament de Salut⁹. A més, les residències han estat un focus significatiu de contagis, revelant les mancances estructurals en el sistema d'atenció a la gent gran. A l'Alt Empordà, molts serveis de cura de la gent gran –tan de caràcter públic com de caràcter privat– s'han vist afectats, ja sigui per l'anul·lació i l'activació de nous serveis, com per les dificultats que han hagut d'afrontar el personal tècnic i les cuidadores a l'hora de realitzar les seves tasques:

⁹

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMGZlMDUzZDgtOWQ3MS00YTBhLWJjZjctYTJkNTg2NTRhOWQ4IiwidCI6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOjph9.> Última consulta el 15 de juliol del 2020.

Amb el tema del Covid, l'empresa mateixa va agafar i es va reduir tot el que no eren sads assistencials. Tot el que eren neteges, tot això es va treure. Jo tinc un parell de sads que, bueno, que es van quedar a casa filla, fill, nets. Aviam, en el moment en què hi ha tota la família a dins, no et necessiten. I aquella persona tenia un sad perquè, bueno, la filla treballava i per aixecar-lo al matí perquè tota la família treballava. En el moment en què està tota la família a casa perquè estaven confinats, aquell domicili es va treure.

Cuidadora de SAD públic 1

Sí que hem notat una demanda d'aliments de pares... o fills que portaven el menjar als pares i han deixat d'anar-hi. I, llavors, nosaltres això ho hem hagut de cobrir amb un servei a domicili.

Treballadora Social dels Serveis Socials Bàsics d'Atenció a la Gent Gran de l'administració pública

Per una banda, alguns dels serveis d'atenció a domicili s'han donat de baixa, ja sigui per la por dels usuaris com per la refamiliarització de la cura durant el període de confinament. Durant el confinament, també s'han activat nous serveis de serveis a domicili degut a les dificultats de les famílies per proveir la cura dels seus familiars. Per altra banda, les persones tècniques i cuidadores de la gent gran dels serveis a domicili, residències i centres de dia –públics i privats– han hagut d'adaptar-se als nous protocols d'actuació, sovint fent front a entrebancs pel que fa a les garanties en la seva protecció com a treballadores¹⁰. Així, l'emergència de la Covid-19 ha tingut un impacte significatiu en l'organització social de

¹⁰ Aquest assumpte el tractarem més detingudament a l'apartat de Condicions laborals.

la cura de la gent gran a la comarca i ha posat de manifest les mancances i limitacions del règim de cura dels estats de benestar.

5.2. El treball de cura

5.2.1. La naturalesa del treball de cura

El *social care* situa la cura com a treball i, per tant, posa l'atenció en els tipus d'activitats que comporta (Daly i Lewis 2019). La naturalesa del treball de cura defineix el contingut social primari de la cura i, prenent com a referent el concepte unificat de la cura Thomas (2019), ve determinada per les activitats del treball i els estats afectius. Per una banda, doncs, el treball de cura de la gent gran a l'Alt Empordà està definit per les activitats diàries materials que els usuaris no poden obtenir de forma autònoma per qüestions relacionades amb la mobilitat i la salut. Són tasques d'higiene personal, manteniment de la llar, preparació d'àpats, compra d'aliments i productes bàsics, exercici físic o administració de medicació. També són tasques que es desenvolupen en residències i centres de dia que, tot i no tenir un caràcter individualitzat, atenen el mateix tipus de necessitats. El treball de cura no es limita exclusivament a l'àmbit domèstic i, per tant, trenca la dicotomia de l'esfera pública/privada. A més, el treball de cura està estretament vinculat amb l'experiència corporal de les persones. Aquesta naturalesa "íntima" del treball de cura revela

incomoditats en les persones beneficiàries de la cura i dificultats en el desenvolupament de les tasques a les cuidadores:

Tenim que saber ser empàtics i saber-nos posar a la part d'aquesta persona, no? De com reaccionàriem nosaltres al seu lloc, no? De que, de cop i volta, et posen una persona a casa, i aquesta persona t'ha de rentar i aquesta persona te controla lo que menges, lo que no menges. Val, s'ha d'anar una miqueta amb tacte, perquè no deixes d'entrar tu a dintre casa seva.

Cuidadora de SAD públic 1

Així mateix, el treball de cura de la gent inclou, més enllà de les activitats d'higiene i cura quotidianes, tasques relacionades amb la salut mental i a les cures pal·liatives. Són tasques que impliquen cert grau d'especialització i coneixements mèdics per part de les cuidadores que realitzen aquest treball. Aquesta particularitat del treball de cura de la gent gran ocasiona sovint malestars o dificultats afegides en el desenvolupament de les activitats. Les cuidadores i responsables de serveis de cura perceben limitacions en el treball amb aquest tipus d'usuaris, que sovint s'aborden a través de capacitats considerades implícites en el caràcter de les persones cuidadores i es consideren una responsabilitat individual que crea malestar:

Parlen molt [els usuaris amb demència senil]. Parlen molt perquè, et diuen una cosa i te la tornen a explicar, i una altra vegada te la tornen a explicar. Saps què et vull dir, no? Parlen més perquè no se'n recorden. Saps què et vull dir, no? És més complicat.

Cuidadora voluntària

Actualment, la gent gran que està a les residències són gent amb patologies associades a l'edat, bé sigui per demències, bé sigui per malalties cròniques i, per tant, s'ha de tenir uns coneixements mínims de les patologies. Una persona amb una demència està contínuament demanant atenció. El tracte que espontàniament et pot sortir, no té per què ser de comprensió i carinyo, quan el que t'estan demanant és això. Si desconeixes aquella persona, el que està fent és, per la seva pròpia patologia, pot ser que caiguis en la incomprensió davant d'una situació concreta.

Directora de residència i centre de dia privats-col·laboradors

Nosotras hacemos un trabajo pero tenemos limitaciones. Cuando trabajamos con gente con problemas físicos. A veces se nos critica y nuestra capacidad tiene un límite para estar con esa clase de enfermos.

Cuidadora de SAD públic 2

El treball de cura de gent gran inclou els estats, que no es poden desvincular de les mateixes activitats i que són independents del domini social en el qual es realitzen les tasques. Segons Ungerson (2005), la dimensió afectiva i relacional de la cura no és exclusiva de la cura informal, sinó que també forma part de la cura formal i d'aquella que no es realitza a través de relacions familiars. Segons l'autora, la dicotomia cura formal/informal no té sentit en l'àmbit del treball emocional. La relació afectiva entre cuidadora i usuari en els serveis de cura contingents no només existeix, sinó que es percep, per part de les cuidadores, com un element constitutiu del treball que realitzen. De fet, les relacions afectives del treball de cura s'han visibilitzat especialment amb l'emergència sanitària de la Covid-19:

Es un trabajo directo, es un trabajo en el que realmente se crean vínculos. Vínculos que no podemos conseguir en el nivel de técnico. Por más que nos empeñemos.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

No som de gel. O sigui, nosaltres apreciem i ens estimem als nostres usuaris, com és lògic, perquè has de tenir... Clar que si te l'ingressen, doncs potser en un moment del dia de... ostres, a veure què farà, no? o com estarà?

Cuidadora de SAD públic 1

Quan tenen un problema o estant malalts, és com si fos un familiar meu.

Cuidadora voluntària

Ho troben a faltar. Me diuen: "Què et passa, que ja no ets igual que abans?". Soc igual que abans, lo que passa"... i li tinc que explicar: "Que ha vingut aquesta pandèmia, que així que ja, que ja no podem tenir contacte... però ja el tindrem, eh, no te preocupis". Jo li tinc que dir, "T'estimo igual eh".

Cuidadora voluntària

Com s'observa a les respostes de la majoria d'entrevistes, les relacions amb les persones beneficiàries de cura sovint s'expressen en termes similars a les relacions familiars. Tot i que el vincle entre cuidadores i usuaris no és de consanguinitat –i, majoritàriament s'hi estableix també una relació mercantil–, les percepcions de la major part les cuidadores reproduïxen la conceptualització dual de la cura –material i afectiva– que descriu Graham (1983) i que es proveeix en l'àmbit familiar, amb similars experiències d'obligació moral i responsabilitat. La dimensió material i afectiva defineix la cura com un treball amb característiques pròpies, allunyada del model de producció capitalista, en la línia estudiada

per Himmelweit (2019) i Folbre (2019). És a dir, el treball de cura revela dinàmiques que no encaixen en la categoria de treball emprat per designar valors produïts per a l'intercanvi mercantil:

Yo he trabajado también en oficinas y he trabajado en público, de todo un poco. Esto no tiene absolutamente nada que ver con nada porque es trabajar con personas. El cuidado de otras personas es una responsabilidad y es una implicación por parte mía, por ejemplo, totalmente diferente.

Cuidadora de SAD públic 2

És una responsabilitat, tens gent al teu càrrec. Pots posar una persona en una dutxa i que se't caigui, i... és diferent que anar en una fàbrica, no? On tens una producció... No, no, jo sempre és el que dic: tema hospitals, tema escoles, tot això que tens gent al teu càrrec... és molt diferent.

Cuidadora de SAD públic 1

Tot i això, aquesta conceptualització particular del treball de cura, diferenciada dels treballs productius, no es manifesta de la mateixa manera en el cas de les cuidadores de l'àmbit privat. Per una banda, el conjunt de relacions afectives similars a les relacions familiars es mantenen a un segon pla. Per referir-se a la gent gran beneficiària de cura, algunes cuidadores privades que realitzen serveis a domicili parlen en termes de *padró* o *cap*, fent una clara al·lusió a la cura com a valor d'intercanvi en el context de la producció mercantil, en la direcció que apunta Seccombe (1975). Per altra banda, el treball de cura de la gent gran que es desenvolupa de forma voluntària rebutja la definició de la cura com un treball subjecte a les relacions mercantils i la defineix com una tasca que respón a motivacions de solidaritat col·lectiva i satisfacció individual:

Yo tuve una jefa, que yo me estropeé un dedo y me fui al hospital porque ya no aguantaba más el dolor y era un domingo que yo tenía fiesta. [...] Y al otro día me dijo, imagínate, que le dijera si la podía atender o si no que me fuera a la calle.

Cuidadora privada interna de la llar

No, no ho veig com una feina. Jo ho tinc com algo meu. No em sento obligada, però jo me sento bé fent aquest ajut. Saps què te vull dir?

Cuidadora voluntària

Així doncs, les percepcions de la naturalesa del treball de cura varien segons els dominis socials on es desenvolupa. Els factors que determinen les diferents formes de concebre el treball de cura són, en primer lloc, el caràcter remunerat/no remunerat del servei. L'establiment d'un intercanvi mercantil afecta la conceptualització de la cura com a treball/"no-treball" i les consideracions sobre la socialització de la cura a través de serveis institucionalitzats o xarxes de suport desinstitucionalitzades. En segon lloc, b) el caràcter públic/privat dels serveis mercantilitzats defineixen les variables en les percepcions del treball pel que fa a la seva condició afectiva i material. La naturalesa dual del treball de cura té una presència significativa en els discursos de les treballadores dels serveis públics i s'esvaeix en els de les treballadores dels serveis privats que, en major grau, situen la cura en les lògiques del mercat i les activitats materials. En aquest sentit, les diferències en les condicions laborals d'ambdós sectors –les cuidadores dels serveis públics gaudeixen d'un

conveni més garantista en l'àmbit laboral– poden influir en les seves nocions sobre la naturalesa del treball de cura.

El treball de cura també implica una dimensió psicològica que conforma la seva naturalesa. En la línia que apunten Carrasco, Borderías i Torns (2019: 63), “*cuidar* a una persona no significa exactamente realizar un conjunto de actividades, supone también –y especialmente– un estado mental. Significa responsabilidad continua, tiempo de estar *atenta a*, disponible o *vigilante a*”. Però aquesta dimensió psicològica no intervé, únicament, en la gent gran sinó, també, en les cuidadores. És a dir, les habilitats psicològiques s'apliquen, no només en les tasques diàries amb les persones beneficiàries de la cura, sinó també com a eina per fer front a les dificultats i els costos emocionals de les cuidadores. L'autocura, doncs, esdevé una quarta dimensió de la naturalesa del treball de cura, indestruïble de les dimensions material, afectiva i psicològica. El treball de cura és també treball d'autocura:

El equilibrio de los límites, pasarlos o no pasarlos, depende mucho de ti.

Cuidadora de SAD públic 2

Si no ets una miqueta forta, agafes depressió. Perquè t'expliquen cada cosa, que dius, “Mare de Déu!”. [...]. Molt forta. O serà que jo ho agafo tot així.

Cuidadora voluntària

És el primer que has d'aprendre. Els problemes de la feina es queden a la feina. Això, és de molts anys. Al principi, és clar que t'ho emportes a casa. Però és que és com tot. Si no, no desconnectes. Jo sempre dic: “Jo porto lo que és la meva bata de feina, jo quan entro al SAD me poso la bata, me poso uns guants i ara mateix la mascareta, lògicament. Jo sempre dic: “Tu quan entres a un domicili, tu et poses la bata i allà agafes els problemes i quan surts te treus la bata i els problemes es queden a la bata”. Tu no t'ho emportes a casa perquè, com no desconnectis... Si no pots desconnectar no pots fer aquesta feina.

Cuidadora de SAD públic 1

5.2.2. Les condicions laborals del treball de cura

Entendre el treball de cura com una forma particular de treball revela la necessitat de posar atenció en les condicions laborals en les quals es desenvolupa (Daly i Lewis 2019). En aquest sentit, el treball de cura està definit per diferents convenis i règims laborals en funció del domini social en el qual se situen aquests treballs. Tot i això i de forma global, tots aquests convenis coincideixen en promoure, directament o indirectament, salaris baixos, un predomini de jornades laborals parcials i contractes temporals, i una alta flexibilitat de les jornades i dels calendaris laborals. Tal com expressen Recio, Moreno, Borrás i Torns (2015) el fet que el treball de cura no respongui als paràmetres habituals de qualificació professional dels treballs del mercat i tingui un escàs valor social impacta en les condicions laborals de les persones que realitzen els treballs de cura.

Per una banda, les condicions de les treballadores del Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) de l'Ajuntament de Figueres i del Consell Comarcal estan definides pel Conveni Col·lectiu de Treball d'Empreses d'Atenció Domiciliària de Catalunya. Aquestes condicions es caracteritzen per la parcialitat, la flexibilitat horària de dilluns a divendres i els baixos salaris. A més, les cuidadores destinen una part de la seva jornada laboral als desplaçaments, especialment aquelles que realitzen el seu treball a diferents municipis de la comarca. Com s'observa a través de les paraules de les coordinadores i tècniques dels serveis de SAD de l'Alt Empordà, les jornades i horaris laborals estan determinades per les característiques i demandes del servei:

Hi ha contractes temporals, hi ha contractes indefinits. Al principi són d'obra i servei, després també tenim contractes per substitució quan fan vacances, per exemple, si falta algú, únicament el fem per vacances i si veiem que falta algú per plantilla, doncs si ens agrada i veiem que treballa bé, doncs el podem contactar, però també seria per obra i servei. En tenim més d'obra i servei que fixes. El contracte és de 8 del matí a 8 de la tarda, de dilluns a divendres. [...] Els contractes, la veritat és que varien bastant, perquè si, per exemple, clar potser una noia està a està a divuit hores i d'aquí a dues setmanes està a vint-i-set, com d'aquí a tres dies a sis hores, en funció de si els serveis se suspenen, o estan ingressats o... Cada vegada que un usuari està ingressat a un hospital, per exemple, hem de fer una reducció de jornada. I després si torna hem de fer una altra ampliació. Però majoritàriament hi ha més gent, potser a jornada completa no arriba, però li falten un parell d'hores, que no pas que siguin poques hores.

Coordinadora tècnica de SAD públic 2

Totes comencen amb un contracte o de suplències, perquè moltes entren per cobrir vacances i així provem si funcionen o no, després passen a contractes d'obra i servei i al cap de tres anys, si encara funcionen passen a indefinit. I la jornada laboral, depèn de la seva disponibilitat i dels serveis que tenim disponibles quan entren a treballar de forma fixa, com si diguéssim. Fem augments de jornada, alguns, comptats, molt comptats, i la jornada màxima són trenta-set hores. Llavors, a trenta-set no n'hi ha cap que estigui treballant, ara mateix. Crec que la que té un contracte més alt està a trenta-cinc i la que té un contracte més baix, té un contracte de cinc hores, perquè només treballa un dia a la setmana. Aquestes ens van venir ja subrogades de l'altra empresa, si ho podem triar no ho triem, eh; això no és gens efectiu. Com que és un servei molt irregular, el que fem és funcionar amb borsa d'hores. Elles tenen sempre el mateix contracte i el mateix sou –a no ser que es pacti un augment o una disminució d'hores pel motiu que sigui– i en funció dels serveis.

Coordinadora tècnica de SAD públic 1

La comarca també, és com és d'extensió. I llavors a vegades pots tenir una persona que la tens a l'altra punta de la comarca però, clar, no la pots fer anar... i a vegades les jornades també et condicionen les rutes que fan, perquè, clar, la comarca, no té res a veure, no? De La Jonquera anar a Cadaqués...

Coordinadora d'atenció a la dependència i suport a les famílies de l'administració pública

Per la seva banda, les residències i els centres de dia públics estan regulats pel Conveni col·lectiu de treball de Catalunya de residències, centres de dia i llars residències per a l'atenció de persones amb discapacitat intel·lectual. Les residències donen servei els 365 dies de l'any les 24 hores al dia i aquesta peculiaritat té implicacions en les condicions laborals de les cuidadores. El treball de cura acostuma a realitzar-se en jornades completes, amb torns fixes i amb un únic descans setmanal. En aquest sentit, són serveis que no demanden tanta flexibilitat laboral que el SAD i aporten més estabilitat laboral a les

condicions de les treballadores. Per contra, els salarials són més baixos que el de les cuidadores del SAD:

Amb tema de conveni crec que s'ha pujat, fa dos anys que han augmentat un pico, uns 100 euros més o menys que ens ha pujat i, bueno, jo crec que està bé. Està més bé el conveni de SAD que el de geriatria. El de geriatria està bastant... aquestes sí que ho tenen bastant... A part, caps de setmana, festius, està molt mal pagat, la veritat és que sí. Per la feina que fan, està molt mal pagat.

Cuidadora de SAD públic 1

Els joves com jo, que no tenim... perquè, clar, es va cobrant pels triennis i cada tres anys que cures, saps? Els que més cobren van cobrant per això, perquè porten potser vint anys però, clar, jo que porto cinc anys o algú que porta deu, és que cobrem una merda.

Cuidadora de residència pública

Independentment del tipus de servei que es realitzi, existeix una percepció generalitzada que les condicions laborals no reflecteixen el valor i la diversitat de tasques que es realitza en el treball de cura. Tal com hem observat en l'apartat anterior d'aquesta anàlisi, el treball de cura comporta quatre dimensions (material, afectiva, psicològica i d'autocura) que es materialitzen en capacitats professionals per realitzar les tasques i, per tant, que haurien de ser comptabilitzades i valorades a l'hora d'establir les condicions laborals. En aquest sentit, Carrasco, Borderías i Torns (2019: 45) entenen que l'escassa qualificació i els baixos sous del treball de cura deriven "de una naturalización de los trabajos de cuidados, capaz de enmascarar la capacitación técnica que requieren las personas que trabajan en este tipo de servicios". És a dir, les males condicions laborals i la manca de valor que s'atorga a

l'expertesa i la professionalitat de les treballadores dels serveis de cura estan relacionades amb la invisibilitat d'un treball de cura que ha estat assumit per les dones en l'àmbit domèstic, a partir de la divisió sexual del treball:

Los sueldos son tan bajitos, tenemos contrato de obra y servicio, estamos por horas. La verdad es que está puteado por todos los sitios. [...] Toda la gente de estos servicios somos muy mal valoradas. Y se ha notado también que somos fundamentales. Porque la gente a veces no entiende, con esto de la ley de dependencia, la gente no entiende que tiene un servicio personalizado en su casa..

Cuidadora de SAD públic 2

No hay un plus, no tenemos pluses por nada en este trabajo. Y además eso, a ver, todos cobramos igual y todos hacemos diferentes tareas. No es lo mismo acompañar a una señora a hacer la compra, a pasear un rato, que estar con un enfermo en condiciones graves.

Cuidadora de SAD públic 2

A vegades et diuen coses molt lletges. Me cago en tu puta madre, me cago en ti. Espero que cuando seas mayor te pase esto, que acabes así y dices, tío, que te estoy limpiando el culo... Y te dicen, es que no te merces lo que te pagan, pues págame más, que és que no cobro ni mil euros. Clar, no cobrem mil euros per quaranta hores.

Cuidadora de residència pública

Un altre factor que afecta les condicions laborals del treball de cura és l'externalització dels serveis públics de cura. En el cas de l'Alt Empordà, ambdós serveis d'atenció domiciliària estan licitats per contractació pública. Pel que fa als centres de dia i les places a les

residències, les places públiques són gestionades directament per l'administració (a través d'un centre públic gestionat per una fundació), per centres concertats i per centres gestionats per entitats privades socials i mercantils. Els serveis de cura s'han adjudicat, històricament, a partir de concursos públics regits per criteris economicistes, fomentant que les empreses competeixin entre elles per presentar ofertes de baixos costos. El sistema de provisió pública de la cura ha comptat amb el mercat privat per desplegar-se, prioritzant les lògiques mercantils del benefici econòmic enfront de la satisfacció de necessitats, fet que ha repercutit les condicions laborals de les treballadores d'aquests serveis (Razavi 2007). De fet, les treballadores del SAD de l'Alt Empordà van mobilitzar-se el març del 2017, amb el canvi d'adjudicatari del servei, per reclamar millores laborals i denunciar l'incompliment del conveni. A més, els efectes de les precàries condicions laborals s'han fet especialment visibles durant l'emergència sanitària de la Covid-19, amb alguna excepció:

Hay un abuso por parte de las empresas de ganar dinero. Sin importarle ni los usuarios, ni los trabajadores, ni nada. Esto se notó y se vio perfectamente con todo esto de la pandemia. Hemos estado peleando por los EPIs, por las mascarillas, hemos estado peleando por todo. Y no ha sido fácil. [...] Se siguen enriqueciendo estas empresas que estan a cargo de esto y de residencias y tal y, bueno, funciona de esta manera, pasen los gobiernos que pasen. No les interesa que funcione de otra.

Cuidadora de SAD públic 2

Yo me he visto estos meses poniendo paños de agua fría, como antiguamente, con una fiebre..., paracetamol y agua fría. Si no baja, asústate, sabes?... No és que no hi hagi recursos, és que tu trucaves i no feien res. Però com aquí, a tots llocs.

Cuidadora de residència pública

Jo no he tingut cap tipus de problema, eh. Bueno, m'han donat tot el tipus de material que he necessitat: pantalles, guants, si hagués fet falta un EPI, un EPI. Han fet tests PCR per possibles casos, que per ara no n'hem tingut cap, per sort.

Cuidadora de SAD públic 1

Les condicions laborals de les treballadores d'empreses privades i associacions socials en residències i serveis d'atenció a domicili privats es regulen a partir dels convenis anteriorment esmentats, amb una precarització i manca de reconeixement similars que les que es troben les cuidadores de les residències públiques. Tot i això, cal recordar que, en l'àmbit privat, la major part de serveis son realitzats amb contracte de treballadora de la llar, que estableix les condicions laborals a partir del Sistema Especial de Treballadors de la Llar¹¹, integrat al Règim General de la Seguretat Social i anteriorment conegut com a Règim Especial de Treballadors de la Llar. Aquest règim disposa legalment les activitats contemplades en el treball de cura, però ho fa amb poca especificitat. Per altra banda, el salari es materialitza en pagues prorratejades i, per tant, inclou els diferents conceptes retributius –salari pel temps treballat, la part proporcional al descans setmanal, vacances i

¹¹ http://www.mitramiss.gob.es/es/Guia/texto/guia_14/contenidos/guia_14_30_6.htm.

pagues extraordinàries— en les pagues mensuals. Aquesta peculiaritat del Sistema Especial de Treballadors de la Llar es percep com un element de precarització de les condicions laborals:

Las empleadas del servicio doméstico cuando salimos no tenemos derecho a un paro, ni tenemos derecho a nada. Cuando nosotras estamos veinticuatro horas metidas... Abandonamos la familia, nuestras cosas, por tener un trabajo y, ¿cómo es posible que nosotras no tengamos derecho a nada?. No me gusta nada este sistema. Y luego, otra cosa, las pagas prorrateadas. Por qué? Te van pagando, sí, todos los meses te van pagando, te van dividiendo las pagas, te las van dividiendo y vienen todos los meses, ya? Cuando llega, por ejemplo, el mesecito de junio, tú no tienes una paguita [...]. Si a mí se me llega a morir la persona que yo tengo al lado cuidando, imagínate tú, y yo no encuentro más nada para hacer en este momento —porque a veces pasa un mes o un mes y no encuentras ni horitas ni nada para hacer— y tu te estás pagando un arriendo... Tienes que pagar un arriendo, tienes que pagar servicios, ¿qué haces?

Cuidadora privada interna de la llar

Uno va, por ejemplo a Asisgrup, que es una empresa grande, una empresa que contrata a muchas chicas para atender a personas mayores. Así que entras: “El contrato, firme”. Ahí en ese contrato no dice ni a qué hora estás trabajando, ni a qué hora no estás trabajando, ni a qué tienes derecho, ni a qué no. Solo te hacen que firmes y ya. Ahí ponen lo que le conviene al empleador, pero la empleada no tiene derecho a nada porque allí no figura. Total, que si yo me pasa cualquier cosa, no se sabe cuales son los horarios. Cuando uno va a reclamar, si por desgracia le pasa algo, no puede reclamar.

Cuidadora privada interna de la llar

La manca de concreció jurídica acostuma a provocar la realització d'activitats no estipulades o la vulneració de drets laborals amb relació a les jornades de treball. La falta de control de les condicions laborals genera situacions d'abús i de vulneració de drets de les cuidadores que, fins i tot, enuncien el treball de cura en termes d'"esclavitud". Així mateix, algunes d'aquestes situacions de vulneració de drets es perceben amb una vinculació significativa al caràcter afectiu del treball de cura. En aquest sentit, el concepte de *pensamiento amoroso* (Esteban 2011) com a conjunt articulat de símbols i nocions entorn de l'amor, que impregna tots els espais socials i estructura relacions desiguals de gènere, classe, ètnia, etc. està present, també, en el treball de cura. D'aquesta manera, les relacions afectives del treball de cura no només expliquen –com assenyalen Carrasco, Borderías i Torns (2019)– la infravaloració de les capacitacions tècniques que es llegeixen com a naturals i la precarització de les condicions laborals, sinó que també possibiliten les situacions d'abús i discriminació del treball de cura:

Cuando uno está dentro de una casa a veces abusa. Porque ya no quieren respetar los horarios a uno. Ya no es atender a una persona, sino quieren ir la familia a comer y más cargas para uno, más trabajo. [...] Creen que porque le pagan a uno, ya uno tiene que estar como una esclavitud, me entiendes? Entonces, eso, yo veo que se da mucho eso.

Cuidadora privada interna de la llar

Tuve que ir al hospital porque se me dobló un tendón [...] ¿Quién quiere enfermarse? Nadie, creo que nadie. Pero a veces a uno lo discriminan y lo tratan... “Ya te puedes ir a la calle”, así. Sin pensar que, ¿quién quiere estar enfermo? ¿Quién quiere tener problemas? Pero yo creo que a veces hay gente que

lo tratan a uno como lo peor, ¿ya? Entonces hay muchas cosas que uno a veces... A veces uno, no te creas, llora, se cansa, y aguanta y, bueno, te muerdes los labios y todo porque, por la impotencia de estas situaciones. Pero, bueno, uno se aguanta, y le pide a Dios paciencia, porque sinceramente necesito un trabajo.

Cuidadora privada interna de la llar

A veces ella [la persona beneficiària de la cura] quiere, por ejemplo, fuera de mi horario, que vaya a otro super a comprar y le digo "No, yo tengo mis cosas" [...] "No", le digo, "Es que tiene que ser de siete a trece horas". Pero tampoco ella quiere pagar más, pagar el trabajo que uno hace a deshoras, no, no, eso tampoco. Es que yo también le he acostumbrado a que soy muy buena, como le digo, como si fuera... trato a las personas como si fuera mi madre. Entonces tengo mucha paciencia y eso a veces la gente se aprovecha, de que una es buena persona.

Cuidadora privada externa de la llar

Les condicions laborals i sobretot els baixos salaris, fan que les treballadores de la llar sovint hagin de realitzar altres treballs per reforçar els seus ingressos. Això sovint ocasiona una sobrecàrrega que provoca malestar, especialment a les cuidadores internes, que aprofiten les seves hores de descans per realitzar altres treballs. Els treballs complementaris acostumen a estar relacionats, també, amb les tasques de cura de la gent gran i les tasques domèstiques. Aquesta peculiaritat ha fet que, en situació de l'emergència sanitària de la Covid-19, les cuidadores hagin vist afectades aquestes vies alternatives de font d'ingrés:

Hace una semana he ido a trabajar a otra empresa, que me llamaron para unas horitas. [...] Seria bueno unas horas, o también otra media más para poder cotizar un poquito más también, ¿no?

Cuidadora privada externa de la llar

Hay que trabajar muchísimo porque, claro, estás en una casa de interna y sales de allí, que no descansas nunca, ¿ya? No descansas nunca porque las horitas que tienes de descanso vas a hacer las limpiezas, corriendo por aquí, corriendo para acá, pa poder ganar un poco más de dinero.

Cuidadora privada interna de la llar

Nosotras, ahora, en este estado de emergencia, estamos trabajando con exclusividad en la residencia. Por tanto, las chicas que se dedican a limpiar casas para complementar su salario, pues, no lo pueden hacer. Por tanto económicamente también sufrirán unos daños.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

El treball de cura de la gent gran és un sector desenvolupat àmpliament en condicions administratives irregulars per part de les treballadores. En aquest sentit, cal tenir en compte que la Llei d'Estrangeria comporta dificultats per accedir als drets socials i de ciutadania i que la major part de les cuidadores migrades treballen sense les corresponents autoritzacions administratives, en el marc de l'economia submergida (Briones Vozmediano, Agudelo Suárez, López Jacob, Vives Cases, Ballester Laguna, Ronda Pérez 2014). Tot i això, segons les percepcions de les cuidadores, la regularització administrativa i la contractació laboral, no afecta de forma determinant a les condicions laborals del treball de cura, ja que la precarització, els abusos i la vulneració de drets persisteixen. En aquest sentit, l'existència de contracte en el treball de cura de la gent gran impacta en les condicions de vida de les cuidadores però amb lleugeres millores, a causa dels seus baixos salaris:

Allá no me podían pagar la Seguridad Social, en negro trabajaba. Pero me servía para poder mantener a mi hijo allá. Entonces, he aceptado las condiciones... que se puede hacer. Como le digo, uno ha venido a trabajar y necesita y ya está.

Cuidadora privada externa de la llar

Se te favorecen más las cosas. Por ejemplo, yo qué sé, si tienes que gestionar cualquier cosa en el banco o de pronto alquilar un piso, aunque eso no es fácil. No es que te avale tanto, dependiendo de lo que tú te ganes, tampoco no es que te avala mucha cosa ni que te ayude mucho. Para cualquier institución a veces el sueldo de mileurista no es creíble para nada para ellos, ¿sabes? Para las instituciones, ni las inmobiliarias, bueno, tal vez el banco un poco más porque le están llegando las nóminas (...). Entonces, por ese lado no hay ningún tipo de, ninguna cosa que le vaya bien a uno con que tenga contrato.

Cuidadora privada interna de la llar

Les condicions laborals revelen els discursos socials i simbòlics sobre la cura de la gent gran. El fet que el treball de cura no s'ajusti als models productivistes i, per tant, esdevingui un treball amb les seves especificitats pròpies, provoca una manca de reconeixement, general i polític, del seu valor social. Aquests discursos sobre el treball de cura no només es troben en les institucions, sinó que són hegemònics, també, en els mateixos beneficiaris de la cura i les cuidadores:

Yo sinceramente creo que el trabajo de cuidadora está muy infravalorado. A nivel interno, de centro, todos somos conscientes de la importancia que tiene el trabajo de la cuidadora. Somos conscientes de que son las personas de trato directo y también las personas que siguen todas las pautas, las llevan a

cabo y también las personas que conocen las necesidades de manera más real. Pero a nivel de reconocimiento, yo creo que no está bien valorado el trabajo de la cuidadora.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

No, no es valora. Ja no parlo socialment, sinó els mateixos usuaris. Jo a vegades, bueno, he rebut alguna trucada dient-me, “Oye, que no ha venido la chacha todavía”. I et senta malament, perquè no són chaches, són persones que t'estan ajudant. I, sí que és veritat que no, que molta gent no ho valora, no? Ja només amb això que està passant del Covid, a nivell polític, per exemple, també ho podríem dir. Que no, que sembla com que el tema sanitari i social està molt apartat de tot.

Coordinadora tècnica de SAD públic 2

A vegades s'agafa com una chacha, com si diguéssim. I no es valora aquesta figura. I també he de dir, que per part de les treballadores, cal un treball molt... que l'anem fent, però d'autovaloració i de posar límits i de dir que, saps? De valorar la pròpia feina. Una noia, la setmana passada em deia “És que clar, si només m'estic allà, no faig res”. Dic “Sí, li estàs fent companyia i lo que necessita és parlar”. Necessiten que els diguis: “Sí, seure al seu costat i parlar de la novel·la que fan ja és fer feina”. Però no és una feina coneguda ni reconeguda i s'ha de fer molta feina amb les treballadores.

Coordinadora tècnica de SAD públic 1

Les cuidadores tenen la percepció que l'emergència sanitària de la Covid-19 i l'afectació d'aquesta en la cura de la gent gran no produirà canvis significatius en la valorització del seu treball:

Sobretudo en las residencias, pero los cuidados y todo los.... Nosotras no hemos sido ni siquiera nombradas. Creo que alguna vez, pero nada más. Este, y hemos hecho una labor bastante importante, porque hemos estado todas al pie del cañón. Y con miedo.

Cuidadora de SAD 2

[En relació amb la valoració del treball de cura de la gent gran durant la Covid-19] Son lágrimas de cocodrilo. Seremos la misma mierda siempre. Nos intentarán dar la culpa a nosotras, a las auxiliares.

Cuidadora de residència pública

5.3. La responsabilitat del treball de cura

5.3.1. Les relacions de responsabilitat entre l'estat, el mercat i la família

En la nostra anàlisi, el *social care* situa la cura en el marc de l'obligació i la responsabilitat. Tal com exposa Razavi (2007), el treball de cura es desenvolupa a través d'una estructura de relacions que involucra l'estat, el mercat, la comunitat i la família, el *care diamond*. Més enllà de la naturalesa del treball de cura i les condicions laborals en les quals es realitza, aquesta activitat es presta a través de relacions socials inscrites en l'estat de benestar, que poden disminuir o incrementar les normes existents en l'organització social de la cura (Daly i Lewis 2019). Per identificar com s'organitza socialment la cura de la gent gran a l'Alt Empordà, abordem, en aquest apartat, com es desenvolupen les relacions entre aquestes institucions de provisió de cura i com, a través d'aquestes interaccions, s'entén la responsabilitat de la cura.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència regula la provisió de serveis de cura per part de l'Estat espanyol. A l'Alt Empordà, les administracions municipals i comarcals són les responsables de tramitar, a través dels serveis socials corresponents, els serveis i prestacions monetàries vinculades a la cura de la gent gran i a la Llei de Dependència, mentre que la Generalitat de Catalunya realitza les tasques de comprovació dels criteris i adjudicació dels serveis i prestacions. El paper de les institucions locals és, doncs, d'intermediari entre els usuaris i la Generalitat, que és qui té les competències del desplegament de la llei. La Generalitat realitza les tasques d'avaluació de la documentació entregada pels serveis socials i les visites als domicilis de la persona sol·licitant d'ajuda per determinar el seu grau de dependència. Segons l'exposició de motius de la Llei de Dependència, la legislació dels serveis de dependència és fruit d'una revisió del sistema de la prestació de la cura, tradicionalment suportat per les famílies –i especialment per les dones– i, per tant, l'objectiu de l'estat és contribuir a la desfamiliarització de la responsabilitat de la cura de les persones dependents.

Tot i això, la implementació d'aquests serveis previstos per la llei no només modifica la provisió de la cura que fa la família a partir de la responsabilització per part de l'estat, sinó que també estableix noves relacions amb el mercat. En aquest sentit, l'externalització de la gestió dels serveis de SAD i de les residències públiques comporta una privatització del règim de cura de l'estat de benestar i respon a una lògica dual, en els termes emprats per Brennan, Cass, Himmelweit i Szebehely (2012): per una banda, la lògica de provisió de

l'estat per garantir els drets socials a través de les institucions formals públiques i la burocràcia estatal i, per altra banda, la lògica de provisió del mercat, a través de la competència d'entitats amb ànim de lucre. Amb la introducció del mercat en la provisió pública de cura, s'instauren noves relacions amb l'estat de benestar que afecten a l'atenció de les persones beneficiàries de la cura. En el cas de l'Alt Empordà, s'observen algunes contradiccions en els criteris d'adjudicació de les ajudes a la gent gran i en els criteris de les cuidadores i treballadores dels serveis externalitzats:

Hi ha persones que potser necessiten que els hi valorin i, a vegades, es troba la situació que hi ha un senyor que vol que el valorin, que té, per exemple, uns principis d'Alzheimer, i aquesta persona l'estan valorant estant ell sol i no hi ha un suport familiar. Què passa? Que es donen molts casos de que hi ha gent que com que no vol que ningú els ajudi i volen estar tot sols, doncs, bueno, menteixen i diuen que està tot bé i clar es valora per sota coses. Jo penso que hi hauria d'haver-hi, doncs, un psicòleg allà, hi hauria d'haver-hi una persona familiar que estigui, que sigui coherent davant la situació i que pugui respondre a coses que potser l'usuari no pot respondre. Ja sigui perquè... que hi hagi una mica més de comprovant. Perquè jo penso que potser hi ha gent que té un Alzheimer i et diuen que té un grau 1 i tu obres aquell usuari al dia a dia i veus, ostres, aquesta persona sí que necessita realment una ajuda, i després hi ha gent que els han valorat un grau 3 i dius, tampoc està tan malament, saps? En què es basen?"

Coordinadora tècnica de SAD públic 2

Hay gente que necesita más horas y hay gente que le sobran horas, que no necesita. Eso tendría que ser mucho más cuidadoso. Darle realmente al que lo necesita, darle una buena calidad del servicio.

Cuidadora de SAD públic 2

Aquestes problemàtiques es vinculen també a les relacions de responsabilitat i obligació. Segons les cuidadores dels serveis privatitzats, les administracions públiques de la cura de la gent gran sovint no atenen a les demandes de les professionals amb relació a les necessitats dels seus usuaris:

En mi caso, por ejemplo. Yo hago informes cada dos por tres de mis usuarios, no? Por como están. Y bueno, hago algún apartado de sugerencias y les pido que, por lo general que se contacte con el asistente social, que se dé una vuelta, que pase. A veces necesitamos más horas de las que son otorgadas porque la tarea se ha complicado y pasa el tiempo y nada... Eso lo tiene que valorar un asistente social, para poder otorgarnos más tiempo o menos tiempo o ver qué es lo que está pasando.

Cuidadora de SAD públic 2

No hay un trabajo en equipo como debería de ser, no hay una conexión de equipo como debería de ser, de tener un contacto más asiduo con la asistente social, que la asistente social pasara por el domicilio. La que otorgó el trabajo no es después la que hace el seguimiento del mismo. Las cosas van cambiando, la gente se va deteriorando. [...] Se necesita un poco más de implicación con el usuario. A veces se otorga el servicio y allí se olvida.

Cuidadora de SAD públic 2

D'aquesta manera, la privatització a través del mercat dels serveis públics de cura vinculats a la Llei de Dependència materialitza, sovint, no només l'externalització d'aquests serveis, sinó també l'extrernalització de la responsabilitat de l'estat envers la cura. La manca de seguiment i d'avaluació de les tasques realitzades posa de manifest un procés de desresponsabilització de la cura de la gent gran, que l'estat tenia l'objectiu de

desfamiliaritzar. En aquest sentit, podem afirmar que l'estat de benestar, a través de la privatització dels serveis públics, desfamiliaritza la cura de la gent gran sense assumir-la de forma efectiva com a responsabilitat pública, sinó traslladant aquesta responsabilitat al mercat.

Més enllà de les relacions entre l'estat i el mercat, la responsabilitat de la cura es desfamiliaritza, també, a través dels serveis del mateix mercat. Segons les dades de l'IMSERSO (2005), la major part de la cura que es resol en el mercat es realitza a través de la contractació, per part de l'usuari o de l'entorn familiar, de treballadores de la llar. Tal com exposa Martínez-Buján (2009: 103), “el incumplimiento de la Administración en las tareas de asistencia personal fomenta la extensión del sector de cuidados privado”. Les condicions laborals d'aquestes treballadores –amb horaris sovint desregulats, tasques molt diverses i funcions poc concretes–, provoquen percepcions de sobrecàrrega en la responsabilitat de la cura de la gent gran per part de les cuidadores. Així mateix, la manca de supervisió del treball de cura que es realitza en el mercat per part de l'estat, es concep com a desresponsabilització de la cura de la gent gran. En aquest sentit, les professionals tenen la impressió que el treball de cura s'efectua sense control, no només pel que fa a l'impacte de les condicions laborals de les treballadores en l'activitat, sinó també per la manca de seguiment que les institucions realitzen sobre aquests casos:

Cuidar personas mayores, yo se lo digo a mucha gente, yo he cuidado muchísimas personas mayores... no es fácil. [...] Tienes que ir a hacer la compra, tienes que limpiar la casa, tienes que

lavar la ropa, tienes que planchar, más atender al abuelo. Si mientras estás planchando el abuelo se ha levantado y se ha caído y tienes que estar a cuatro ojos. Es una responsabilidad muy grande.

Cuidadora privada interna de la llar

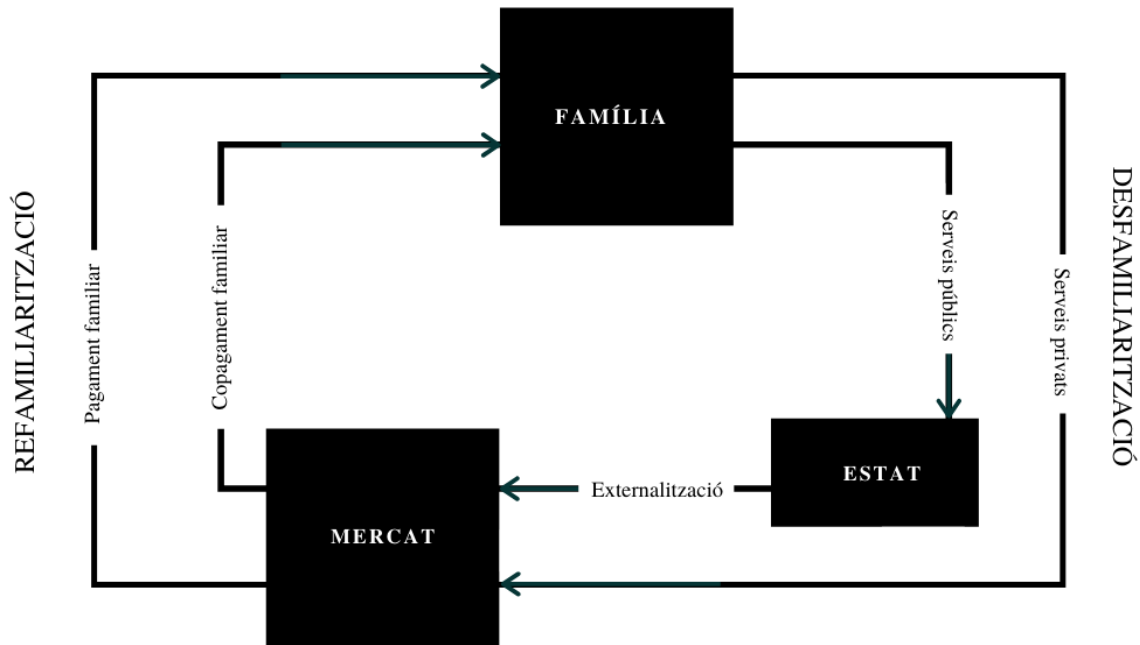
Por ejemplo, las residencias están controladas por los servicios sociales. El que trabaja en casa, también debería de llevar un seguimiento. [...] Para que desde los servicios sociales, también, haya un control de la realidad –la palabra control no sé si es– pero que haya seguimiento de las realidades familiares. Porque que si una familia se puede pagar al cuidador, esta familia no sale en ninguna parte pero las necesidades de esta persona dependiente son las mismas de un residente.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

La família segueix present, doncs, en les relacions entre les diferents institucions que participen en l'organització social de la cura. Segons les dades de l'IMSERSO (2005), el 83,5% de gent gran a l'Estat espanyol no rep cap ajuda –pública o privada– de cura. En la major part de la societat, doncs, és l'entorn familiar qui assumeix el treball de cura i, per tant, la família és la principal institució responsable de la provisió de la cura de la gent gran. Amb l'objectiu de desfamiliaritzar la cura, els estats de benestar proporcionen serveis públics que són privatitzats al mercat i que es financien, a més, amb el copagament entre l'administració pública i el beneficiari de la cura. Així, els serveis que es materialitzen en les relacions contingents de cura no només deriven la responsabilitat al mercat sinó que retornen, d'alguna manera, aquestes responsabilitats a la família. En aquest sentit, el *modelo familista subvencionado* (Martínez-Buján 2014) del règim de cura de la gent gran, a través del seu Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, no és tant un procés que camina cap a la desfamiliarització del treball de cura, sinó un mecanisme de

rearticulació del familiarisme. Les relacions que s'articulen entre l'estat i el mercat per responsabilitzar-se del treball de cura i socialitzar-lo més enllà de la família impliquen una nova familiarització a través de noves relacions de caràcter circular entre les diferents institucions:

Gràfic 1. Procés de refamiliarització de la cura



Font: Elaboració pròpia (2020)

Com s'observa al Gràfic 1, la desfamiliarització de la responsabilitat de la cura es produeix per part de l'estat (provisió de serveis professionals públics) i pel mercat (contractació de serveis professionals privats). En el primer cas, les externalitzacions dels serveis finançats

a partir del copagament fan que es retorni la responsabilitat cap a la família. En el segon cas, el pagament dels serveis de mercat per part de la família possibilita, encara que es contractin serveis professionals, que la responsabilitat recaigui, de nou, en l'economia familiar.

5.3.2. La identitat social de les persones cuidadores de la gent gran

El treball de cura s'ha fet efectiu, tradicionalment, com a treball informal que desenvolupen les dones en l'àmbit familiar. Actualment, la divisió sexual del treball segueix operant a l'interior de les llars: d'acord amb la darrera *Enquesta de l'ús del temps* realitzada el 2010-2012, les dones dediquen de mitjana 28:21 hores setmanals a les tasques domèstiques i familiars i els homes 14:35 hores, és a dir, aproximadament la meitat. Els règims de cura regulen les relacions entre el mercat, la família i l'estat i, per tant, "el Estado no es neutral, sino que sus decisiones inciden en la relación que se establezca entre mercado y familia, y especialmente en las cuestiones relacionadas con la igualdad o desigualdad entre hombres y mujeres" (Elósegui 2011: 74). L'anàlisi de la identitat social de les persones que proveeixen la cura en el marc de les relacions contingents ens permet identificar de quina manera l'estat pot pal·liar, reproduir o reïficar les desigualtats existents en la provisió familiar de la cura. D'aquesta manera, cal preguntar-se de quina manera i a través de quins

processos el règim de cura de la gent gran promou que les dones puguin deixar d'assumir el treball de cura de la gent gran en la família.

El treball de cura de la gent gran és un treball feminitzat. A Catalunya, el 91% de les persones que treballen en l'àmbit de la cura als domicilis són dones (Sandalinas Félez et al. 2019). A l'Alt Empordà, els dos serveis de SAD que realitzen tasques de cura i de manteniment de la llar compten amb un total de 61 treballadores, de les quals el 93% són dones, segons les dades proporcionades per les tècniques i coordinadores dels serveis. D'acord amb les impressions de les cuidadores i tècniques dels serveis de cura, la feminització d'aquests serveis respon a la responsabilització de les dones del treball de cura i als rols reproductius que aquestes han assumit al llarg de la història, de forma global. En aquest sentit, la divisió sexual del treball es reproduïx, també, en les relacions contingents de la cura i assenyala una vigència significativa del model de provisió dels estats de benestar del *male breadwinner*. Així mateix, s'associen els baixos salaris del treball de cura a la seva feminització:

Igual que si mires, a nivell familiar qui cuida més, solen ser majoritàriament dones. Si fem grups de cuidadors, majoritàriament venen dones. És encara molt molt feminitzat.

Coordinadora d'atenció a la dependència i suport a les famílies de l'administració pública

Jo suposo que, jo abans treballava en una residència i també es veien moltes més noies que nois. No sé si és per el tipus de feina, que la gent el té “como la mujer limpia y el hombre en la obra”, saps? Jo no sé si és per aquest motiu. Però sí que és veritat que les noies també, no sé, com tenim gent de fora,

també venen i ens diuen que sempre han treballat a domicilis, que els agrada. I en canvi, els nois, quan a vegades venen preguntant per deixar currículums, doncs, que què fem, a què ens dediquem, quan els dius que també fem manteniment de la llar i és com “Oh, limpieza”. I a vegades sona, quan ho diuen ells a això que t’he dit abans, a les dones és com que han de treballar a les cases i els homes no.

Coordinadora tècnica de SAD públic 1

Yo pienso que es porque, como son labores de casa yo pienso que los hombres no hacen labores de casa. Son machistas y nunca han hecho nada.

Cuidadora privada externa de la llar

Nosotros hemos tenido, una vez, a un cuidador. Bueno, hemos tenido dos. El primer cuidador que tuvimos, las abuelas no querían que un chico las lavara. Porque, claro, es un trabajo muy asociado, siempre, a la mujer. Y bueno, luego, con el tiempo, cuando las abuelas se acostumbran y eso, pues ya ningún problema. Pero está claro que sí, es un trabajo feminizado. Y, bueno, también es una de las razones por las que está mal pagado.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

Malgrat aquesta noció generalitzada de la la divisió sexual del treball, les entrevistes realitzades mostren una tendència a assenyalar la importància de la incorporació dels homes en el treball de cura de la gent gran i la qualitat del servei que aquests ofereixen:

Jo suposo que les dones ho hem fet tota la vida, és igual que cuidar criatures. Però si tens vocació, es farà la feina. Mira, és millor un home amb vocació, que una dona sense.

Cuidadora de SAD públic 1

El perfil de cuidadors sol ser més un perfil més de dona que d'home. També n'hi ha de bons cuidadors homes, jo en conec, eh. Jo crec que és per educació, perquè ens han ensenyat a cuidar més a les dones que els homes. Però bueno, vull dir, que també hi ha cuidors homes bons, eh. Però el percentatge sempre és més alt d'homes que dones.

Directora de residència i centre de dia privats-col·laboradors

El treball de cura, doncs, és una activitat feminitzada independentment del domini social, la relació econòmica o el context institucional en el que es desenvolupi i, per tant, reproduceix les relacions de responsabilitat de la divisió sexual del treball. Així mateix, la desfamiliarització de la cura de la gent gran que els estats de benestar fomenten a través de les seves polítiques per revisar el sistema de la prestació de la cura, tradicionalment suportat per les famílies –i, per tant, per les dones–, es resol a costa del treball d'altres dones a través de relacions de contingència. En aquest sentit, la desfamiliarització de la cura no només reflecteix la subordinació de les dones en l'àmbit familiar envers la cura, sinó que, materialitzant-se a costa d'una refeminització de la cura proveïda per l'estat, el mercat i el voluntariat, estableix noves situacions de desigualtat.

Per altra banda, les condicions laborals del treball de cura de la gent gran que anteriorment hem analitzat, fan que les dones que la proveeixen tinguin unes condicions de vida precàries. Segons les percepcions de les mateixes cuidadores, el perfil social de les treballadores dels serveis de cura està estretament vinculat al risc d'exclusió social i aquesta característica genera una paradoxa entre la identitat social de la persona que proveeix la

cura i la que n'és beneficiària: la cura de la gent gran en les relacions de contingència es resol entre iguals en l'estratificació social. Així mateix, l'edat juga un paper fonamental en la definició de la identitat social de les dones que cuiden, revelant-se com un eix de discriminació del mercat laboral:

El perfil, es de una mujer de 40 y pico a 50 y pico de años, este, y bueno, con necesidades económicas y que no hay otras salidas laborales. Este seria un poco el perfil de cuidadora. Y, sinceramente, yo entiendo que somos mujeres vulnerables, incluso hay mujeres con exclusión social, trabajando para vulnerables y para gente con exclusión social. Es muy loco todo esto.

Cuidadora de SAD públic 2

Hay mujeres mayores, mujeres que necesitan sus últimos años de cotización porque se han quedado sin trabajo a los 50 y pico, mujeres, como yo, que se han trasladado de un lado a otro porque no encuentran otra cosa, también por edad.

Cuidadora de SAD públic 2

Més enllà de les qüestions de gènere i de classe social, la identitat social de les persones que proveeixen els treballs de cura de la gent gran està travessada per l'estatus migratori i la nacionalitat de les cuidadores. A Catalunya, el 48,6 % de les dones afiliades a la Seguretat Social en el Sistema Especial de Treballadors de la Llar són estrangeres¹². Segons les dades de la Seguretat Social, els països d'origen més presents de les treballadores

¹² <http://www.seg-social.es/>. Última consulta el juliol del 2020.

d'aquests serveis de cura a domicili són el Paraguai, Bolívia, Ucraïna, el Marroc i Colòmbia. Tot i això, cal tenir en compte que la major part de les dones estrangeres que treballen a les llars ho fan sense papers (Briones Vozmediano, Agudelo Suárez, López Jacob, Vives Cases, Ballester Laguna i Ronda Pérez 2014). Les cuidadores justifiquen aquesta notable presència de treballadores migrades a través de la manca d'expectatives i formació laborals d'aquest col·lectiu. L'àmbit de la cura és, per a elles, una de les poques vies d'ocupabilitat possibles per a les dones migrades, especialment els treballs en règim intern. En aquest sentit, es percep com una discriminació el fet que una activitat precaritzada com el treball de cura de la gent sigui una de les úniques oportunitats d'incorporació al mercat de treball per a dones migrades. La manca de valoració social de la cura de la gent gran guarda relació amb la identitat social de les persones la proveeixen:

Este tipo de trabajo, el 70% te diría yo de las personas, el perfil, más o menos, de una trabajadora familiar es que somos de fuera. Yo soy uruguaya, hay una cantidad de gente latinoamericana, hay una cantidad de mujeres que hemos llegado a esto, no por una vocación, ni mucho menos, sino como una salida laboral de último recurso porque te has quedado con cierta edad sin trabajo, porque no consigues otra cosa. Y bueno, esto es una formación –yo esta formación la hice en un año– y bueno, es una salida laboral.

Cuidadora de SAD públic 2

Esto es un trabajo que nos discrimina, porque no tenemos un estudio o lo que sea y por eso optamos a este tipo de trabajos pero tampoco para que se nos discrimine como lo hacen, ya? Porque este es un trabajo nadie, nadie... Yo creo que españoles son muy pocos los que lo quieren hacer, ya te lo digo

yo, de estar metido en una casa. Porque, a mí, me lo han dicho muchas españolas. Me dicen: “Ah, yo no sé cómo tú te aguantas en una casa allí metida 24 horas, yo no puedo, eso no lo hago yo”.

Cuidadora privada interna de la llar

Hay algunos que lo, no sé, como que lo menosprecian a uno porque uno viene de allí o viene de aquí.

Cuidadora privada interna de la llar

Les dones migrades que treballen en els serveis de cura de la gent gran sovint han arribat a aquest sector per necessitat econòmica i laboral. El grau de formació que tenen respecte del treball que desenvolupen és divers: sense titulació, amb acreditació específica o amb estudis formatius d'altres àmbits laborals. Tot i això, les treballadores migrades coincideixen en assenyalar que no han escollit per vocació la seva feina i aquesta circumstància provoca sentiments de frustració i malestars entorn de les seves expectatives laborals i vitals:

Si por nosotras fuera... Yo prefería, yo trabajar mis ocho horas, que me paguen un sueldo normal eirme yo a mi casa, a dormir a mi casa. Eso sería para mí una maravilla. Pero como el trabajo lo exige, es así, es el trabajo que le ofrecen a uno, no es culpa de uno. [...] Uno tiene que tomar decisiones, a veces, en la vida, le gusten o no le gusten, porque tienes que trabajar, ya?

Cuidadora privada interna de la llar

Es triste. Yo, como le digo, al principio me ponía muy triste. Yo decía: “Dios mío, yo tengo mi profesión, allá tenía mi farmacia”. En mi casa teníamos una persona que iba a arreglar las cosas y ahora yo estoy haciendo esto. A una le pone mal las cosas. Trato de no pensar en estas cosas, porque es muy triste que tú tengas una profesión y vayas a trabajar de una cosa que no.

Cuidadora privada de la llar

Existeix, a banda d'un biaix de gènere, una discriminació de classe i d'origen: són les dones de classe treballadora –i, en els darrers anys, amb la crisi de la cura (Hochschild 1995)– migrades del Sud global els subjectes que assumeixen de forma estructural els serveis de cura de la gent gran en les relacions contingents. D'aquesta manera, s'articula un fenomen de *care drain* (Bettio, Simonazzi i Villa 2019) o de *cadena global de cuidado* (Pérez Orozco 2019), és a dir de “redes transnacionales que se establecen para sostener cotidianamente la vida y a lo largo de las cuales los hogares y, en ellos, las mujeres, se transfieren cuidados de unas a otras con base a ejes de jerarquización social” (Pérez Orozco 2019: 228). Amb la necessitat del treball de les dones migrades per proveir la cura, s'estableix un canvi de règim de cura de la gent gran que passa d'un model familiarista a un nou model de cura basat en la immigració (Bettio, Simonazzi i Villa 2019). En aquest sentit, Gregorio-Gil (2017), afirma que són, precisament, les migracions transnacionals les que determinen les divisions socials presents en l'organització social de la cura.

La desfamiliarització de la cura de la gent gran impulsada per les polítiques de provisió social de l'estat de benestar no només posa de manifest un procés final de refamiliarització, sinó que, en la seva fase de desfamiliarització a través del mercat –sigui per mitjà de l'externalització dels serveis públics o dels serveis privats–, estableix la responsabilitat social de la cura a través d'una *triple discriminació* (Parella 2003): gènere, classe i origen. El règim de cura, doncs, garanteix que les dones puguin deixar d'assumir el treball de cura

de la gent gran en la família a costa d'una responsabilització social que precaritza els drets socials, laborals i de ciutadania dels subjectes que la proveeixen en el mercat.

5.4. Els costos del treball de cura

5.4.1. Costos econòmics

L'organització social de la responsabilitat en la cura de la gent gran revela els discursos dels estats de benestar sobre les relacions que han de tenir l'estat, la família i el mercat per sostenir la provisió de la cura. Però, per determinar de quina manera aquests discursos es tradueixen en la pràctica, es fa necessari posar atenció en la seva materialització en els marcs normatius i econòmics. En aquest sentit, l'anàlisi de la divisió social dels costos econòmics ens dona una idea de l'economia política pròpia de la prestació del *social care* (Daly i Lewis 2019) i del règim de cura.

Segons el *XX Dictamen del Observatorio* de la Asociación estatal de directores y gerentes de Servicios Sociales de l'any 2020¹³, a Catalunya les despeses econòmiques del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència estan repartits entre l'Administració General

¹³

[https://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XX_Dictamen/0%20Todas%20CCAA.%20XX%20Dict%C3%A1men%20%20\(3.0\)_compressed.pdf](https://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XX_Dictamen/0%20Todas%20CCAA.%20XX%20Dict%C3%A1men%20%20(3.0)_compressed.pdf).

de l'Estat (12,5%), la Comunitat Autònoma (67,7%) i el beneficiari de la cura (19,8%). Així doncs, el finançament públic ve determinat en la seva gran majoria pels pressupostos de la Generalitat de Catalunya (84%). El cost total dels serveis públics –que inclouen les despeses destinades als serveis a domicili, Teleassistència i serveis de centres de dia i residències de propietat pública– i de les prestacions econòmiques vinculades a la Llei de Dependència va ser, l'any 2019, de 1.304 milions d'euros. A l'Alt Empordà, l'Ajuntament de Figueres destina 524.000 d'euros i el Consell Comarcal de l'Alt Empordà 652,455.80 d'euros¹⁴ als SADs corresponents. Aquestes despeses inclouen la contractació de les cuidadores dels serveis: 31 a Figueres i 30 a l'Alt Empordà, segons les dades proporcionades per les tècniques de l'administració.

A banda de les contribucions de les administracions públiques, els costos dels serveis que proveïxen la cura de la gent gran estan finançats a partir del copagament de les persones usuàries. Tal com exposen Montserrat Codorniu i Montejo Sarrias (2012), d'acord amb la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, la participació de la persona beneficiària en el cost del servei s'ha de realitzar d'una forma progressiva, tenint en compte la seva capacitat econòmica i les seves rendes. L'objectiu d'aquest copagament és, segons aquests autors, evitar el finançament a través de la recaptació d'impostos. En aquest sentit i com hem observat anteriorment en aquesta anàlisi, el copagament dels serveis públics de cura de la gent gran retorna, amb un procés

¹⁴ Dades proporcionades per les persones responsables d'aquests serveis i pel portal <https://seu-e.cat>.

de refamiliarització de la cura, la responsabilitat de l'estat a les famílies¹⁵. A continuació es detalla la mitjana de costos mensuals que assumeixen els beneficiaris de la cura, segons el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM)¹⁶ per cada servei al mes:

Taula 2. Costos mensuals del copagament dels serveis de cura (euros/mes)

	Mitjana	0 a 1 IPREM	1 a 2 IPREM	2 a 3 IPREM	3 a 4 IPREM	4 a 5 IPREM	Més de 5 IPREM
Residència	960	259	806	1334	1440	1440	1440
Centre de dia	284	0	183	415	583	585	585
SAD 60 h	313	0	191	433	664	702	702
SAD 30 h	141	0	64	206	337	351	351
Prestació de cuidador	186	0	126	282	349	349	349

Font: Montserrat Codorniu i Montejo Sarrias (2012)

¹⁵ Veure Gràfic 1.

¹⁶ El Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) és un índex que s'utilitza com a referència per a la concessió d'ajudes, subvencions i subsidis d'atur en funció de la renda de la persona que ho sol·licita.

Pel que fa a les prestacions per plaça de residència pública, la diferència entre la quantitat que subvenciona l'estat i el preu que realment ha d'abonar la persona beneficiària al centre –que pot triplicar l'import prestat– constitueix un segon copagament, segons el *XX Dictamen del Observatorio* de la Asociación estatal de directores y gerentes de Servicios Sociales de l'any 2020¹⁷. Així mateix, pel que fa a les prestacions per contractar un cuidador familiar en el mercat, sovint la quantitat econòmica prestada per l'estat és inferior al cost real del servei privat, fet que motiva a no crear un mercat laboral de qualitat o a traslladar el sobrecost a la família (Roca Escoda 2018). A més, tot i que, en teoria, el copagament és proporcional a la renda de les persones beneficiàries de la cura, les cuidadores dels serveis de SAD públics observen, sovint, contradiccions en l'avaluació de les seves condicions econòmiques:

També és veritat que hi ha molta gent, parlo d'usuaris, que estan pagant molts de cèntims per tenir una atenció o un servei i penso que és massa diners pel... si tu compares el que han de pagar amb el que guanyen, ostres, moltes vegades no surt a compte, no?

Coordinadora tècnica de SAD públic 2

Els costos dels serveis contingents de cura de la gent gran que es realitzen en el mercat són assumits pels usuaris i, per tant, per la família. Per una banda, el servei de treballadora

¹⁷

https://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XX_Dictamen/INFO%20GLOBAL%20XX%20DICTAMEN%203-3-20_compressed.pdf.

familiar –com hem assenyalat anteriorment, el servei privat més estès– comporta una despesa mínima de 7,43 euros bruts/hora¹⁸. Les associacions i entitats privades que realitzen serveis d'atenció a domicili a través de la contractació de treballadores de la llar estipulen uns costos per a les persones beneficiàries de 12,27 euros/hora en serveis de 1 a 29 hores, de 10,85 euros/hora en serveis de 30 a 39 hores, de 10,29 euros/hora en serveis de 40 hores i de 1770,24 euros/mes per serveis de 24 hores, segons les dades consultades al web d'una de les entitats que opera a la comarca¹⁹. En aquest sentit, el cost per a les famílies és substancialment menor si contracten aquests tipus de serveis directament a treballadores de la llar. Per altra banda, les despeses dels serveis que ofereixen els centres de dia i les residències de caràcter privat i que són pagades pels usuaris, estableixen tarifes que oscil·len entre els 803,07 euros i els 428,31 euros, segons el nombre d'àpats (de quatre a dos), en el cas del centre de dia i entre els 1518,50 euros i els 2.049,74 euros, segons el grau de dependència, en el cas de la residència, d'acord amb les dades proporcionades per la directora d'un centre de dia i residència privats-col·laboradors. Tot i això, segons la persona entrevistada que dirigeix aquest tipus de centre, el cost global de la provisió de cura de la gent gran se sosté no tant per les taxes que paguen els usuaris, sinó a través de donacions particulars:

¹⁸ mitramiss.gob.es. Última consulta el juliol del 2020.

¹⁹ Preus consultats a <https://www.sersaonline.com/ca/serveis-socials/servei-d-atencio-domiciliaria-a-les-poblacions>.

Una residència com la nostra viu, sobreviu, no, no viu no, sobreviu de les donacions. De les donacions i de que estem convivint amb el cementiri també, que dona diners. Perquè la residència, per si, és deficient.

Directora de residència i centre de dia privats-col·laboradors

5.4.2. Costos emocionals i en la salut

La naturalesa del treball de cura i les condicions de les relacions econòmiques en les quals es realitza originen, com hem vist en aquesta anàlisi, impactes en les condicions de vida i un procés de risc d'exclusió social de les persones que el proveeixen. Els costos del treball de cura van més enllà de les afectacions en el perfil socioeconòmic de les cuidadores i poden impactar en la seva salut, física i emocional, en tots els dominis en els quals té lloc la cura.

En primer lloc, la mateixa naturalesa del treball de cura provoca impactes en la salut física de les cuidadores. Per una banda, la dimensió material de la cura de la gent gran comporta la realització de treballs que requereixen constantment d'esforç físic, especialment quan les persones beneficiàries de la cura tenen patologies associades a la mobilitat. Aquesta peculiaritat implica, en molts casos, percepcions de sobrecàrrega i fatiga física – especialment en les treballadores contractades en règim intern– i, fins i tot, lesions derivades d'aquest tipus de treball que sovint suposen baixes laborals. Per altra banda, en ser un treball significativament vinculat amb la salut mental, les cuidadores es troben, en

ocasions, en situacions que suposen un risc per la seva integritat física. Aquestes perjudicis intrínsecs al treball de cura de la gent gran no estan contemplats com a risc laboral i, per tant, no estan reconeguts ni valoritzats com a cost. En aquest sentit, aquests costos recauen en les mateixes cuidadores:

Això els familiars, diuen, “Yo te pongo aquí y te tienen que hacer todo”. Pero no te tienen que hacer todo. Si tu caminas, camina. Que si yo no estoy bien, tampoco puedo cuidar... és que, clar, hi ha algo de, sabes?... Yo me tengo que cuidar también, si tu no me ayudas... yo tengo que hacer toda la fuerza y duraré, en vez de un día, duraré media hora.

Cuidadora de residència pública

Yo, por ejemplo, cuando dejé de trabajar de cuidadora, cuando dejé formalmente de trabajar como cuidadora, fue en el 2015, porque ya tenía, digamos, consecuencias. Empezaba a tener a menudo lumbalgias y, claro, es un trabajo que físicamente, está dejando secuelas. Mi madre, por ejemplo, mi madre, se había dedicado toda la vida a... ella es enfermera, pero se dedicó aquí a trabajar en residencias y terminó con problemas en las rodillas, porque cuando haces las transferencias tienes que aguantar el peso, y por un mínimo mal gesto que hagas puedes crear una lesión. Tenemos compañeras que han terminado con tendinitis. O sea, que es un problema, es un trabajo que físicamente crea, acarrea muchos problemas de salud, problemas de salud que tampoco, qué quieres que te diga... Te mandan de baja, te van mandando de baja y ya está.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

A la hora de que un residente está descompensado psicológicamente, psiquiátricamente, la primera que recibe golpes y malos tratos es la cuidadora. Sí, sí, si una cuidadora tiene que ir a duchar a un

residente agresivo, esta cuidadora acaba, literalmente, pegada. Se tiene en cuenta, como que puede pasar, pero el lema és: “gajes del oficio”. No está establecido. Es más, si en un momento una cuidadora reacciona instintivamente a una agresión, la cuidadora cobraría. O sea, le levantarían una acta”.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

A veces me he sentido cansada, agotada, pero digo: “¿qué hago?”. Si necesito trabajar, ¿sabes? Son momentos difíciles para uno, porque uno, a veces, coge un estrés que no te imaginas. Que el cuerpo, como que tiene una carga, como que no descansa, ¿ya? Entonces, imagínate, veinticuatro horas uno allí, si te llaman a medianoche y te tienes que parar, si tienes que estar cuatro o cinco horas al pie de un abuelo toda la noche, tienes que estar.

Cuidadora privada interna de la llar

Tenemos, también, lo que se llama el síndrome del cuidador quemado que es, este, muy habitual. De que la gente se queme por este tipo de cosas de trabajo.

Cuidadora de SAD públic 2

En segon lloc, la dimensió afectiva del treball de cura i els vincles que es produeixen, de forma generalitzada, entre cuidadores i usuaris afecten el desenvolupament del seu treball. Com hem analitzat anteriorment, la dimensió afectiva de la cura de la gent gran genera sovint vincles similars a les relacions familiars, que es tradueixen en preocupacions i malestars:

Las cuidadoras nos llevamos, y digo llevamos porque cuando hace falta trabajo de cuidadora, nos llevamos las preocupaciones a casa, o sea, también si una familia... La familia normalmente llega a

la residencia a visitar a su pariente o familiar y a la persona que primeramente le pide cualquier cuenta de cualquier cosa es a la cuidadora.

Psicòloga i antiga cuidadora de residència privada-col·laboradora

Es inevitable la implicación y el desgaste emocional porque, a ver, este, yo he estado con terminales. Obviamente tú estás cuatro años, cinco años, cuidando de una persona, día a día, durante dos horas diarias, dos horas y media diarias y, bueno, va a terminar en muerte, ¿no?. Este, ese fallecimiento es doloroso para la familia, pero es muy doloroso para ti también. Porque tú has estado mucho más que la hija con esa persona día a día.

Cuidadora de SAD públic 2

Molta carga, saps què te vull dir? Una vegada se va caure un dels avis i se va fer mal. El vaig portar al metge i després vaig estar plorant i tot perquè em vaig sentir malament. Saps què te vull dir? No era culpa meva però sents com impotència de dir, bueno si hagués estat al seu pis o la seva dona, no li hagués passat això. Acabes estimant a la gent.

Cuidadora voluntària

Per altra banda, el treball de cura té costos emocionals en la vida personal i familiar de les cuidadores. A Catalunya, segons l'*Enquesta de l'ús del temps* realitzada el 2010-2012, les dones dediquen aproximadament el doble de temps que els homes a la cura i a les tasques familiars. Les cuidadores, especialment les que treballen en règim intern, es troben amb limitacions a l'hora d'assumir el treball de cura que es realitza, de forma informal i estructural per part de les dones, en l'entorn familiar. Tot i que aquesta característica pot ser comuna als diferents treballs independentment del seu caràcter, en el cas de la cura és

especialment acusat, ja que es tracta d'un treball que compateix la mateixa naturalesa en l'àmbit del treball i en l'àmbit personal. Aquest fet provoca sentiments de culpabilitat:

Yo por ejemplo, mira, tengo a mi hijo en silla de ruedas, ¿ya?. Y yo, voy cada ocho días a ver a mi hijo. Cada ocho días voy, nada más. Menos mal que él... Bueno, ahora está mi hermano allí, ¿sabes? Que no tiene trabajo, pero bueno él, allí, se va defendiendo como puede porque él se cocina, él se lava la ropa y todo eso. Y, es más, cuando yo voy, ya él me ha hecho algo de comer y todo eso. Pero mira, es que uno quisiera estar... Yo, por ejemplo, quisiera estar todos los días allí con mi hijo porque hay momentos que también él me necesita, ¿entiendes?

Cuidadora privada interna de la llar

Es un trabajo muy sacrificado. Son veinticuatro horas. Tú no tienes libertad, tienes que perder lo tuyo. O sea, abandonar lo tuyo, tu familia, tus cosas para estar allí por ese trabajo, porque necesitas trabajar.

Cuidadora privada interna de la llar

6. Conclusiones

6.1. Accés restringit a la provisió de cura de la gent gran amb impacte de gènere

La taxa d'envelliment de la població a l'Alt Empordà traça una línia ascendent des de l'any 2009, en la mateixa direcció que s'observa a Catalunya i a la resta d'Europa. Aquesta tendència ha incrementat les demandes de provisió de cura de la gent gran, especialment

de les dones, a causa de la feminització de la identitat social que s'observa en els usuaris dels serveis de cura. La Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència defineix un model de prestació amb nocions restringides de la cura, entenent que les persones beneficiàries han d'acreditar la seva situació de manca d'autonomia per ser reconegudes com a persones dependents. Així mateix, en el règim de cura a Catalunya les polítiques públiques estan concebudes per donar suport als treballs de cura que ja realitzen les famílies –i, per tant, que assumeixen, globalment, les dones–, situant la cura de la gent gran com a responsabilitat familiar. D'aquesta manera, el règim de cura se sosté, no només restringint els serveis i prestacions en funció del grau d'autonomia de la persona beneficiària, sinó també limitant-los segons la capacitat i la disponibilitat de la família per responsabilitzar-se de la seva cura.

Els principis d'accés universal de la legislació actual de la cura de la gent gran es tradueixen, amb aquestes restriccions, en meres declaracions d'intencions. A més, tot i que existeixen criteris de renda per a l'assignació de prestacions econòmiques i serveis, el copagament, les dificultats burocràtiques i les contradiccions dels criteris d'adjudicació esdevenen, per als estats de benestar, un mecanisme de control de l'accés als serveis de cura. A causa de l'elevat índex de mortalitat de les persones beneficiàries d'aquests serveis i prestacions, aquests mecanismes reguladors limiten, així mateix, el gaudi del dret a ser cuidat que es pretén universal. La manca d'accés garantit al Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència i el model familista del règim de cura tenen un impacte de gènere significatiu que afecta amb major grau a les dones, ja sigui com a sol·licitants de les ajudes

per atendre la cura de la gent gran o com a responsables que assumeixen el treball de cura en l'àmbit familiar.

6.2. La multidimensionalitat del treball de cura com a justificació de la desvalorització i precarització de les condicions laborals

El treball de cura de la gent gran té, com hem observat en l'anàlisi, quatre dimensions principals que determinen les tasques i els estats mentals de l'activitat, allunyades de la categoria de treball emprat per designar valors produïts per a l'intercanvi mercantil. El desenvolupament de les activitats de cura, a través de les seves dimensions material, afectiva i psicològica, té un impacte directe en les persones beneficiàries, però també –tot i que sovint de forma invisibilitzada– una relació indirecta en les persones que proveeixen els serveis, a través de la dimensió d'autocura. Independentment del domini social o la relació econòmica entre beneficiari i cuidador, aquesta darrera dimensió és especialment significativa, ja que és decisiva per a possibilitar la resta de dimensions i estipula un rol dual de la persona cuidadora que és, alhora, beneficiària de la mateixa cura que proveeix.

La naturalesa multidimensional del treball de cura en les relacions contingents justifica la manca de valor que s'atorga socialment a la cura, principalment, per dos motius. En primer lloc, el fet que el treball de cura no s'ajusti a la concepció del treball productiu fa que les capacitacions i els coneixements professionals de les cuidadores no siguin reconegudes i,

per tant, no siguin valorades de forma global. Aquesta manca de reconeixement no és exclusiva del discurs social, sinó que perviu en les percepcions dels mateixos beneficiaris de la cura i de les cuidadores. En segon lloc, la dimensió afectiva i les relacions de confiança que s'estableixen –que, fins i tot, s'expressen en termes de parentesc– revelen una altra cara de la moneda del *labour of love*: les situacions d'abús laboral que pateixen les treballadores assumint responsabilitats sobre el perceptor de cura o treballant fora dels horaris estipulats pel seu contracte laboral.

D'aquesta manera, la manca de valor social que s'atribueix al treball de cura de la gent gran impacta en la determinació de les condicions laborals. De forma global i ja sigui en l'àmbit públic o privat del treball de cura, els convenis que regulen les condicions laborals de les cuidadores estipulen baixos salaris que fan que es vegin obligades a cercar altres fonts d'ingrés. La precarització de les condicions de treball de les cuidadores és especialment acusada en el cas de les treballadores de la llar que s'adscriuen al Sistema Especial de Treballadors de la Llar, amb pagues prorratejades i sense accés a les prestacions d'atur. Així mateix, les treballadores de la llar que estan contractades en règim intern expressen el seu treball en termes d'esclavatge.

L'estat de benestar contribueix a reproduir la desvalorització del treball de cura preexistent en el treball domèstic que es desenvolupa en les relacions familiars i les reïfica a través de la legislació laboral actual. Malgrat els esforços de l'economia feminista en la recerca acadèmica sobre els usos del temps i la comptabilització del treball de cura, la naturalesa

multidimensional d'aquesta segueix determinada per la manca de consens a l'hora de valoritzar un treball amb característiques pròpies que implica tasques materials i estats mentals. La naturalesa del treball de cura esdevé, doncs, un objecte d'estudi central per a la concepció d'un nou paradigma del règim de cura que deixi de sostenir-se a costa de la pèrdua de drets laborals, socials i en detriment de les condicions de vida de les persones que cuiden.

6.3. La desresponsabilització de la cura per part l'estat sota l'aparença de la desfamiliarització: Refamiliarització i refeminització de la responsabilitat de la cura

La família és la principal institució responsable de la provisió de la cura de la gent gran. La Llei de Dependència neix amb l'objectiu, a l'Estat espanyol, de desfamiliaritzar la responsabilitat de la cura de les persones dependents. Tot i aquesta intenció, el model de prestació que s'observa en les relacions contingents de la cura de la gent gran trasllada la responsabilitat al mercat a través de l'externalització dels serveis i la retorna, així mateix, a la família mitjançant el copagament dels serveis. Per la seva banda, el mercat assumeix la demanda de serveis de cura que queda fora del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, els costos dels quals repercuteixen en l'economia familiar. L'organització social de la cura en aquest context, doncs, no inicia tant un procés cap a la

desfamiliarització del treball de cura, sinó un procés de rearticulació del familiarisme a través de noves relacions entre les diferents institucions.

El treball de cura és una activitat feminitzada en tots els dominis socials, les relacions econòmiques i els contextos institucionals en què té lloc. La desfamiliarització de la cura de la gent gran es resol, per tant, a través del treball de dones en les relacions contingents, garantint que les dones del nucli familiar puguin deixar d'assumir el treball de cura a costa de la precarització de drets socials, laborals i de ciutadania dels subjectes que el proveeixen en el mercat. En aquest sentit, la desfamiliarització de la cura no només reflecteix la subordinació de les dones en l'àmbit familiar envers la cura, sinó que, materialitzant-se a costa d'una refeminització de la cura proveïda per l'estat, el mercat i el voluntariat, estableix noves situacions de discriminació en la responsabilitat de la cura.

6.4. Familiarització dels costos econòmics i l'existència de costos invisibilitzats que assumeixen les cuidadores

Amb el copagament dels serveis públics de cura per part de les persones beneficiàries i la significativa participació del mercat, l'estat de benestar reproduceix el procés de refamiliarització de la responsabilitat de la cura de la gent gran en termes de costos econòmics. En aquest sentit, el discurs simbòlic de qui ha de sostenir la cura també es fa efectiu amb coherència en l'àmbit material de la provisió de la cura. A més, les

contradiccions entre les ajudes de les administracions públiques i el cost real dels serveis de cura de la gent gran precaritza tant les condicions laborals de les treballadores com la provisió de cura de les persones usuàries.

El treball de cura comporta costos emocionals i en la salut de les cuidadores que són assumits per les mateixes treballadores. D'aquesta manera, si les condicions laborals del treball de cura, amb els seus baixos salaris, no reconeixen les capacitacions i l'expertesa de les cuidadores professionals, tampoc tenen en compte els riscos laborals derivats de la naturalesa del treball però invisibilitzats per la manca de valor social que s'atribueix, de forma global, a la cura de la gent gran: lesions i fatiga físiques, sobrecàrrega mental, desgast emocional i sentiments de culpabilitat amb relació a les limitacions per fer front als treballs de cura a l'interior de la seva pròpia família. En aquest sentit, l'estat de benestar no només desfamilitza la cura de la gent gran a partir de la seva desresponsabilització envers els costos emocionals i físics dels quals se'n fan càrrec les dones proveïdores de cura en les relacions contingents, sinó que ho fa amb costos addicionals per a les beneficiàries de cura que es troben al nucli familiar de les mateixes cuidadores.

6.5. Covid-19: S'evidencien les mancances sistèmiques del règim de cura de la gent gran

L'emergència sanitària de la Covid-19 ha afectat de forma significativa a la gent gran. Tot

i la situació d'excepcionalitat que han viscut els estats de benestar, aquesta pandèmia mundial no ha desencadenat una crisi, sinó que ha visibilitzat les mancances estructurals del règim de cura. Durant el període de confinament, la demanda de serveis de cura ha incrementat a causa de l'aïllament social, però també ha iniciat processos de refamiliarització del treball de cura. Si la responsabilització dels serveis de cura per part de l'estat ja era, anteriorment a l'emergència sanitària, limitada i restringida, aquesta nova onada de familiarització de la cura esdevé la confirmació de les relacions desiguals entre estat i família en la socialització de la cura de la gent gran.

De la mateixa manera, les recomanacions de distància social que han realitzat les administracions públiques per contenir les taxes de contagis han revelat la manca de reconeixement de la dimensió afectiva que, de forma essencial, defineix la naturalesa del treball de cura. Amb l'absència de contacte, les limitacions en el desenvolupament del treball de cura de la gent gran ha generat costos emocionals afegits, que han hagut d'assumir els beneficiaris de la cura i les cuidadores. La desvalorització social de la diversitat d'activitats que integren el treball de cura s'ha fet especialment evident a partir de les condicions laborals en les quals les cuidadores han realitzat les seves tasques durant la pandèmia: equips de protecció i riscos laborals a càrrec de les mateixes cuidadores i deteriorament de les seves condicions de vida, davant la impossibilitat de trobar noves fonts d'ingrés amb treballs sovint vinculats, també, a l'àmbit domèstic i de la cura.

La Covid-19 ha suposat, en el règim de cura, l'evidència visible d'una crisi sistèmica de la cura de la gent gran o, en altres paraules, d'una provisió social de la cura de la gent gran en crisi permanent. L'abrupte impacte d'aquesta situació no projecta un canvi en la valorització social del treball de cura ni en el paradigma del sistema de prestació de cura de la gent gran, sinó que constata l'acceleració i l'enduriment dels processos ja existents en el context dels estats de benestar.

7. Bibliografia

ANTTONEN, A. i SIPILÄ, J. (1996): "European social care services: Is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, 6, 2: 87-100.

BALBO, L. (1982): "Riparlamo del welfare state: la società assistenziale, la società dei servizi, la società della crisi", *Papers. Revista de Sociologia*, 18: 51-85.

BETTIO, F. i PLANTENGA, J. (2004): "Comparing Care Regimes in Europe", *Feminist Economics*, 10, 1: 85-113.

BETTIO, F., SIMONAZZI, A., VILLA, P. (2019): "Cambios en los regímenes de cuidados y migración femenina: El *care drain* en el Mediterráneo", a C. Carrasco, C. Borderías i T.

Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Fuhem Ecosocial: 303-333.

BRENNAN, D., CASS, B., HIMMELWEIT, S. i SZEBEHELY, M. (2012): “The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes”, *Journal of European Social Policy*, 22, 4: 377–391.

BRIONES VOZMEDIANO, E., AGUDELO SUÁREZ, A.A. , LÓPEZ JACOB, M.J., VIVES CASES, C., BALLESTER LAGUNA, F. i RONDA PÉREZ, E. (2014): “Percepción de las trabajadoras inmigrantes del servicio doméstico sobre los efectos de la regulación del sector en España”, *Gaceta Sanitaria*, 28, 2: 109-115.

CARRASCO, C. (2013): “El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31, 1: 39-56.

CARRASCO, C., BORDERÍAS, C. i TORNOS, T. (2019): “Introducción”, a C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Fuhem Ecosocial: 11-93.

CARRASQUER, P. (2013): “El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31, 1: 91-113.

DALY, M. (1994): "A matter of dependency: Gender in British income maintenance provision", *Sociology*, 28, 3: 779-797.

DALY, M. i LEWIS, J. (2019): "Capítulo 6. El concepto del 'social care' y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos", a C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Fuhem Ecosocial: 223-249.

ELÓSEGUI, M. (2011) "Por un nuevo estado social innovador en equidad de género", *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 45: 65-87.

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

ESQUIVEL, V., FAUR, L. i Jelin, E. (2012) "Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado", a V. Esquivel, L. Faur i E. Jelin (eds.), *Las lógicas del cuidado infantil: entre las familias, el estado y el mercado*, Argentina, Ides-UNFPA, UNICEF: 11-45.

ESTEBAN, M. L. (2011): *Crítica del pensamiento amoroso*, Barcelona, Edicions Bellaterra.

EZQUERRA, S. (2011): "Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real", *Investigaciones Feministas*, 2: 175-194.

FERRERA, M. (1996): "The «Southern Model» of Welfare in Social Europe", *Journal of European Social Policy*, 6, 1: 17-37.

FOLBRE, N. (2019): "Capítulo 8. Medir los cuidados: Género, empoderamiento y la economía de los cuidados", a C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Fuhem Ecosocial: 276-302.

FRIEDAN, B. (2016): *La mística de la feminidad*, Madrid, Cátedra.

GRAHAM, H. (1983): "Caring: a labour of love", a J. Finch i D. Groves (eds.), *A labour of love: Women, Work and Caring*, Londres, Routledge and Kegan Paul: 13-30.

GRAHAM, H. (1991): "The concept of caring in feminist research: The case of domestic service", *Sociology*, 25, 1: 61-78.

GREGORIO-GIL, C. (2017): "¿Por qué hablar de cuidados cuando hablamos de migraciones transnacionales?", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 2: 49-64.

HARRISON, J. (1975): “Economía política del trabajo doméstico”, a J. Harrison, W. Seccombe i J. Gardiner (AA.), *El ama de casa bajo el capitalismo*, Barcelona, Editorial Anagrama: 7-45.

HIMMELWEIT, S. (2019): “Capítulo 5. El descubrimiento del ‘trabajo no remunerado’: Consecuencias sociales de la expansión del término ‘trabajo’”, a C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Fuhem Ecosocial: 197-222.

HOCHSCHILD, A. R. (1995): “The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care”, *Social Politics*, 2, 3: 331-346.

IMSERO (2005): *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar*.

LEWIS, J. (2019): “Capítulo 10. Género, envejecimiento y el ‘nuevo pacto social’: la importancia de desarrollar un enfoque holístico de las políticas de cuidados”, a C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Fuhem Ecosocial: 334-356.

LEWIS, J. i OSTNER, I. (1994): *Gender and the evolution of European social policies*, Bremen, Centre for Social Policy Research, University of Bremen.

LISTER, R. (1994): “‘She has other duties’: Women, Citizenship and Social Security”, a S. Baldwin i J. Falkingham (eds.), *Social Security and Social Change*, New Challenges to the Beveridge Model, Hemel Hempstead: 31-44.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2009): “¿Y qué pasa con mi cuidadora? Inmigración, servicio doméstico y privatización de los cuidados a las personas dependientes”, *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*, 45: 99-109.

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

MONTSERRAT CODORNIU, J. i MONTEJO SARRIAS, I. (2012): *Análisis de las medidas introducidas en la Resolución de 13/7/2012*, Actas de la Dependencia Fundación Caser: 75-99.

MORENO, A. i ACEBES, R. (2008): “Estado de bienestar, cambio familiar, pobreza y exclusión social en España en el marco comparado europeo”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 75: 31-49.

MORENO, L. (2001): “La «vía media» española del modelo de bienestar mediterráneo”, *Papers*, 63/64: 67-82.

MORENO, L. i MARÍ-KLOSE, P. (2016): “Bienestar Mediterráneo: trayectorias y retos de un régimen en transición”, a E. Del Pino y M. J. Rubio Lara (dirs.), *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*, Madrid, Tecnos: 126-146.

MORENO, S., RECIO, C., BORRÁS, V. i TORNIS, T. (2016): “Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras”, *Papeles del CEIC*, 1, 145: 1-28.

O’CONNOR, J. (1993): “Gender, Class and Citizenship in the Comparative Analysis of Welfare State Regimes: Theoretical and Methodological Issues”, *The British Journal of Sociology*, 44, 3: 501-518

ORLOFF, A. S. (1993): "Gender and the Social Rights of Citizenship State Policies and Gender Relations in Comparative Research", *American Sociological Review*, 58, 3: 303-328.

PARELLA, S. (2003): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.

PATERMAN, C. (2019): *El contrato sexual*, Madrid, Ménades Editorial.

PÉREZ OROZCO, A. (2019): *Subversión feminista de la economía*, Madrid, Traficantes de sueños.

PICKARD, L. (2015): "A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032", *Ageing and Society*, 35: 96-123.

RAZAVI, S. (2007): *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, Gender and Development Programme, United Nations Research Institute for Social Development.

RECIO, C., MORENO, S., BORRÁS, V. i TORNOS, T. (2015): "La profesionalización del sector de los cuidados", *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de servicios sociales)*, 60: 179-193.

ROCA ESCODA, M. (2018): *La cura a Catalunya: sector ocupacional i espai de desigualtats de gènere* (Tesi doctoral), Universitat Autònoma de Barcelona.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Madrid, Fundamentos.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): "Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea.", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29: 13-42.

SABEL, C. i ZEITLIN, J. (2003): *Active welfare, experimental governance, pragmatic constitutionalism: The new transformation of Europe*, presentat a la International Conference of the Hellenic Presidency of the European Union, "The modernisation of the european social model and EU policies and instruments", Ioannina, Grècia, Maig 2003.

SAINSBURY, D. (1996): *Gender, Equality and Welfare States*, Cambridge, Cambridge University Press.

SANCHEZ MIRET, C. i VILLENA TUDELA, N. (2018): *Conciliació i corresponsabilitat. Una perspectiva feminista*, Fundació Josep Irla.

SANDALINAS FÉLEZ, L. et al (2019): *Les condicions de vida i de treball de les dones* (2019), Barcelona, Secretaria de les Dones de CCOO de Catalunya

SECCOMBE, W. (1975): “El trabajo doméstico en el modo de producción capitalista”, a J. Harrison, W. Seccombe i J. Gardiner (AA.), *El ama de casa bajo el capitalismo*, Barcelona, Editorial Anagrama: 47-100.

SERRANO, A., ARTIAGA, A. i DÁVILA, M. C. (2013): “Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica”, *Revista Internacional de Sociología* (RIS), 71, 3: 669-694.

THOMAS, C. (2019): “Capítulo 3. Deconstruyendo los conceptos de cuidados”, a C. Carrasco, C. Borderías i T. Torns (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, Madrid, Fuhem Ecosocial: 143-174.

TORNS, T. (2007): “El cuidado de la dependencia. Un trabajo de cuidado”, *Mientras tanto*, 13: 33-43.

UNGERSON, C. (1990): “The language of care: Crossing boundaries”, a C. Ungerson (ed.), *Gender and caring: Work and welfare in Britain and Scandinavia*, Londres, Harvester Wheatsheaf: 8-33.

UNGERSON, C. (1995): "Gender, cash and informal care: European perspectives and dilemmas", *Journal of Social Policy*, 24, 1: 31-52.

UNGERSON, C. (2005): "Care, work and feeling", a *The Sociological Review*, 53, 2: 188-203.