



Ciutats i Persones

ABORDANT LA CRISI DE LES CURES: polítiques, treballs i experiències locals

37

Silvia Carrillo Gómez (coord.)

ICPS

Institut de Ciències Polítiques i Socials
Adscrit a la Universitat Autònoma de Barcelona

**ABORDANT LA CRISI DE LES CURES:
POLÍTIQUES, TREBALLS I EXPERIÈNCIES LOCALS**

Ciutats i Persones

Silvia CARRILLO GÓMEZ (coord.)
Magdalena DÍAZ GORFINKIEL
Wendy Raquel ESPINOSA SÁNCHEZ
Sandra EZQUERRA SAMPER
Christel KELLER GARGANTÉ
Mireia ROCA I ESCODA
Xavier RUBIO CANO
Miriam SOL TORELLÓ

El propòsit de l'Institut de Ciències Polítiques i Socials (ICPS) és impulsar la recerca i la docència en els camps de les ciències polítiques i socials. L'ICPS està adscrit a la Universitat Autònoma de Barcelona.

COL·LECCIÓ GRANA és una de les línies editorials de l'ICPS, especialitzada en la publicació de treballs sobre Catalunya.



Amb el suport de:



© ICPS i les diferents autores i autor, 2019

ICPS

Mallorca, 244 pral.
08008 Barcelona
www.icps.cat
(0034) 93 487 10 76

EDICIÓ

Editorial MIC

ISBN: 978-84-09-14802-8

SUMARI

PRESENTACIÓ SILVIA CARRILLO GÓMEZ	5
CARTOGRAFIANT LA CRISI DE LES CURES EN L'ÀMBIT CATALÀ: POLÍTIQUES PÚBLIQUES, FAMÍLIES I MERCAT. SANDRA EZQUERRA SAMPER	10
DESIGUALTATS DE GÈNERE EN EL SECTOR OCUPACIONAL DE LES CURES MIREIA ROCA I ESCODA	46
(DES)PROTECCIÓN LEGAL Y VULNERACIONES EN EL EMPLEO DEL HOGAR Y DE CUIDADOS MAGDALENA DÍAZ GORFINKIEL	72
ESTRATEGIAS DE RESISTENCIA Y PROPUESTAS LOCALES DE LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR Y DEL CUIDADO: UNA EXPLORACIÓN A PARTIR DE LA ENTIDAD DE BASE MUJERES PA'LANTE WENDY RAQUEL ESPINOSA SÁNCHEZ	100
RECONeixEMENT, CORRESPONSABILITAT I REDUCCIÓ DE LES DESIGUALTATS: LA MESURA DE GOVERN DE DEMOCRATITZACIÓ DE LA CURA DE BARCELONA, 2017 – 2020. XAVIER RUBIO CANO	134
POLÍTIQUES LOCALS PER MILLORAR LES CONDICIONS, EL RECONeixEMENT I LA PROVISIÓ DE CURES DES D'UNA PERSPECTIVA FEMINISTA CHRISTEL KELLER GARGANTÉ I MIRIAM SOL TORELLÓ	160
CONCLUSIONS SILVIA CARRILLO GÓMEZ	196
AUTORIES	207

Presentació

Un any més, presentem un nou monogràfic amb la premissa d'aprofundir en algun àmbit que requereixi ser abordat des d'una triple dimensió: les polítiques públiques, la perspectiva de gènere i la mirada local. Els Seminaris Ciutats i Persones tenen com a objectiu promoure coneixements des d'una visió analítica i alhora parteixen d'una vocació d'utilitat pràctica i transformadora per a les diverses ciutats i pobles.

La present publicació se centra en la cura, entenent que és una qüestió essencial pel sosteniment de la vida i del sistema econòmic i, en aquest sentit, és un dels pilars fonamentals d'on s'erigeix la nostra societat. Cal tenir en compte que som éssers interdependents i, per tant, aquesta és una dimensió central al llarg del nostre cicle vital. Tanmateix, tal com ha mostrat una gran part de la recerca feminista, la cura s'ha tendit a entendre com una qüestió privada, que no forma part del sistema econòmic i que s'ha d'abordar a les llars i per part de les famílies, essent tradicionalment un treball realitzat per les dones.

Aquest estudi pretén abordar aquesta dimensió amb un caràcter actual, tenint en compte que en anys recents, s'han evidenciat diferents canvis, encara en marxa, que són importants d'analitzar, en tant que han modificat de manera substancial l'organització social de les cures. Aquests han fet que puguem parlar de l'anomenada crisi de les cures per fer referència a la creixent demanda de cures i les evidents dificultats per continuar mantenint la centralitat de la família com a principal proveïdora d'aquestes.

En aquest context, s'ha evidenciat la necessitat d'abordar-les, entre altres, des de les polítiques públiques. Aquestes diverses transformacions, entre altres resultats, han promogut l'externalització dels treballs de cures familiars, sobretot de llarga durada, ja sigui a través de l'accés a serveis o bé per la contractació per part de les pròpies famílies de les treballadores de la llar i de les cures. D'aquesta manera, s'ha generat un nínxol ocupacional feminitzat i racialitzat, generalment caracteritzat per una alta precarietat. Donant-se, sovint, sota condicions informals, promovent i consolidant diferents tipus de desigualtats.

Alhora, en resposta a aquesta situació, ens trobem en un moment on a escala local també s'ha fet patent la necessitat de reconèixer i dignificar el treball de cures, de fer passos cap a la reducció de desigualtats en aquest aspecte, així com d'assenyalar la importància que les administracions, també les locals, se'n responsabilitzin. En aquest sentit, múltiples col·lectius, moviments socials i entitats dedicades a la reivindicació dels drets de les treballadores de la llar i de les cures, han generat la seva pròpia agenda, tot realitzant demandes a les institucions públiques en pro d'unes millores de condicions (tant laborals com de ciutadania) i un reconeixement d'aquest treball. En aquest context, també han sorgit noves polítiques des de les administracions locals.

Així doncs, aquest monogràfic parteix d'un doble objectiu, per una banda, ordenar i analitzar els canvis que s'han donat al voltant de la crisi de les cures, fent èmfasi en la dimensió de provisió d'aquestes, sobretot, de manera remunerada. I, d'altra banda, mostrar algunes de les experiències i propostes que han sorgit des de l'esfera local, tant des dels col·lectius com des dels pobles, ciutats i ens supramunicipals. Seguint aquesta lògica, els tres primers capítols tenen una visió més analítica i un abast més ampli, mentre que la segona part se centra més en les propostes i experiències locals.

El primer capítol, escrit per Sandra Ezquerra Samper, fa una panoràmica sobre l'anomenada crisi de les cures a l'àmbit català, analitzant els canvis demogràfics, socials i polítics que s'han esdevingut els últims vint anys. Mostra els impactes que aquests han tingut per a l'organització social de la cura, especialment la de llarga durada, tenint en compte el paper de les famílies, les

polítiques públiques i el mercat. A partir d'aquesta anàlisi, l'autora reflexiona i analitza, si amb aquestes transformacions finalment ha existit un allunyament de la centralitat de la família en la provisió de cures i, a més, sobre quin paper hi ha tingut el mercat al respecte.

Posterior a aquest marc introductori, ens centrem en la provisió d'aquestes de manera remunerada com a resposta al desbordament de les famílies com a principals proveïdors; ja sigui a partir dels serveis d'atenció o bé de la contractació de treballadores de llar i de les cures. És per això que, al segon capítol, Mireia Roca i Escoda se centra en el sector ocupacional de les cures, enfocat a persones adultes i realitzat a partir dels serveis assistencials. L'autora mostra com en els últims anys ha sigut un sector en expansió, vinculat amb les polítiques públiques d'organització social de la cura. Es fixa, entre d'altres àmbits, en la seva configuració i l'impacte de les polítiques públiques en aquest, la regulació de la formació i com s'ha gestionat aquesta creació d'ocupació. A més, assenyala com és un treball on, malgrat els canvis, les relacions de gènere hi estan molt presents en el que es refereix a com es construeix i es valora. I, finalment, analitza i reflexiona sobre la feminització d'aquests tipus de treballs, la professionalització del sector i el paper de les polítiques públiques com a garantia de generar serveis de qualitat i promoure la igualtat de gènere.

Continuant amb com s'ha abordat la seva provisió en l'àmbit remunerat, el tercer capítol, escrit per Magdalena Díaz Gorfinkiel, realitza una panoràmica actual sobre els principals elements que vulnerabilitzen el treball de llar. Per fer-ho, analitza el desenvolupament d'aquest sector en el marc dels diversos canvis socials que s'han donat en les últimes dècades i la consolidació d'aquest com a resposta de les noves formes d'organització social de la cura. Mostra també les condicions de vulneració legal i assenyala els principals factors que generen desprotecció cap a les treballadores. Finalment, entenent que és una qüestió que s'ha d'abordar des d'una visió transnacional, destaca algunes esferes on cal incidir per avançar en la millora de les condicions del sector.

Seguint amb el sector del de la llar i les cures, però des d'una visió local, el quart capítol escrit per Wendy Raquel Espinosa Sánchez, a partir de la seva

experiència a *Mujeres Pa'lante*, entitat de base formada per dones, migrades i majoritàriament treballadores de la llar i de les cures, fa una anàlisi del sector des del coneixement situat. En aquest sentit, assenyalava l'entrecruament que existeix entre la desprotecció laboral del sector i la llei d'estrangeria. A partir d'aquí, destaca la necessitat de prendre com a subjectes actives a les treballadores a l'hora de realitzar polítiques públiques, fent incís en les seves estratègies locals de resistència, prenent com a exemple l'experiència de la *Taula de defensa dels drets de les treballadores de la llar, la neteja i les cures* de la ciutat de Barcelona. Finalment, mostra una agenda d'actuacions que es poden aplicar des de les institucions locals per tal de reconèixer i dignificar les seves condicions.

Continuant amb la necessitat d'abordar les cures des de l'àmbit local, el cinquè capítol realitzat per Xavier Rubio Cano, mostra un exemple d'experiència en el marc d'una ciutat: la Mesura de Govern de Democratització de la Cura de l'Ajuntament de Barcelona iniciada l'any 2017. Aquesta té per objectiu assolir el reconeixement, la corresponsabilitat i la reducció de les desigualtats en relació a la cura. Per fer-ho realitza una definició de la Mesura i fa una explicació de les seves diferents fases, incloent l'avaluació realitzada fins al moment. Aquesta informació la complementa amb alguns exemples d'accions que ja s'han realitzat i que es desprenen de l'esmentada Mesura. Per últim, detecta algunes dificultats, oportunitats i reptes, encara oberts, sorgits arrel del procés de posada en marxa d'aquesta política pública, amb l'objectiu de reflexionar sobre les actuacions locals que es vulguin desenvolupar en aquest àmbit.

Per tal d'aterrar les polítiques de cures a l'àmbit local, des d'una perspectiva feminista i tenint en compte les diferents realitats, Christel Keller Garganté i Miriam Sol Torelló, al sisè capítol, per un costat, fan un recorregut per les aportacions feministes a les polítiques de cures, incloent-hi les seves limitacions i contradiccions. Per l'altre, analitzen cinc experiències concretes que fan emergir bones pràctiques dins del món local i que, a la vegada, dialoguen amb les perspectives al voltant d'aquestes polítiques de cures. A partir d'aquí, identifiquen els elements que contribueixen a transformar i qüestionar l'organització social actual des del terreny local. Les autores finalment reflexionen sobre la necessitat d'abordar-les des d'una dimensió global i coordinada.

Per tancar aquest volum, es presenta un breu text a mode de síntesi on també es mostren alguns dels reptes per abordar la crisi de les cures des de l'àmbit local, que han sorgit al llarg de la publicació.

Espero que aquest monogràfic serveixi per seguir reflexionant sobre com s'han d'abordar les cures des de les diferents instàncies, i en especial des de l'àmbit local. Com altres edicions, aquesta publicació és fruit d'un procés col·lectiu de gairebé un any, que consta de la generació d'un grup interdisciplinari de persones vinculades amb la temàtica a tractar, de la realització de dos seminaris tancats de preparació i discussió dels continguts que es troben al llarg d'aquest monogràfic i que, a més de la publicació, també es complementa amb una jornada de presentació.

Finalment, agrair el suport de l'Àrea d'Igualtat i Ciutadania de la Diputació de Barcelona durant les diverses fases del projecte, així com també de l'Ajuntament de Barcelona que ha subvencionat, un any més, el Seminari Ciutats i Persones. Per últim, també donar les gràcies a les autores i a l'autor per tot l'esforç realitzat durant aquest procés, a l'equip de l'ICPS, a les persones que han format part de la línia Ciutats i Persones al llarg d'aquest temps i a les que han aportat el seu granet de sorra perquè el projecte sortís endavant.

**CARTOGRAFIANT LA CRISI DE LES CURES
EN L'ÀMBIT CATALÀ:
POLÍTIQUES PÚBLIQUES, FAMÍLIES I MERCAT**

SANDRA EZQUERRA SAMPER

1. Introducció

Les polítiques públiques relacionades amb la cura han estat històricament construïdes a partir d'un imaginari hegemònic en el que les famílies i les llars-privades- han estat considerades, de manera implícita o explícita, com l'espai social predilecte d'organització i provisió de cures i de reproducció (Picchio, 1992; O'Connor et al., 1999; Daly i Rake, 2003; Fraser, 2015; Lent i Trumann, 2015; Ezquerria, 2016). En anys recents, tanmateix, es donen una sèrie de transformacions sociodemogràfiques i polítiques, manifestades en el que s'ha vingut a denominar crisi de les cures, les quals fan entrar en crisi el model tradicional d'organització de la cura, així com el rol protagonista de les famílies, i de les dones en el seu si, característic d'aquest model.

En aquest text es realitza un recorregut pels canvis demogràfics, socials i polítics en relació a la cura durant els darrers vint anys a Catalunya i es reflexiona sobre les implicacions d'aquests canvis per a l'organització social de la cura, particularment la cura de llarga durada. Concretament, s'analitza, d'una banda, en quina mesura les polítiques públiques a Catalunya es construeixen a partir de la premissa que les famílies han de tenir un paper protagonista en la provisió de cura i, d'altra banda, en quina mesura el mercat hi assumeix responsabilitat vers la cura i en quines condicions ho fa. Dit d'una altra manera, fins a quin punt es dona un allunyament de la centralitat de la família en la provisió de cures i quin paper hi té el mercat?

Amb l'objectiu de dur a terme aquesta anàlisi, el text s'organitza de la següent manera: després d'explorar el marc teòric i conceptual en el que situar les pre-

gundes d'investigació, es descriuen els principals canvis demogràfics, socials i polítics viscuts a Catalunya en relació a l'organització social de la cura. Entre aquests canvis destaquen l'envelliment demogràfic, la incorporació massiva de les dones al mercat laboral i la configuració de l'atenció i la cura de llarga durada com a servei i dret universal i subjectiu amb l'aprovació de la Ley 39/2006 de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (LAPAD) i la Llei 12/2007 de Serveis Socials. A continuació es realitza una anàlisi, d'una banda, sobre el paper que aquestes dues lleis preveuen per a les famílies i per al mercat en la provisió de cura de llarga durada i, de l'altra, sobre l'evolució del rol d'aquestes dues institucions socials en la mateixa, tenint en compte el paper mediador que la crisi econòmica ha tingut en aquesta evolució. Es tanca amb unes conclusions, entre les quals destaca que, malgrat la importància de les polítiques i serveis públics desplegats en els darrers vint anys en l'àmbit de la cura de llarga durada, la família i el sector mercantil continuen tenint un paper protagonista en la provisió de cura a Catalunya en l'actualitat.

2. Marc teòric i conceptual

Les principals teories polítiques i socials de l'Estat modern han contemplat la societat com una unitat dividida en dues esferes: la pública i la privada. L'esfera pública s'entén com aquella que acull fenòmens compartits i rellevants per a la ciutadania i on es troben les llibertats civils i la participació política, mentre les problemàtiques de l'esfera privada són particulars, concretes a la necessitat i, per tant, no polititzables. Des dels feminismes s'ha reivindicat que el contracte social sobre el que es va construir la societat industrial i postindustrial ha estat al seu torn un contracte sexual (Pateman, 1988; Benhabib, 1992), ja que ha assumit aquesta divisió d'esferes i ha situat l'individu ciutadà (masculí) al centre del nou ordre polític, social i econòmic, mentre que les dones, en una situació de subordinació social, política i econòmica, han estat relegades a l'espai privat de la llar amb la funció principal de tenir cura dels membres de la família (Aguirre, 2005; Brullet, 2010b; Goodman, 2013; Pérez Orozco, 2014; Comas d'Arge-mir, 2015; Ezquerria, 2016).

Aquesta construcció sexuada de les esferes socials té un impacte en la concepció de les polítiques públiques. El desenvolupament de l'Estat del benestar es realitzà a partir de la premissa que determinades necessitats de benestar podien continuar sent cobertes per dones en el marc de la família i no a través de la provisió pública. Conseqüentment, les polítiques de benestar han contribuït de diverses maneres a que les dones continuessin proveint serveis de benestar de manera gratuïta i han emmascarat aquests serveis com a part de la responsabilitat femenina a l'esfera privada (veure Aguirre, 2005). Aquesta premissa -obviada- es basa en la divisió entre àmbit públic i privat apuntada prèviament i, de manera paral·lela, en la divisió entre producció i reproducció. Tal i com expressa Comas D'Argemir:

“La separación entre producción y reproducción constituye uno de los constructos sociales más poderosos de nuestro tiempo que, al considerarse natural e inevitable, no es cuestionado [...]. Las políticas públicas para atender los cuidados de larga duración que se han desarrollado en España se basan en esta asunción” (2015: 377).

Particularment a indrets del Sud d'Europa com Catalunya i l'Estat espanyol, les polítiques públiques en relació a la cura han promogut històricament que aquesta romangués fora de l'esfera política i de l'esfera pública i, per tant, en certa manera han potenciat la despolitització de la cura, naturalitzant la identificació de les famílies -i les dones en el seu si- com les principals responsables de la seva provisió com el conjunt de desigualtats socials sobre les que es construeix la seva organització social (veure Moreno, 2012; Ezquerria i Mansilla, 2018). Això es tradueix en què en el nostre entorn les polítiques públiques han acompanyat el treball de cura no remunerada de les dones en comptes de marcar-se com objectiu socialitzar-la, col·lectivitzar-la i/o substituir-la (Daly i Rake, 2003; Ezquerria, 2019).

En el context dels estudis acadèmics, la naturalització de la separació entre esfera privada i esfera pública de la que ens parla Comas d'Argemir (veure també Mies, 1986; Federici, 2010; Ezquerria, 2016) ha derivat en una invisibilització històrica de la importància de la família en la provisió de cures i

en la seva exclusió dels principals models analítics dels Estats del benestar. Tanmateix, aquesta exclusió ha acabat trobant-se amb una resposta: mentre que les anàlisis de l'Estat del benestar d'inicis de la dècada dels noranta tipificaven diferents règims de benestar exclusivament en funció de la relació entre les polítiques públiques i el mercat laboral, així com del potencial desmercantilitador de les primeres (Esping-Andersen, 1990), uns anys més tard es comença a reivindicar des dels estudis de gènere la necessitat d'analitzar i visibilitzar en quina mesura les polítiques socials i els Estats de benestar promouen processos de familiarització o defamiliarització (Lewis 1992; Orloff, 1993; McLaughlin i Glendinning, 1994; Lewis, 1997; Leitner, 2003). Dit d'una altra manera, en comptes d'examinar exclusivament el vincle existent entre les polítiques públiques i el mercat, múltiples autores amplien el camp d'anàlisi per comprendre les relacions multidireccionals presents entre el mercat, les polítiques públiques i la família, i com aquestes relacions es veuen articulades en diferents règims de cura. És més, posen èmfasi en comprendre en quina mesura i de quines maneres diferents règims de benestar amplien, mantenen o redueixen el tradicional paper protagonista de la família en la provisió de cures.

És a partir de totes aquestes crítiques teòrico-polítiques i aquests avenços analítics que se situa l'Estat del benestar català i espanyol en el marc del model mediterrani de règims de benestar, caracteritzat principalment per la seva tradició familiarista i assistencialista (veure Esping-Andersen, 1990; Leitner, 2003; Salido i Moreno, 2007; Rodríguez Cabrero, 2007; Brullet, 2010b; Moreno, 2012). Aquest model dona per feta l'autosuficiència de les llars en allò relatiu al suport material i les cures personals, resultant en una política familiar poc proactiva i poc desenvolupada, així com en un model basat en la sobreexploatació dels recursos familiars, sobretot aquells proporcionats per les dones (Salido i Moreno, 2007). En aquest context, les polítiques públiques no busquen necessàriament eliminar el protagonisme de la família en la provisió de cures sinó, d'una banda, complementar-la amb suports específics i, d'altra banda, compensar-la en els casos en què la família no estigui present o disponible i en situacions d'extrema necessitat i/o d'exclusió social (Rodríguez Cabrero, 2011).

Entenem per cura tots aquells béns, serveis, activitats i valors relacionats amb les necessitats més bàsiques i rellevants per a l'existència i reproducció

de les persones en societat i que tenen una dimensió material i una dimensió emocional. Un tipus particular de cura que guanya rellevància social, política i acadèmica en els darrers anys, i en la que ens concentrarem en el present text, és la cura de llarg durada i sostinguda en el temps, per la qual s'entén:

“ [A]quel conjunto de intervenciones privadas y públicas, formales e informales, en servicios y prestaciones monetarias, sociales, pero también sanitarias, que van dirigidas a prevenir, rehabilitar y cuidar a las personas que por razón de algún tipo de deficiencia contraen déficits funcionales que afectan a la realización de actividades de la vida diaria tanto de tipo personal, como también instrumental y relacional” (Rodríguez Cabrero, 2007: 344).

Si bé aquestes situacions afecten a persones del conjunt de franges d'edat, ha estat l'envelliment demogràfic en marxa -que farà que en les properes dècades la vellesa suposi quasi un terç de la població (Pérez, 2016)- el que explica l'increment de la necessitat social de cura de llarga durada (Úbeda i Roca, 2008; Carrasco, 2011; Ezquerro, 2011; Ezquerro, 2012). És per aquesta raó que quan es parla de cura de llarga durada habitualment es parla de cura de persones grans.

3. Canvis sociodemogràfics i polítics en l'organització social de la cura: crisi de les cures

En aquesta secció, i en les dues subseccions que la componen, es realitza un recorregut pels principals canvis sociodemogràfics i polítics que han tingut lloc en les darreres dècades a Catalunya i que han impactat en l'organització social de la cura de llarga durada, particularment de la gent gran. Tal i com es desenvolupa a continuació, els canvis sociodemogràfics descrits expliquen en gran mesura el sorgiment de la crisi de les cures i els canvis polítics són una resposta a la mateixa.

3.1. Canvis sociodemogràfics

Des de la dècada dels anys setanta, i de manera intensificada a partir d'inicis del segle XXI, Catalunya passa per canvis demogràfics i socials amb importants efectes en la capacitat de les famílies per complir un dels seus principals mandats sociohistòrics: tenir cura dels seus membres. Aquests canvis consisteixen principalment en (1) una major demanda de recepció de cura per part de, sobretot, les persones grans, en (2) una menor disponibilitat de les dones en el marc de les famílies per garantir-la tal i com històricament venien fent, en (3) una disminució de la densitat dels llaços comunitaris al servei de la cura i en (4) un despreniment per part de l'Estat de la seva responsabilitat vers la mateixa. La combinació de totes aquestes transformacions ha donat lloc al que en la literatura feminista s'ha denominat crisi de les cures (veure Del Río, 2004; Pérez Orozco, 2006; Benería, 2007; Ezquerria, 2010; 2011) per fer referència:

“ [A]l desequilibrio existente entre la oferta y la demanda de cuidados, o mejor dicho, entre la necesidad de cuidados y su provisión, y a las desigualdades derivadas de ello, sobre todo las de género, pero también las de renta, etnia o las vinculadas con el origen geográfico de las personas” (Galvéz, 2016: 14).

En primer lloc, si ens fixem en la dimensió de l'increment de la demanda de cura, com a la resta del Nord global, l'estructura de la població catalana ha variat de forma significativa, amb una clara tendència vers l'envelliment demogràfic. Tal i com es mostra en la Taula 1, l'envelliment demogràfic es troba relacionat, en primer lloc, amb una taxa de natalitat crònicament baixa des de la dècada dels anys vuitanta: si l'any 1975 la taxa bruta de natalitat a Catalunya va ser de 20,04 persones nascudes per 1.000 habitants, l'any 2008 era de 12,1 i l'any 2017 de 8,97. L'envelliment demogràfic també s'explica per un important increment de l'esperança de vida -que si l'any 1975 era de 73,67 anys, el 1998 pujava a 79,19 i el 2017 a 83,33- i per altres factors com l'espectacular reducció de la mortalitat infantil, que mentre l'any 1975 era de 15,28 defuncions per 1.000 persones nascudes vives, l'any 1998 havia decrescut a 3,8 i el 2017 a 2,43. Això ha resultat, al seu torn, en una evolució a l'alça de l'índex d'envelliment, que si bé es va veure temporalment mitigat durant l'inici del segle XXI gràcies

a la presència d'una població d'origen migrant més jove que la població autòctona¹, l'any 2017 se situava en 111,8% quan l'any 1975 havia estat d'un 36,6% (Instituto Nacional de Estadística). Tots aquests canvis desemboquen, com no podria ser de cap altra manera, en una nova estructura piramidal per edats de la societat catalana que es caracteritza per la presència d'un important creixement d'un sector de la societat, la gent gran, que, al seu torn, presenta un creixement de la seva necessitat de cura i atenció.

Taula 1. Indicadors d'envelliment demogràfic 1975-2017, Catalunya.

	1975	1998	2008	2017
Taxa bruta de natalitat (nombre de persones nascudes per 1.000 habitants)	20,04	9,1	12,1	8,97
Esperança de vida en el moment de néixer (edat)	73,67	79,19	81,63	83,33
Mortalitat infantil (nombre de defuncions per 1.000 persones nascudes vives)	15,28	3,8	3,16	2,43
Índex d'envelliment (quocient entre persones de 65 anys i més respecte a les persones menors de 15 anys, multiplicat per 100).	36,6	107,07	102,63	111,8

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE.

En segon lloc, si prenem en consideració la dimensió de l'oferta de cura -i tenint en compte la importància històrica de les famílies i, en el seu nucli les dones, en la provisió de la mateixa- és imprescindible destacar que la ubicació en diferents esferes socials d'homes i dones descrita prèviament no és estàtica i, en les darreres dècades, s'ha vist transformada de manera profunda, principalment per una entrada massiva de dones a un dels àmbits principals de l'esfera pública: el mercat laboral. La participació laboral de les dones ha augmentat de manera ininterrompuda des de la dècada dels anys setanta com a resultat de canvis socials, culturals i polítics. Tal i com es detalla a la Taula 2, les taxes d'activitat i ocupació femenines a Catalunya a

¹ Segons les dades de l'Instituto Nacional de Estadística (INE), l'edat mitjana del total de la població a Catalunya l'any 2008 era de 40,55 anys mentre que la de les persones immigrants provinents de l'estranger era de 27,89 anys.

la franja d'edat on es poden concentrar més responsabilitats reproductives, entre 25 i 54 anys, van passar, segons la *Encuesta de Población Activa*, de 29,61% l'any 1976 a 85,1% el 2019 en el primer cas i de 28,99% l'any 1976 a 76,14% l'any 2019 en el segon cas.

Taula 2. Taxes d'activitat i d'ocupació de dones entre 25 i 54 anys a Catalunya, 1976-2019, percentatge.

	1976 (TIII)	1995 (TIII)	2005 (TIII)	2019 (TI)
Taxa d'activitat	29,61	62,48	74,79	85,1
Taxa d'ocupació	28,99	47,91	70,67	76,14

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Encuesta de Población Activa.

Això es veu reflectit en l'evolució de la inactivitat laboral de les dones. El percentatge català d'inactivitat femenina era l'any 2002 de 65% i a inicis de 2010 se situava en 57,7%. D'altra banda, l'any 2002 la proporció femenina d'inactivitat laboral a Catalunya com a resultat de "labores del hogar"² era d'un 98,5% (671,000 dones) davant de l'1,5% masculí, mentre que a inicis de 2019 havia baixat a un 90% (407,700 dones) davant del 10% masculí. L'evolució d'aquests indicadors des de la dècada dels anys setanta és prou clara i es deu a que, tot i que queda encara un llarg camí per recórrer per assolir l'equitat de gènere, les dones han passat a estar notablement menys dedicades exclusivament a la cura en el marc de la família i la llar, ja que no poden -i sovint no volen- continuar assumint el conjunt de les cures demandades. Això no significa, tanmateix, que no quedi un llarg camí per recórrer per assolir l'equitat de gènere.

Si bé aquesta entrada de les dones al mercat laboral ha esta promoguda des de les polítiques públiques (Winker, 2015; Lombardo i León, 2014), no

² Les "personas que se ocupan de su hogar" és una "categoria funcional" de la "población económicamente inactiva". L'INE les defineix com "personas que, sin ejercer ninguna actividad económica, se dedican a cuidar sus propios hogares; por ejemplo, amas de casa y otros familiares que se encargan del cuidado de la casa y los niños" (INE, 2017: 17). L'INE no ofereix aquestes dades segregades per sexe anteriorment a 2002. Tanmateix, el percentatge agregat de "labores del hogar" com a tipus d'inactivitat de 1976 (tercer trimestre) és de 67,22% (1.229,600 persones, la majoria dones).

s'ha vist al seu torn acompanyada per polítiques que promoguin una redistribució entre dones i homes del treball no remunerat de cures que les dones històricament venien realitzant a l'esfera privada. Segons les dades de la *Encuesta de Empleo del Tiempo del Instituto Nacional de Estadística* de 2009-2010, tot i que en els set anys previs la participació masculina en les tasques domèstiques augmenta en quasi cinc punts, segueix existint una diferència important de participació en el treball no remunerat de 17 punts percentuals (74,7% els homes i 91,9% les dones). Pel que fa al treball domèstic, el temps dedicat per les dones continua superant el dels homes en més de dues hores diàries. La mateixa enquesta indica que el 92% de dones declaren ser actives en "hogar y familia" davant del 75% dels homes (vegi's també Larrañaga, et al., 2011).

A les dades de participació laboral femenina s'hi han d'afegir les referents a les transformacions viscudes en les llars i les famílies catalanes. Durant els darrers trenta anys, i particularment a partir de l'any 2000, segons IDESCAT s'ha donat un important creixement del nombre de llars: s'incrementen les d'una sola persona (en un 41,7% entre 2001 i 2011), així com les llars nuclears simples (28,3%), les llars múltiples i les llars sense nucli (8,9%). Les llars nuclears extenses, en canvi, disminueixen (7,6%). Segons la *Encuesta Continua de Hogares de l'Instituto Nacional de Estadística*, el nombre de llars a Catalunya va passar de ser de 2.946.300 l'any 2013 a 3.011.300 l'any 2018. De totes elles, les llars unipersonals passen de ser 716.500 a 782.800, amb un creixement del 9% en cinc anys, i les monoparentals pugen de 267.300 a 279.000 amb un creixement de 4,63% durant el mateix període (el 77,1% encapçalades per dones). L'any 2018, a més, segons les dades de l'INE, ja hi havia a Catalunya 340.200 llars unipersonals de persones de 65 anys o més, el 75% de les quals compostes per dones.

Tots aquests canvis en els models de convivència mostren que els mecanismes familiars i de convivència tradicionals per garantir la cura dels seus membres, particularment de les persones més grans, perden pes. És aquest declivi de la font històrica de suport, un cop el posem en relació amb les altres transformacions sociodemogràfiques esmentades anteriorment en aquesta secció, el que explica el sorgiment de la crisi de les cures, que no és més, tal i com s'ha introduït prèviament, que l'apari-

ció d'una diferència cada cop més important entre la demanda de cura i l'oferta de persones disponibles i/o disposades a donar-la. En aquest sentit, la crisi de les cures posa sobre la taula la necessitat pràctica, però també ètico-normativa, d'ampliar les fronteres de la família com a àmbit proveïdor de cura i benestar, així com d'implicar a diverses institucions i agents socials en la seva gestió i realització (Del Valle Gómez, 2006; Ezquerro, 2018; Ezquerro i Mansilla, 2018). És en aquest punt, i un cop realitzat aquest recorregut social i demogràfic de finals del segle XX i inicis del segle XXI, on esdevé rellevant examinar també l'evolució de les polítiques públiques en la matèria.

3.2. Canvis polítics

En aquest apartat es realitza un recorregut per l'evolució de les polítiques públiques referides a la cura durant les darreres dècades a Catalunya i es posa èmfasi en què mentre que des de la dècada dels anys vuitanta la Generalitat de Catalunya i els municipis catalans comencen a crear i desplegar els serveis socials, és a partir de finals de la dècada dels anys noranta quan apareix en l'agenda política la necessitat de desenvolupar polítiques de suport a la cura. El punt d'inflexió definitiu, tanmateix, arriba ja entrat el segle XXI, quan tant la LAPAD com la Llei 12/2007 de Serveis Socials marquen els fonaments legals i polítics d'un reconeixement sense precedents de drets en el camp de la provisió assistencial i de la cura.

A partir de la dècada dels anys setanta, i després de la fi de la dictadura franquista, a l'Estat espanyol es reconeix l'accés universal al sistema públic de salut, a l'educació i a les pensions. Durant la mateixa època la Unió Europea³ comença a formular recomanacions per al desenvolupament de polítiques de conciliació entre vida familiar i vida laboral, en el marc de canvis en les polítiques d'igualtat (Lombardo i León, 2014). En el context català, l'Estatut d'Autonomia de 1979 estableix que les competències en assistència social corresponen a la Generalitat de Catalunya.

³ Comunitat Econòmica Europea fins el Tractat de Maastricht de 1993.

Durant la dècada dels anys vuitanta es defineixen i s'institucionalitzen els serveis socials mitjançant la Llei de Serveis Socials de Catalunya de 1985, avançant en la responsabilització pública de les administracions en els serveis socials. La Generalitat comença a crear la seva pròpia xarxa de serveis i les administracions municipals també despleguen serveis socials. La despesa social a Catalunya es veu incrementada des de mitjans de la dècada dels anys vuitanta i, particularment, des de la primera meitat de la dècada dels 2000: l'any 1985 era de 86,1 milions i el 2000 de 379,2 milions. És a finals de la dècada dels anys noranta quan apareix a l'agenda política catalana i espanyola la necessitat d'impulsar polítiques de suport a les famílies o, dit en altres paraules, polítiques de suport a la provisió de cura (Salido i Moreno, 2007; Brullet, 2010b). Això és resultat de la voluntat de promoure l'ocupabilitat de les dones i, si bé inicialment les polítiques estan principalment orientades a donar suport en la criança, la importància de l'envelliment demogràfic prèviament descrit posa sobre la taula la necessitat de reconèixer el dret a la cura en situacions d'autonomia funcional restringida.

Ja al segle XXI, la LAPAD contribueix a col·locar en l'agenda política i mediàtica el sistema de serveis socials (veure Ramírez Navarro, 2013) i es concreta a Catalunya mitjançant la Llei 12/2007 de Serveis Socials, la qual configura un model propi de serveis socials. Ambdues lleis constitueixen per vàries raons un punt d'inflexió pel que fa als fonaments legals d'un reconeixement i d'un increment dels drets de ciutadania en el camp dels serveis socials i la provisió assistencial.

En primer lloc, donen peu a la descentralització de competències i, en línia amb el desenvolupament de les competències exclusives en serveis socials que l'Estat de les Autonomies atribueix a la Generalitat de Catalunya, la Llei 12/2007 defineix el Sistema Català d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SCAAD) (Capdevila, 2009), incorporant en el model català de serveis socials les prestacions derivades de la LAPAD.

Ambdues lleis, en segon lloc, generen importants expectatives, ja que busquen materialitzar el reconeixement de nous drets mitjançant un augment substancial de l'oferta d'atenció, suport i cura i garantir l'accés universal

i equitatiu. Tant la LAPAD com la Llei 12/2007 de Serveis Socials busquen respondre als canvis sociodemogràfics descrits i, al seu torn, a la voluntat de passar d'un sistema de serveis socials de caire assistencialista a un sistema de tipus universalista, en el qual les administracions públiques estiguin obligades a proveir les prestacions i els serveis necessaris a totes les persones que compleixen els requisits establerts. La LAPAD institueix un *dret individual i universal* a l'atenció i la Llei 12/2007 de Servei Socials fixa aquest *dret com a subjectiu o*, dit d'una altra manera, totes les persones avaluades amb determinats graus de dependència tenen dret al servei corresponent i, per tant, les administracions públiques han de garantir els recursos necessaris per fer aquest dret efectiu:

“Con la Ley de Servicios Sociales anterior, los servicios se propugnaban como universales pero en régimen de ‘derecho de concurrencia’ (en general se podía pedir el servicio pero era necesario que hubiera un presupuesto para otorgarlo); con la Ley actual los servicios de la cartera serán de ‘derecho subjetivo’ (la Administración está obligada a dar servicio)” (Fernández Ges et al., 2008: 88).

Així, el dret als serveis deixa d'estar subordinat a disponibilitats pressupostàries i, a més, el pas del 'dret de concurrència' a un 'dret subjectiu' comporta la realització d'un canvi definitiu d'un sistema de beneficència a un sistema de benestar (Ravetllat, 2008). Aquests canvis, en última instància, comporten un qüestionament de la construcció històrica de la cura com a problema individual i familiar, busquen redefinir-la com un problema social que requereix el suport de les administracions públiques i, en definitiva, una certa redistribució de les seves responsabilitats des de la família vers altres esferes i institucions socials (veure Comas D'Argemir, 2015). En l'exposició de motius de la LAPAD s'anuncia que:

“La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nu-

estra sociedad. No hay que olvidar que, *hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que se ha dado en llamarse el “apoyo informal”*. Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que *hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan” (LAPAD) (èmfasi afegit per l'autora).*

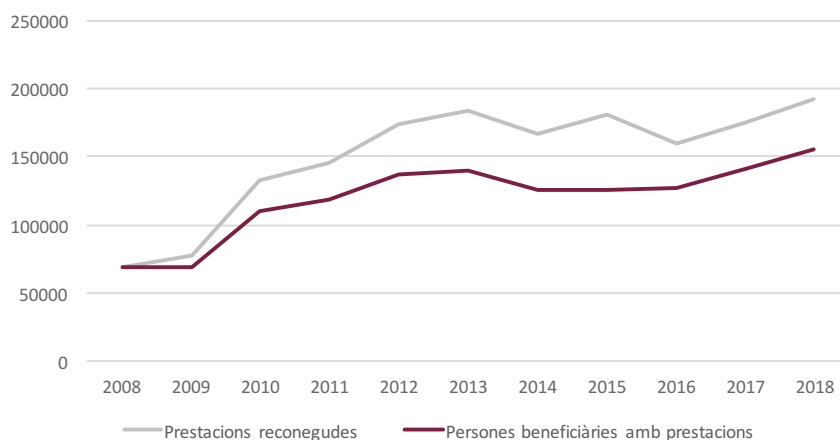
En una línia similar, tot i que de manera més genèrica, la Llei 12/2007 de Servei Socials estableix en el seu preàmbul que:

“Les transformacions i les noves realitats que viu la societat catalana plantegen nous reptes que cal afrontar des del consens i la cooperació social i política. El creixement demogràfic accelerat dels darrers anys, l’envelliment de la població, la diversitat de les famílies i els nuclis de convivència, les noves bosses de pobresa, el risc de desigualtats personals, col·lectives o territorials, les situacions de dependència que viuen moltes persones i la complexitat que comporta per a les famílies, i els canvis en el mercat laboral en són alguns exemples” (Llei 12/2007 de Servei Socials) (èmfasi afegit per l'autora).

L'aprovació de totes dues lleis marca un abans i un després en la provisió de serveis de cura, particularment de les persones grans, tal i com es mostra en el Gràfic 1 a partir de les estadístiques del sistema estatal per a l'autonomia i atenció a la dependència (SAAD), provocant una entrada molt important dels serveis públics en tasques i responsabilitats que històricament venien realitzant les famílies i, en el seu si, les dones. Així, mentre que el mes de desembre de 2008 hi havia a Catalunya 69.092 prestacions reconegudes, el mateix mes de l'any 2011 aquesta

xifra se situava en 145.690 i l'any 2018 en 192.995. L'evolució de persones beneficiàries amb prestacions és similar i en tots dos casos la crisi econòmica i la legislació aprovada durant la mateixa provoquen un alentiment de la seva tendència creixent.

Gràfic 1. Evolució de prestacions reconegudes i persones beneficiàries amb prestacions a Catalunya, 2008-2018, números absoluts.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del portal del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència.

La pregunta que es planteja, i que s'intenta respondre en la resta d'aquest article, és quin impacte té l'entrada dels serveis públics en tasques i responsabilitats de cura en el paper que hi juguen la família i el mercat.

4. Anàlisi: impacte de l'evolució de les polítiques públiques en el rol de la família i del mercat

La voluntat i el potencial de la LAPAD i de la Llei 12/2007 de Serveis Socials d'assumir part del treball de cura històricament assumit per les dones en la família són patents en la seva formulació, i la seva aprovació com-

porta la creació de desenes de milers de prestacions públiques de suport a la cura prèviament inexistents. Les polítiques públiques, tanmateix, es troben vinculades a les pràctiques socials mitjançant camps de tensió, inestabilitat i conflicte, i sovint generen efectes heterogenis (Franzé, 2013). És per això que cal realitzar-se la pregunta de si els canvis descrits en les polítiques públiques comporten un qüestionament i un desplaçament real de la família com a responsable d'organitzar i realitzar el treball de cura (veure Lent i Trumann, 2015; Winker, 2015). També cal preguntar-se sobre l'impacte que les polítiques tenen en el rol d'altres actors socials com el mercat.

En aquest apartat s'analitza l'evolució del rol de la família en l'organització social de la cura a Catalunya i, particularment, en la provisió de cura de llarga durada des de l'aprovació de la LAPAD i la Llei 12/2007 de Serveis Socials. S'analitza també la trajectòria del rol d'altres actors socials, concretament el mercat, en la provisió de cura. Així, es pretenen examinar els mecanismes a través dels quals el marc jurídic regulador durant aquests anys fomenta o no el paper central de la família- especialment de les dones- en la cura de llarga durada, donant resposta a la qüestió que fa referència al debilitament del caràcter familiarista del model de benestar. De manera paral·lela, es reflexiona sobre la relació entre les polítiques públiques sobre la cura i el mercat, així com sobre l'evolució quantitativa i qualitativa del rol del mateix.

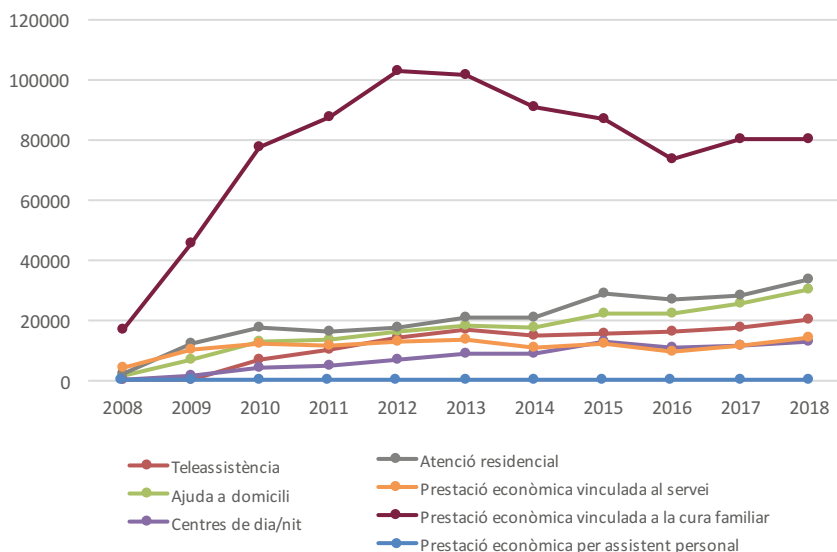
4.1. El rol de la família

La LAPAD considera beneficiàries aquelles persones que requereixen ajuda per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària i que estiguin reconegudes com beneficiàries segons els resultats del *Baremo de Valoración de la Dependencia*. L'objectiu del catàleg de prestacions i serveis de la LAPAD és facilitar una vida autònoma en l'entorn natural de les persones beneficiàries durant tot el temps que ho desitgin, garantir un tracte digne en tots els àmbits de la seva vida personal, familiar i social i facilitar la seva incorporació activa en la vida comunitària (LAPAD). Així mateix, la Llei 12/2007 de Serveis Socials busca que les persones

puguin romandre a casa seva, facilitar la seva autonomia, afavorir la seva permanència al seu entorn i, en cas que s’hagi de recórrer a serveis residencials, aquests “han d’allunyar la persona tan poc com es pugui del seu cercle de relacions” (Llei 12/2007 de Serveis Socials, Preàmbul, V).

Aquestes declaracions d’intencions coincideixen amb la preferència majoritària entre les persones que necessiten cura de llarga durada per romandre a la seva llar i en el seu entorn comunitari en lloc d’ingressar en una residència (veure Monllau i Rodríguez, 2013; Ezquerria et al., 2016). Aquesta preferència es veu reflectida en l’evolució de les prestacions i serveis reconeguda a Catalunya en la dècada entre 2008 i 2018, representada en el Gràfic 2.

Gràfic 2. Prestacions reconegudes per tipologia de prestació 2008-2018, Catalunya, números absoluts.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Portal del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.

Tres dels recursos més utilitzats de la cartera de serveis de la LAPAD han estat la prestació econòmica vinculada a la cura familiar, el servei d’ajuda a

domicili i la prestació econòmica vinculada al servei. Tots ells promouen la permanència de la persona usuària a la seva llar i el seu entorn comunitari. La principal diferència entre ells, tanmateix, és que mentre que el servei d'ajuda a domicili i la prestació econòmica vinculada al servei promouen un desplaçament de tasques de cura de la família a una persona professional (concretament una treballadora familiar i/o una auxiliar de neteja), la prestació econòmica vinculada a la cura familiar manté les tasques de cura dins de la xarxa familiar.

El servei d'ajuda a domicili el conformen “el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función” i poden consistir en serveis relacionats amb el suport a la realització d'activitats de la vida diària i serveis relacionats amb l'atenció de les necessitats en i de la llar com la neteja o, entre d'altres, la cuina (LAPAD, Article 23). Aquest servei ha estat el tercer recurs més utilitzat a Catalunya des de l'aprovació de la LAPAD. D'altra banda, la prestació econòmica vinculada al servei, que és de caràcter personal i es troba vinculada a la contractació d'un servei (LAPAD, Article 17), ha oscil·lat entre el tercer i el cinquè lloc.

En tercer lloc, la prestació econòmica per a la cura en l'entorn familiar s'aplica quan la persona beneficiària està sent atesa per membres de la seva família (LAPAD, Article 18). Tot i estar pensada per la LAPAD per recórrer-hi de manera excepcional⁴, aquesta ha estat de manera molt clara l'opció preferida entre les prestacions que permeten la permanència de les persones receptores de cura en el seu domicili habitual i el principal recurs utilitzat per les persones usuàries i les seves famílies.

Un factor identificat en investigacions prèvies que pot ajudar a explicar el domini de la prestació econòmica per a la cura en l'entorn familiar pot rau-

⁴ “4. El beneficiario podrá, *excepcionalmente*, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención” (LAPAD, Títol I, Capítol II, Article 14) i “1. *Excepcionalmente*, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares (LAPAD, Títol I, Capítol II, Article 18) [èmfasi afegit per l'autora].

re en les valoracions crítiques que les famílies realitzen del servei d'ajuda a domicili i altres serveis públics. A més de ser considerats insuficients (amb respecte al nombre d'hores ofertades en el servei d'ajuda a domicili), les persones usuàries i les seves famílies consideren que els serveis públics tenen una oferta fixa d'horaris, una durada i una tipologia de tasques de suport que les famílies perceben com excessivament rígides i ofereixen un model de cura sense referents estables per a les persones usuàries, model que no s'adapta ni a les necessitats ni a les vides quotidianes de les persones cuidadores en el marc de la família (Ezquerro et al., 2016; Ezquerro i Mansilla, 2018). Això fa que una clara majoria de persones usuàries optin per la prestació econòmica per a la cura en l'entorn familiar o que, fins i tot quan accedeixen a una prestació per a un servei o directament a un servei, la família continuï sent la principal responsable de la cura.

També hi pot haver influït en què s'hagi privilegiat aquest recurs pel baix cost per a l'administració. Així mateix, també hi ha tingut a veure la noció encara generalitzada que la cura familiar és l'opció preferida i socialment més acceptable. Tot això, en definitiva, i malgrat la declaració d'intencions de la LAPAD, contribueix a reforçar la implicació de la família i de les dones en la cura de llarga durada (veure Comas D'Argemir, 2015) o, si més no, no redueix aquesta implicació.

Aquest protagonisme de la família -i en el seu si les dones- en la cura de les persones grans es veu reflectit en les dades detallades a la Taula 3, les quals mostren la importància del paper de cura de les dones en relació als homes, el baix nivell de redistribució de les tasques de cura entre diferents membres de la família i la també baixa incidència en la cura de persones alienes a la família, com ara persones contractades o els mateixos Serveis Socials.

Taula 3. Distribució per sexe, membres de la família i actors de la cura de persones de 65 anys i més no discapacitades en les llars a Catalunya, 2015, percentatges.

	Persona cuidadora de persones de 65 anys i més (no discapacitades)		
	Total	Homes	Dones
Persona entrevistada	2,31	1,43	3,15
La seva parella	1,07	1,64	0,52
Persona entrevistada + parella	1,0	1,05	0,95
Persona entrevistada + algú diferent de la parella	0,26	0,26	0,25
Persona entrevistada + persona contractada	0,02	-	0,04
Una altra persona de la llar diferent de la parella	0,94	0,96	0,93
Persona contractada	0,17	0,09	0,24
Serveis Socials	0,03	0,06	0,01
Entre tots els membres de la llar	-	-	-
Entre tots els membres de la llar + persona contractada	0,02	0,05	-
Un familiar que no viu a la llar	0,01	-	0,01

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2015.

El descens del recurs a la prestació econòmica per a la cura en l'entorn familiar entre els anys 2013 i 2016 mostrat en el Gràfic 2 no es deu tant, al meu parer, a un declivi del familiarisme cultural com a una resposta de les persones cuidadores en l'entorn familiar als canvis normatius de la LAPAD i al context de crisi econòmica viscut. El juliol de l'any 2013 el govern central del Partit Popular (PP) aplica el *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*, el qual realitza, tal i com es mostra a la Taula 4, una reducció mínima del 15% de la prestació econòmica per a la persona cuidadora familiar i, en els casos nous, de fins un 25,86%.

Taula 4. Efectes del *Real Decreto-ley 20/2012* en les quantitats de la prestació per a la cura vinculada a l'entorn familiar, Estat espanyol, euros.

	2012	2013
Grau 1	153	70,73
Grau 2	337,25	104,25
Grau 3	520,69	223

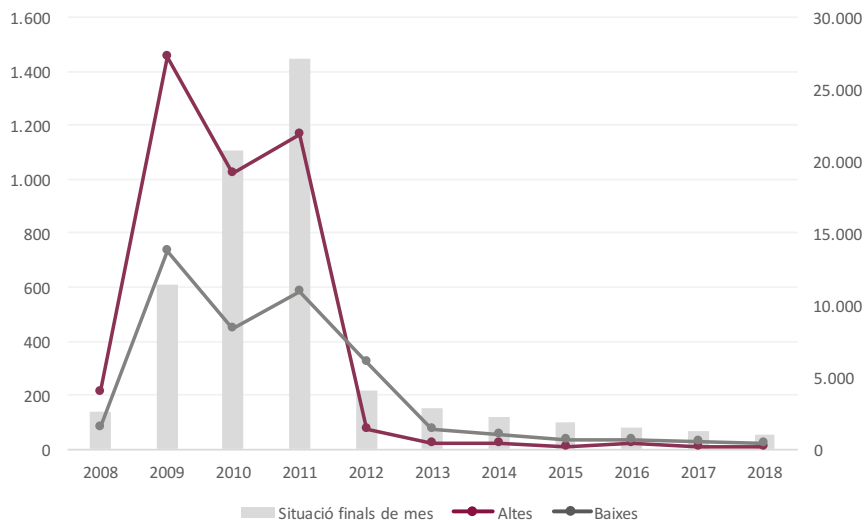
Font: elaboració pròpia a partir de Codorniu, 2014.

El *Real Decreto-ley 20/2012* també elimina el finançament públic de la cotització a la Seguretat Social d'aquest tipus de persones cuidadores per part de l'Estat i estableix que són elles les que s'han de fer càrrec de les cotitzacions. Això provoca un ensorrament, tal i com analitza Manuela Durán, del número de persones cuidadores no professionals donades d'alta a la Seguretat Social:

“Dos años después de las reformas adoptadas (julio 2012), se puede comprobar que el número de cuidadores no profesionales dados de alta ha continuado descendiendo. Si comparamos con los datos de afiliación previos a la reforma, comprobamos que se ha reducido un 91,5 %, pasando de 172.363 personas afiliadas antes de la reforma a tan sólo 14.594 en julio de 2014” (2015: 29).

Per il·lustrar aquesta tendència, en el Gràfic 3 es mostra l'evolució de les altes i les baixes de cotització a la Seguretat Social de les persones cuidadores en l'entorn familiar:

Gràfic 3. Moviments d'altres, baixes a la Seguretat Social i situacions a finals de desembre de cada any de persones cuidadores no professionals, 2008-2018, nombres absoluts.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del *Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social*.

Les polítiques d'austeritat, en resum, tenen un dràstic impacte a la baixa en l'evolució de prestacions per a la cura en l'entorn familiar (Ezquerria et al., 2016). Si bé el Gràfic 2 indica que a partir de l'any 2016 el recurs a aquesta prestació presenta certa recuperació, les dades mostrades en el Gràfic 3 mostren que les cotitzacions a la Seguretat Social no es recuperen de la mateixa manera sinó que es desplomen l'any 2012 i segueixen evolucionant a la baixa de manera ininterrompuda des de llavors.

És necessari no perdre de vista, tanmateix, que la reducció del recurs a aquesta prestació no significa que les cuidadores familiars no continuïn cuidant ni sent les cuidadores principals. La prestació per a la cura en l'entorn familiar es manté com el recurs més utilitzat per les persones usuàries i les seves famílies, tot i que el treball i la responsabilitat de cura que en resulten es donen en condicions de més precarietat i vulnerabilitat per part

de les cuidadores familiars. En resum, actualment, i després d'una dècada de crisi, les dades mostren que la família continua cuidant tal i com ho feia abans però ho fa en situacions i condicions de major adversitat i amb menor suport per part de les administracions públiques.

4.2. El rol del mercat

Tal i com s'ha mostrat prèviament al Gràfic 1, la institucionalització de la cura com a dret universal i subjectiu l'any 2006 augmenta el nombre de persones que s'incorporen a la xarxa d'atenció social i també el nombre de prestacions concedides. S'incrementa el pressupost destinat a aquesta finalitat. Si bé l'increment es veu interromput durant la crisi econòmica, les despeses se situaven en 4.072,5 milions l'any 2015. En el cas concret de les despeses socials en persones grans, Catalunya ha passat d'invertir 1.646 € per càpita l'any 2001 a invertir-ne 2.482€ l'any 2014.

Malgrat aquest creixement, s'ha de destacar que el govern català -en mans de la dreta durant la major part del temps des de 1980- aposta des de l'inici de la democràcia per polítiques socials residuals i amb un marcat caràcter assistencialista. Això s'ha vist reflectit en una despesa de protecció social a Catalunya inferior a la de l'Estat espanyol i de la major part de països europeus (Brullet, 2010a). Sovint les prestacions no es derivaven d'un dret individual sinó familiar; no eren un dret garantit en tant que sovint es depenia de disponibilitat pressupostària i; en general, no cobrien les necessitats existents (veure Cordorniu, 2014; Comas D'Argemir, 2015). Aquesta feblesa dels serveis públics s'explica en part perquè el Govern català va deixar en gran mesura la provisió de serveis bàsics en mans del sector privat i del mercat i va generar una polarització en l'accés als serveis, on els recursos públics es destinaven als sectors socials més desfavorits i els recursos mercantils als més acomodats. Enmig d'aquests dos pols, una franja significativa de les classes treballadores i les classes mitges no rebien cap tipus de suport, ja que les seves rendes no eren suficientment baixes com per poder accedir als serveis públics però tampoc no eren prou altes com per poder obtenir-los via mercat (Comas d'Argemir, 2015). Una altra característica del model d'intervenció a Catalunya ha estat l'externalització

de serveis públics via convenis i subvencions vers el sector privat, tant a empreses mercantils com a entitats sense ànim de lucre o del tercer sector.

La LAPAD contempla en el seu articulat la inclusió de les entitats “con y sin ánimo de lucro” (LAPAD, Article 2) en la xarxa pública de serveis per proveir cures professionals i estableix com a principi de la pròpia llei “la participació de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia”, serveis i prestacions que són ofertats “mediante centros y servicios públicos o privados concertados” (LAPAD, Article 3).

La Llei 12/2007 de Serveis Socials estableix en el seu preàmbul que “els poders públics, entre altres mesures, han de promoure polítiques públiques que fomentin la cohesió social i que garanteixin un sistema de serveis socials, de titularitat pública i concertada, adequat als indicadors econòmics i socials de Catalunya”. En el mateix apartat també s’afirma que “s’ha d’avançar en el reconeixement del paper del sector privat, especialment en la prestació serveis, i en la potenciació de la iniciativa social de la societat civil organitzada” i que “cal reconèixer el paper essencial de les entitats del tercer sector en la creació del model de serveis socials a Catalunya”. I afegeix que “cal garantir l’establiment d’un model de cooperació i concertació públic i privat” i en l’Article 50 contempla la concessió d’ajudes i subvencions per part de la Generalitat de Catalunya a entitats privades de serveis socials, així com la signatura de convenis i acords amb les mateixes.

En el seu Article 69, la Llei 12/2007 de Serveis Socials defineix les dues modalitats d’iniciativa privada que contempla: la iniciativa social i la iniciativa mercantil. La iniciativa social la constitueixen “les fundacions, associacions, cooperatives, organitzacions de voluntariat i institucions sense ànim de lucre que compleixen activitats de serveis socials”. D’altra banda, la iniciativa mercantil la conformen “les persones jurídiques i altres entitats privades amb ànim de lucre que compleixen activitats de serveis socials i que adopten qualsevol forma societària reconeguda per la legislació mercantil”. En l’Article 75, si bé s’afirma que “la contractació de serveis per l’Administració es regeix pels principis de publicitat, concurrència, igualtat i no-discriminació”, contempla la possibilitat d’establir “criteris de valoració

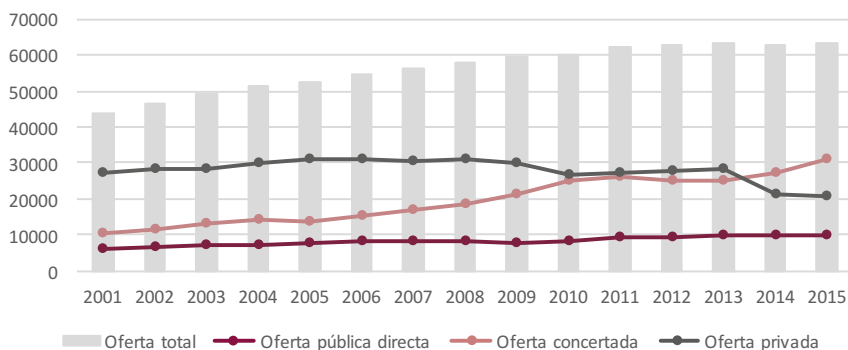
especial respecte a les entitats d'iniciativa social i les entitats de serveis socials acreditades". S'afegeix, a més, en el mateix article que:

“En els mateixos termes, es pot donar preferència, en l'adjudicació dels contractes i en l'establiment dels concerts, a entitats sense ànim de lucre, amb personalitat jurídica, la finalitat o l'activitat de les quals tingui relació directa amb l'objecte del contracte”.

En definitiva, tant la LAPAD com la Llei 12/2007 de Serveis Socials contemplen la participació del sector privat, del social i del mercantil, en la xarxa pública d'atenció a la dependència, tot i que la Llei 12/2007 de Serveis Socials planteja la possibilitat de prioritzar el recurs al sector social no lucratiu o, si més no, de facilitar-ne en certa manera el seu accés a la prestació de serveis.

Per comprovar el paper que el sector privat acaba tenint en el desplegament dels serveis d'atenció a la cura de llarga durada cal conèixer les dades d'abans i després de l'aprovació d'ambdues lleis. El Gràfic 4 mostra l'evolució del paper del sector públic i del sector privat en el cas de les residències per a gent gran. En primer lloc, visualitza que des d'inicis del segle XXI hi ha un important increment de l'oferta de places, si bé aquest s'estanca a partir de l'any 2011: de nou, la crisi econòmica provoca una interrupció de l'evolució a l'alça dels recursos i els serveis de cura. D'altra banda, és rellevant destacar que, tot i que la tendència de l'oferta pública és ascendent, aquest ascens és molt tímid abans i després de l'aprovació de la LAPAD i la Llei 12/2007 de Serveis Socials. És més, precisament a partir de l'aprovació de les dues lleis l'augment de places públiques es veu desbordat per l'increment de l'oferta de places concertades i places privades amb finançament públic. L'oferta concertada acaba superant fins i tot la privada a partir del 2014 i el traspàs de recursos públics a iniciatives privades es consolida com a modalitat hegemònica davant de l'oferta directament pública i, en menor mesura, davant de la privada.

Gràfic 4. Places de residència per a persones grans per titularitat, 2001-2015, números absoluts.



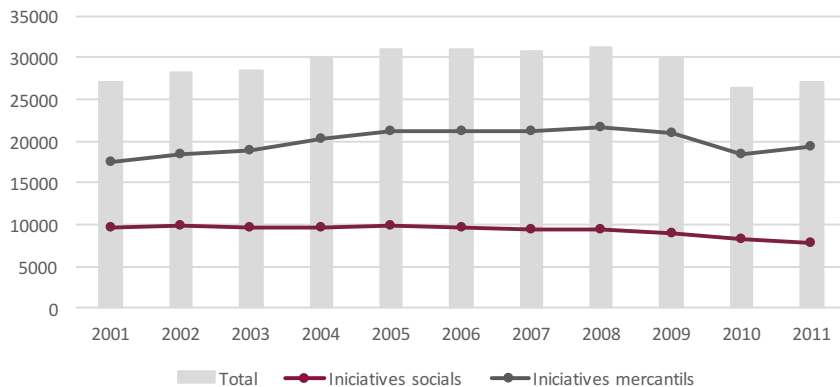
Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Mapa de Serveis Socials de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família, Generalitat de Catalunya.

Si bé s'observa un creixement important en l'oferta total de places, aquest ascens no el lidera l'oferta pública directa. Així, és important incidir en el fet que l'adopció de responsabilitat pública vers la cura de llarga durada a partir de l'aprovació de la LAPAD i de la Llei 12/2007 de Serveis Socials no té com a conseqüència un retrocés de l'important paper que el mercat té en aquest àmbit des dels anys vuitanta, sinó que, de fet, el mercat es veu potenciat amb recursos públics. Mentre que l'increment de l'oferta pública directa de places residencials entre l'any 2001 i l'any 2015 és d'un exigu 1,18%, en el cas de l'oferta concertada es passa del 24,04% al 49,16%, duplicant-se el seu pes en l'oferta total i triplicant-se el nombre de places ofertades sota aquesta modalitat.

A més, en el marc del predomini de l'oferta privada durant la major part del període de 2001 a 2015, i malgrat l'aparent preferència per la iniciativa privada de caràcter social intuïda en la Llei 12/2007 de Serveis Socials, les empreses mercantils i amb ànim de lucre dominen respecte a les iniciatives socials, i sembla consolidar-se i institucionalitzar-se el protagonisme del mercat prèviament existent. Tal i com es mostra en el Gràfic 5, l'any 2001, de les 27.107 places de residències privades, 9.674 corresponen a iniciatives socials (35,7%) i 17.433 a empreses mercantils (64,3%). L'any 2011 aquesta distribució ja és de 7.752 (28,6%) per a les primeres i de 19.307 (71,4%) per

a les segones, en un context de clara tendència a la baixa del sector social i de creixement del sector mercantil.

Gràfic 5. Ofertes privades de places de residència per a persones grans d'iniciativa social i mercantil, 2001-2011, números absoluts.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Mapa de Serveis Socials de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família, Generalitat de Catalunya.

Aquest escenari també es dona entre altres serveis d'atenció a les persones grans com el servei d'ajuda a domicili: a Catalunya existeixen 378 entitats que proveeixen els diferents serveis d'atenció a les necessitats de la llar i de cura personal d'aquest servei. S'ha observat una tendència de creixement de la gestió privada també en aquest servei, que experimenta un increment interanual del 5,8% entre 2013 i 2014 (Bodoque et al., 2016). Així mateix, ha augmentat l'ocupació en el sector privat fins el 85,2% (el 63,2% en societats mercantils, 22% en entitats d'iniciativa social) davant de només un 14% de pertanyents al sector públic (ACRA, 2014).

En definitiva, tot i que la LAPAD i la Llei 12/2007 de Serveis Socials generen el marc regulador per a la intervenció de les administracions públiques en la cura de les persones en situació d'autonomia restringida, ambdues compten amb una presència i participació del sector privat. En el cas català aquest sector ha crescut de manera desproporcionada respecte al públic, tant pel que fa a la seva vessant privada com, sobretot, en forma de trans-

ferències de recursos públics a centres concertats. A més, i, tot i que en el cas català es va preveure promoure de manera especial la participació del sector social, les dades mostren que es veu superat des d'inicis del segle XXI pel sector mercantil. L'aprovació de la LAPAD i de la Llei 12/2007 de Serveis Socials i el seu desplegament no inverteixen aquesta tendència sinó que l'accentuen, institucionalitzant, d'aquesta manera, un model caracteritzat pel protagonisme del sector mercantil amb ànim de lucre i per una oferta pública directa crònicament deficient.

5. Conclusions

Històricament, les polítiques públiques s'han caracteritzat per o bé no parar atenció a la cura o per promoure la centralitat del rol de les famílies en la provisió de cura -tractant-la, d'aquesta manera, com un afer privat i no com un fenomen a abordar de manera política i col·lectiva-. Tanmateix, el que s'ha vingut a denominar la crisi de les cures fa entrar en crisi el model tradicional de cura sobre el que es construeixen les polítiques i obliga a repensar l'organització social de la cura, així com la regulació de la mateixa.

En el context català, l'aprovació de la LAPAD i de la Llei 12/2007 de Serveis Socials suposa un punt d'inflexió en tant que reconeixen la cura de llarga durada com un dret universal i subjectiu i consolida una xarxa pública de serveis i prestacions que busca transformar l'organització social de la cura a l'Estat espanyol i a Catalunya, assumint la necessitat d'un increment de la responsabilitat per part de les administracions públiques. En aquest sentit, era raonable esperar que la família cedís protagonisme als serveis públics en matèria de cura de llarga durada i, particularment en el cas català, on històricament el sector privat té un pes important en la provisió de serveis socials, passés el mateix amb el mercat. Tanmateix, una combinació de factors, entre els que l'impacte de la crisi econòmica durant la darrera dècada i una aposta per part de les dues lleis analitzades pel manteniment del sector privat en la provisió de "cura tècnicament pública" no són menors, provoquen una continuïtat, i fins i tot un creixement, d'aquest protagonisme familiar, d'una banda, i del mercantil, de l'altra.

A partir d'una anàlisi del contrast entre les declaracions d'intencions de les polítiques, el propi articulat i l'evolució d'algunes prestacions i serveis d'atenció a la cura de llarga durada, s'ha visibilitzat que la família n'ha continuat sent la protagonista, tot i que, com a resultat de les polítiques d'austeritat aprovades durant els primers anys de la crisi econòmica, ho és en condicions de més precarietat i vulnerabilitat. En l'actualitat, i després d'una dècada de crisi, les dades mostren que la família continua cuidant molt però ho fa en situacions i condicions de major adversitat i amb menor suport per part de les administracions públiques.

Pel que fa al paper del mercat en l'àmbit de les residències per a gent gran, les dades mostren que el sector privat ha crescut de manera desproporcionada respecte al públic, tant en la seva vessant privada com, sobretot, en la concertada, mantenint-se així un model de serveis i atenció socials on la iniciativa privada domina respecte a la pública. També ho ha fet en altres àmbits com en el servei d'ajuda a domicili. A més, el sector privat de caire social es veu superat des d'inicis del segle XXI pel sector mercantil. L'aprovació de la LAPAD i de la Llei 12/2007 de Serveis Socials i el seu desplegament no inverteixen aquestes tendències sinó que les accentua, institucionalitzant, d'aquesta manera, un model caracteritzat pel protagonisme del sector mercantil amb ànim de lucre i per una oferta pública directa crònicament deficient.

En definitiva, a Catalunya, ni les famílies -i en el seu si les dones- s'alliberen de la sobrecàrrega de treball de cura que històricament pateixen, ni la influència del mercat- caracteritzat pel seu caràcter excloent i estratificador- es veu reduïda per un reforç de les polítiques i els serveis públics en l'àmbit de la cura de llarga durada.

Caldrà mantenir-se atentes a futures evolucions de les dades i indicadors analitzats en aquest text, així com continuar avançant i aprofundint en la matèria seguint dues línies de recerca i anàlisi. En primer lloc, resultarà necessari comparar les dades aquí presentades amb dades equivalents a altres territoris i Comunitats Autònomes de l'Estat espanyol, amb l'objectiu d'esbrinar en quina mesura Catalunya constitueix una anomalia i/o quins altres models de gestió d'allò privat, públic i mercantil es configuren

en l'esfera de la cura de llarga durada. En segon lloc, cal aprofundir comparant les dades aquí presentades, comparant-les tant amb les equivalents a d'altres serveis i prestacions de la cartera de serveis de la LAPAD i la Llei 12/2007 de Serveis Socials i amb les existents sobre altres tipologies de cura, com ara la criaça de la canalla o l'atenció a persones adultes en situació de diversitat funcional. En definitiva, des d'una perspectiva que aposta clarament per la justícia social i la justícia de gènere, cal seguir treballant per visibilitzar les inequitats existents en la provisió de cura a Catalunya i per transformar-la en clau feminista i democratitzadora.

Bibliografia

AGUIRRE, Rosario (2005): "Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas." A ARRIAGADA, Irma (Ed.), *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales* (187-199). Santiago de Chile: CEPAL.

ASSOCIACIÓ CATALANA DE RECURSOS ASSISTENCIALS (2014): *Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya*. Disponible a web: http://itemsweb.esade.edu/idgp/Presentacio_2014_InformeEconomicACRA.pdf [Consulta: 31 de maig de 2019].

BENERÍA, Lourdes (2007): *The Crisis of Care, International Migration and the Capabilities Approach: Implications for Policy*. Mario Einaudi: Center for International Studies (Working Paper Series, 4-07), 1-21.

BENHABIB, Seyla (1992): "Models of public space: Hannah Arendt, the liberal tradition and Jürgen Habermas." A CALHOUN, Craig (Ed.), *Habermas and the public sphere*, 73-98. Cambridge, MA, MIT Press.

BODOQUE, Yolanda, ROCA, Mireia i COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2016): "Hombres en Trabajos de cuidado: género, identidad profesional y cultura del Trabajo". *Revista Andaluza de Antropología*, 11, 67-91.

BRULLET, Cristina (2010a): *Tiempos, cuidados y ciudadanía*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

BRULLET, Cristina (2010b): “Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Catalunya. El cuidado de la vida cotidiana a lo largo de la vida”. *Educar*, 45, 51-79.

CAPDEVILA, Carme (2009): “El desarrollo de la Ley de Dependencia en Catalunya”. *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 29-44.

CARRASCO, Cristina (2011): “La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes”. *Revista de Economía Crítica*, 11, 205-225.

CODORNIU, Julia (2014): *El impacto de la crisis en el sistema de atención a la dependencia. ¿Hacia un cambio de modelo?*. Madrid: Fundación FO-ESSA.

COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2015): “Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar”. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.

DALY, Mary i RAKE, Katherine (2003): *Gender and the Welfare State. Care, Work, Welfare in Europe and the US*. Cambridge, MA: Polity Press.

DEL RÍO, Sira (2004): *La crisis de los cuidados: precariedad a flor de piel*, Document de treball. CGT-Comisión Confederal contra la Precariedad.

DEL VALLE, Gabriela (2006): *Temps i gent gran*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

DURÁN, María Ángeles (2011): *El trabajo no remunerado en la economía global*. Madrid: Fundación BBVA.

DURÁN BERNARDINO, Manuela (2015): “El retroceso de la dependencia en pro de la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad”. *Ekaina*, 27-40.

ESPING-ANDERSEN, Gosta (1990): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. València: Edicions Alfons el Magnànim.

EZQUERRA, Sandra (2010): “La crisis de los cuidados: orígenes, falsas soluciones y posibles oportunidades”. *Viento Sur*, 108, 37-43.

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

EZQUERRA, Sandra (2012): "Acumulación por desposesión, género y crisis en el estado español". *Revista de Economía Crítica*, 14, 124-147.

EZQUERRA, Sandra (2016): "El pecado original no fue acto de mujer: del marxismo a la economía política feminista". *Economía Crítica*, 22, 126-143.

EZQUERRA, Sandra, PLA, Margarida i CANTILLO, Manoli (2016): "Resistencias y retos antes la desfamiliarización del cuidado de las personas mayores". A EZQUERRA, Sandra, PÉREZ, Mercè, PLA, Margarida i SUBIRATS: Joan (Eds.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*, 201-226. Barcelona: Ariel.

EZQUERRA, Sandra (2018): "De la Economía Feminista a la democratización de los cuidados". *Viento Sur*, 156, 39-47.

EZQUERRA, Sandra i MANSILLA, Elba (2018): *Economía de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

EZQUERRA, Sandra (2019): "Polítiques públiques, mercat, famílies i cures a Catalunya" A GOMÀ, Ricard i SUBIRATS, Joan (Coords.), *Canvi d'època i de polítiques públiques a Catalunya*, 302-323. Barcelona: Galaxia Gutenberg.

FEDERICI, Silvia (2010) [2004]: *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.

FERNÁNDEZ GES, Carme, GARCIA-MORENO, Cristina, TORRENS, Ramona, PELEGRÍ, Xavier, TORRALBA, Josep Maria i VILÀ, Toni (2008): "Una mirada a punts crítics de la nova llei de Serveis Socials". *Revista de Treball Social*, 183, 87-97.

FRANZÉ, Adela (2013): "Perspectivas antropológicas y etnográficas de las políticas públicas". *Revista de Antropología Social*, 22, 9-23.

FRASER, Nancy (2015): *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.

GÁLVEZ, Lina (2016). “La economía y los trabajos de cuidados”. A GÁLVEZ, Lina (Ed.), *La economía de los cuidados*, 9-74. Sevilla: Deculturas.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2016): *Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

GOODMAN, Robin Truth (2013): *Gender Work. Feminism after Neoliberalism*. New York, NY: Palgrave Macmillan.

IDESCAT (2011): *Llars i famílies a Catalunya 2011*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

INE (Instituto Nacional de Estadística): Indicadores de Estructura de la Población. Disponible en web: <http://www.ine.es> [Consulta: 1 de juny de 2019].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2017): Encuesta de Población Activa, Metodología 2005 – Descripción general de la encuesta, Madrid. Disponible a Web: <http://www.ine.es/inebaseDYN/epa30308/docs/resumetepe.pdf> [Consulta el 2 de maig del 2019].

LARRAÑAGA, Mertxe, JUBETO, Yolanda i DE LA CAL, M^a Luz (2011): “Tiempos de crisis, tiempos de des-ajustes, tiempos precarios, tiempos de mujeres”. *Investigaciones Feministas*, 2, 95-111.

LEITNER, Sigrid (2003): Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375.

LENT, Lilly i TRUMANN, Andrea (2015): *Kritik des Staatsfeminismus. Oder: Kinder, Küche, Kapitalismus*. Berlin: Bertz + Fischer GbR.

LEWIS, Jane (1992): Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.

LEWIS, Jane (1997): Gender and welfare regimes. Further thoughts. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 4 (2), 160-177.

LLEI 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials. Publicada a Diari oficial DOGC núm. 4990. Generalitat de Catalunya. Disponible a Web: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=415692 [Consulta el 30 de maig del 2019].

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Publicada a BOE núm. 299. Referencia: BOE-A-2006-21990, Gobierno de España. Disponible a Web: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990> [Consulta el 30 de maig del 2019].

LOMBARDO, Emanuela i LEÓN, Margarita (2014): “Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica”. *Investigaciones Feministas*, 5, 13-35.

MCLAUGHLIN, Eithne i GLENDINNING, Caroline (1994): “Paying for Care in Europe: Is There a Feminist Approach?”. *Family Policy and the Welfare of Women*, 5269.

MIES, Maria (1986): *Patriarchy and Accumulation on a World Scale. Women in the International Division of Labor*. Londres: Zed Books.

MONLLAU, Teresa María i RODRÍGUEZ, Núria (2013): “La rentabilidad de las empresas que ofrecen servicios a la tercera edad: Estudio comparativo de los establecimientos residenciales y de los servicios en el hogar”. *Intangible Capital*, 9(2), 420-436.

MORENO, Luís (2012): *La Europa asocial. Crisis y Estado del bienestar*. Barcelona: Península.

OCDE (2011): *Society at a Glance 2011 - OECD Social Indicators*, <http://www.oecd.org/els/social/indicators/SAG>

O'CONNOR, Julia, ORLOFF, Anna Shola i SHAVER, Sheila (1999): *States, Markets, Families. Gender, Liberalism and Social Policy in Australia, Canada, Great Britain and the United States*. Cambridge: Cambridge University Press.

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

PATEMAN, Carole (1988): *The Sexual Contract*. Stanford, CA: Stanford University Press.

PÉREZ, Julio (2016): "El temor al envejecimiento demográfico". A EZQUERRA, Sandra et al. (Eds.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*, 44-55. Barcelona, Ariel, 44-55.

PÉREZ OROZCO, Amaia (2006): "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico". *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37.

PÉREZ OROZCO, Amaia (2014): *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.

PICCHIO, Antonella (1992): *Social Reproduction. The Political Economy of the Labour Market*. Cambridge: Cambridge University Press.

RAMÍREZ NAVARRO, José Manuel (2013): "La demolició controlada del Sistema d'Atenció a la Dependència". *Revista de Treball Social*, 200, 84-91.

RAVETLLAT, Isaac (2008): "Apunts sobre la nova Llei de Serveis Socials (Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials)". *Educació Social. Revista d'intervenció socioeducativa*, 40, 100-112.

REAL DECRETO-LEY 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Publicado en BOE núm. 168. Referencia: BOE-A-2012-9364, Gobierno de España. Disponible a Web: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364> [Consulta el 5 de juny del 2019]

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2007): "El marco institucional de la protección social de la dependencia en España". *Estudios de Economía Aplicada*, 25(2), 341-372.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio (2011): “Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42.

SALIDO, Olga i MORENO, Luís (2007): “Bienestar y políticas familiares en España”. *Política y Sociedad*, 44(2), 101-114.

ÚBEDA, Inmaculada i ROCA, Montserrat (2008): “Los cuidados familiares y las políticas públicas”. *Nursing*, 26(9), 56-58.

WINKER, Gabriele (2015): *Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. Bielefeld: Transcript Verlag.

DESIGUALTATS DE GÈNERE EN EL SECTOR OCUPACIONAL DE LES CURES

MIREIA ROCA I ESCODA

1. Introducció

El treball de cura ha estat abordat principalment dins l'àmbit familiar a càrrec de les dones sense remuneració i amb poc reconeixement social. Des de fa uns anys a Europa, diversos canvis socials, econòmics i demogràfics han desbordat la cura familiar i han suposat l'expansió de la cura com a sector ocupacional així com també la seva internacionalització, a través dels serveis d'atenció de llarga durada i del servei domèstic. Un sector ocupacional que s'ha anat configurant amb treballs precaris i altament feminitzats.

Amb les polítiques d'atenció a la dependència es promouen serveis i prestacions econòmiques per afrontar les necessitats socials de la població que han contribuït a un augment de l'ocupació. S'aposta també per la professionalització del sector, mitjançant la garantia d'un sistema de serveis de qualitat i la regularització de la formació per accedir a aquests treballs. Aquest fet ha permès que moltes dones puguin continuar realitzant aquesta activitat però de forma remunerada i/o regularitzada i que alguns homes s'insereixin també en aquests treballs. Tot i així, continuen sent treballs poc valorats i les dones són les principals candidates a accedir-hi, donant continuïtat a les desigualtats de gènere en l'àmbit de la cura. A més, els serveis públics han estat insuficients, la qual cosa ha comportat donar continuïtat a la cura familiar i a un augment de la contractació de dones en el servei domèstic, que continua sent un nínxol laboral, sobretot per dones estrangeres, i amb alts índexs d'economia submergida.

L'objectiu d'aquest capítol és analitzar fins a quin punt les polítiques d'atenció a la dependència alteren el model de gènere dels treballs de cura re-

munerats. És a dir, com malgrat la progressiva professionalització del sector, entesa com a desgenerització i defamiliarització de la cura, el gènere continua sent una dimensió estructural d'aquests treballs, però també la classe i l'ètnia interseccionen en la identitat de les persones que cuiden. Ens centrarem en el treball de cura que es realitza en els serveis assistencials que formen part de la xarxa de serveis socials de responsabilitat pública de Catalunya. Argumentarem com les representacions socials de gènere influeixen en les persones que s'orienten cap aquests treballs, i també com el model cultural que vincula la cura a la feminitat és reproduït per les polítiques públiques i les organitzacions que es dediquen a aquest sector.

En el primer capítol s'exposa com el treball de cura ha esdevingut un sector ocupacional en expansió i el paper de les polítiques públiques en la configuració de l'organització social de la cura. En el segon capítol ens centrarem en la relació de les polítiques d'atenció a la dependència a Espanya, la creació d'ocupació i la regulació de la formació. A continuació, s'aporten dades entorn la feminització del treball als serveis socials i s'analitza com les relacions de gènere formen part de la construcció i valoració del treball de cura. Per concloure, a mode de reflexió final, s'aporten idees entorn la professionalització del sector i el paper de les polítiques públiques per afavorir un sistema de serveis de qualitat i la igualtat de gènere en aquests treballs.

2. L'expansió de la cura com a sector ocupacional: de l'àmbit familiar a l'àmbit públic

El treball de cura forma part del treball reproductiu i el definim com aquelles activitats per a satisfer les necessitats físiques i emocionals derivades de la vulnerabilitat de les persones (Carrasco, 2009). Tenint en compte que la cura és una construcció social, les societats humanes presenten una gran diversitat en les formes de cuidar i de distribuir el treball de cura, establint relacions socials determinades i significats particulars que tenen sentit en cada context social i cultural (Comas d'Argemir, 2015). Per entendre l'organització social de la cura en la societat actual, caracteritzada pel paper de la família (i les dones) com la principal procuradora d'assistència, ens remuntem a la industrialització. Va ser un moment en què es va plantejar

la responsabilitat social del treball de reproducció i la definició de les relacions de gènere basades en la divisió sexual del treball. Amb la mercantilització dels processos productius fora de l'àmbit domèstic, les dones eren les encarregades de la reproducció social en l'àmbit privat mentre que els homes ho eren de la producció de béns en l'àmbit públic. D'aquesta manera el treball reproductiu es va situar en l'àmbit domèstic, subordinat al treball productiu, invisible i sense reconeixement social ni valor econòmic (Carrasco, 2009). Aquest model, que s'ha mantingut amb el desenvolupament del capitalisme, ha conviscut amb la mercantilització del treball reproductiu (i la seva externalització fora de la família). Per exemple a través de la figura de criat o criada, i del servei domèstic tradicional protagonitzat sobretot per dones joves d'origen rural que eren empleades en les llars de les famílies més adinerades (Parella, 2003). Va ser durant la segona meitat del segle XX que la mercantilització de la cura va experimentar un destacat creixement. Tal i com explica Sandra Ezquerria en el capítol anterior, amb la crisi de les cures els Estats han assumit part d'aquest treball a través dels serveis de cura de llarga durada i, com es veurà al capítol de Magdalena Díaz, també la seva internacionalització a través del servei domèstic (contractació a les llars de dones estrangeres). Des d'aleshores el treball de cura s'ha convertit en un sector ocupacional en expansió, que si bé no és una novetat, si que ho és la magnitud que ha adquirit aquests últims anys.

En aquest context, el treball de cura es realitza també de forma remunerada per professions i organitzacions de diferents sectors de l'activitat econòmica; es trasllada de l'àmbit privat l'àmbit públic, i és regulat per unes polítiques públiques i unes relacions laborals. Aquest és un nou escenari que planteja una distribució social de l'activitat que transcendeix la divisió sexual del treball entre homes i dones i que avarca institucions derivades de les administracions públiques i del mercat, així com les associatives i comunitàries. Des de la perspectiva teòrica del "social care" (Daly i Lewis, 2000) s'ha incidit en l'anàlisi del treball de cura tenint en compte els diferents agents de provisió assistencial i el paper de les polítiques en l'estructuració del treball i en la reproducció de les desigualtats socials. És a dir, establint quina és la relació entre provisió de serveis públics de cura i l'equitat de gènere, amb el propòsit d'aconseguir el reconeixement social de l'activitat més enllà de la família i la domesticitat. Es consideren així les

condicions sota les quals es realitza la cura i el paper de l'Estat a l'hora de delimitar fronteres remunerades i no remunerades; els marcs normatius que assignen obligacions i responsabilitats; els costos econòmics i emocionals que comporta el treball de cura; i com es distribueixen entre els diversos agents. Des d'aquesta perspectiva, les polítiques públiques tenen un paper fonamental en la construcció d'un sistema de serveis basat en una atenció de qualitat que s'allunyi de la domesticitat i de la feminitat, ja que si bé aquestes polítiques tendeixen a reflectir les normes i pràctiques socials d'una societat, també poden tenir un paper actiu en afavorir la seva transformació (Peterson, 2015).

Arreu d'Europa, les creixents polítiques de benestar han traslladat algunes de les contribucions familiars a la reproducció social a altres sectors, fet que ha permès que el model masculí o femení es vegi erosionat (Himmelweit, 2017). Tot i així, els resultats evidencien que el model de treball femení (desqualificat i devaluat) tingui continuïtat en els treballs de cura, convertint-se en nínxols laborals per a les dones, moltes d'elles estrangeres, amb un nivell de qualificació baix (Razavi, 2007; Recio et., al 2015; Himmelweit, 2017). A més, la provisió pública dels serveis ha comptat amb el mercat privat pel seu desplegament, afavorint així al benefici econòmic enfront la satisfacció de necessitats, la qual cosa ha repercutit a la qualitat del treball i a les condicions laborals de les persones ocupades. Aquest model s'ha incrementat amb les normes d'austeritat que els Estats han aplicat per afrontar la crisi financera, situant a les dones en desavantatge i beneficiant als mercats (Comas d'Argemir, 2015; Himmelweit, 2017).

3. La cura com a problema públic: cobertura necessitats socials i creació d'ocupació

Les legislacions¹ que regulen els serveis de cura a Catalunya contempnen també la creació d'ocupació, ja sigui mitjançant els serveis socials (residències, centres de dia i serveis d'atenció domiciliaris) o les prestacions econòmiques (assistència personal i prestació per cura familiar). Aquestes normatives també inci-

1 Llei Estatal 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Atès que la Generalitat de Catalunya té competència exclusiva en relació als serveis socials, les prestacions en l'àmbit de l'atenció a la dependència s'integren en el Sistema Català de Serveis Socials, regulat per la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials.

deixen en el desenvolupament d'un sistema de serveis de qualitat, mitjançant un sistema de formació i un control de la prestació dels serveis públics quan aquests són externalitzats a entitats privades.

La creació d'ocupació vinculada al creixement dels serveis és una estratègia inclosa al *Libro Blanco de la Dependencia* (Ministeri de Treball i Afers Socials, 2005), que recull les línies d'actuació i recomanacions de la futura *Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de Dependència* (LAPAD). Així, tal i com es mostra a la taula 1, s'estima que amb la nova legislació es generin més de 260.000 llocs de treball corresponents a la prestació directa de serveis a l'àmbit estatal per al període 2005-2010. D'una banda, serien nous treballs en els àmbits públics i privats, que a la vegada alliberarien mà d'obra destinada a la cura i permetria a les dones incorporar-se al mercat de treball remunerat. També farien aflorar treballs que s'estaven realitzant a l'economia submergida o de forma irregular i aportarien una millora en l'atenció a les persones, ja que substituirien prestacions econòmiques o sanitàries que fins aleshores eren subsidiàries o desiguals. D'altra banda, aquests treballs contribuirien a lluitar contra l'atur i beneficiarien a les persones amb dificultats d'inserció laboral (dones, treballadors poc qualificats, aturats de llarga durada, joves i treballadors de més de 45 anys).

Taula 1: Previsió generació ocupació LAPAD (2005-2010).

Tipus de recurs	Estimació ocupació 2005	Treballs equivalents a jornada completa 2010 (generació neta de treball)
Residència	60.000	112.120
Centre de Dia	10.500	20.411
Ajuda a Domicili	18.000	111.527
Assistent personal	-	10.614
Teleassistència	1.000	8.065
Total	88.500	262.735

Font: Ministeri de treball i Afers socials (2005).

D'aquesta forma, un dels objectius de la LAPAD era compatibilitzar les polítiques actives d'ocupació amb la protecció social com a dues cares de la mateixa

moneda. Aquesta estratègia d'ocupació no era una novetat, ja que es basava en les recomanacions per afrontar els índexs d'atur a nivell Europeu als anys 90. Aleshores, tal i com es recull en el *Libro Blanco sobre Crecimiento, competitividad, empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI* (Comissió Europea, 1993), els serveis socials eren un dels sectors més intensius en treball i constituïen un dels jaciments d'ocupació² més importants. Es van promoure iniciatives locals de desenvolupament i treball amb l'objectiu d'afrontar el repte de la creació de llocs de treball amb la cobertura de necessitats socials i millorar la qualitat de vida. Tot i així, els resultats van ser llocs de treball orientats a perfils laborals de baixa qualificació destinats al col·lectiu de dones grans amb dificultats d'inserció laboral i amb un nivell de formació baix. No es va pensar ni en la qualitat del servei ni del treball, resultant ser "serveis-treball" per donar resposta a una població exclosa i que a la vegada donarien feina a dones en situació de risc d'exclusió social (Torns, 1997). A partir d'aleshores, a través de la formació ocupacional es va promoure la inserció laboral i el foment de la cohesió social, però es va configurar un nínxol ocupacional protagonitzat per dones, que encara avui es manté, i que està lluny de la qualitat del treball i del benestar de les persones. Aquesta situació indica la falta de connexió entre la creació de serveis i la promoció del treball en els plans locals d'ocupació, i posa en qüestió si la prioritat aleshores era el benestar social o l'expansió de l'ocupació (i el creixement econòmic). D'aquesta forma, l'impuls del sector no només prové de l'ampliació dels Estats del Benestar amb les noves legislacions arreu d'Europa, sinó que es promou com una forma de lluitar contra les taxes d'atur i de fomentar el treball femení (Torns, 1997).

3.1. La insuficiència de serveis i la privatització de l'atenció: conseqüències respecte la ocupació

El desplegament de la LAPAD ha afavorit la generació d'ocupació en el sector de la cura però no s'han complert les expectatives inicials. Segons es-

² Els nous jaciments d'ocupació reuneixen quatre característiques: cobreixen necessitats socials, es configuren en mercats incomplets, tenen un àmbit de producció o de prestació de serveis definit i són potencialment generadors d'ocupació. Al 1995 la comissió europea reconeix que els serveis de proximitat eren un dels 17 jaciments d'ocupació i en destacava el seu creixement, donant lloc a noves ocupacions per donar resposta a les transformacions socials.

timacions de l'Associació Estatal de Directors i Gerents en Serveis Socials (2016), el 2010 hi havia 126.309 llocs de treball directes del sector de la cura (sense considerar les ocupacions sorgides en les administracions públiques a l'efecte de valorar, fer seguiments o suportar la gestió administrativa i comptable dels expedients de dependència). Són diversos els factors que han tingut un impacte negatiu en la provisió de llocs de treball i que han donat continuïtat al protagonisme de la família com a agent de provisió assistencial dificultant també la valoració dels treballs de cura remunerats. Així doncs, malgrat la provisió de la cura a través dels serveis públics i el creixement del treball de cura remunerat, aquest és un complement al treball no remunerat, que continua sent la principal opció per atendre les necessitats (Rogerio i Ahmed, 2014).

En primer lloc, tal i com ha apuntat Sandra Ezquerro en el capítol anterior, tot i que la legislació contempla que els serveis tenen un caràcter prioritari sobre les prestacions econòmiques per la cura en l'entorn familiar (PECF)³, des de la seva aplicació es van reduir els serveis i la prestació d'assistència a través de prestacions monetàries es va generalitzar. Això és degut a la tradició cultural de la cobertura de les necessitats per part de la família i per les preferències de les persones que necessiten l'atenció. Tanmateix les prestacions econòmiques tenen l'avantatge de la facilitat de concedir-les per part de les administracions públiques i de ser menys costoses que els serveis, podent augmentar de forma ràpida el nombre de beneficiaris amb prestació i contribuint així al desplegament del sistema de dependència (Montserrat Codorniu, 2015). L'expansió de les PECF ha contribuït a que les famílies (principalment les dones) assumeixin les responsabilitats de cura, comportant una refamiliarització de l'activitat (Comas d'Argemir, 2015). Des del punt de vista de l'ocupació, ha suposat menys ocupació en els serveis i també ha comportat un augment del servei domèstic (règim principal de contractació de les persones cuidadores a les llars), ja que moltes de les PECF es van utilitzar per a la contractació de dones com a treballadores de la llar (moltes d'elles estrangeres en situació irregular) per part de famílies de classe mitja i alta (Martínez Buján, 2014; Comas d'Argemir, 2015).

³ Aquestes prestacions són concedides a familiars que tenen cura que han estat cuidadors/es almenys durant un any previ a la tramitació, o excepcionalment persones de l'entorn de la persona que visquin en un entorn proper. Aquestes persones seran donades d'alta per part de l'Administració de l'Estat al conveni especial de cuidadors/es no professionals.

Es va fer mitjançant contractes legals (ja que és un règim més econòmic, flexible i que legalment cobreix més intensitat horària), però també a través de l'economia submergida, contribuint a la irregularitat del sector domèstic i a la precarietat laboral (Parella, 2003; Martínez Buján, 2011). D'aquesta forma, si bé s'ha avançat en la regulació d'aquest sector, tal com és l'obligatorietat de tots els ocupadors de donar d'alta al sistema als seus treballadors i treballadores, així com la introducció del servei domèstic en l'àmbit de cotització del Règim General es tracta encara d'una relació laboral especial que, encara inclou cobertures diferenciades de la Seguretat Social (Martínez Buján, 2014).

En segon lloc, l'entrada de la LAPAD coincideix amb la crisi econòmica al 2008 i el desplegament de les polítiques conservadores i mesures d'austeritat⁴, que van comportar retallades en les prestacions i serveis que van tenir efectes negatius com la pèrdua de treballs, l'increment del treball submergit, el deteriorament de la qualitat dels serveis i l'increment de les llistes d'espera (Vilà, 2010). També van suposar desavantatges pels i les cuidadores no professionals, ja que es van reduir les quanties a percebre i es va suprimir la cotització a la Seguretat Social de les persones cuidadores. La insuficiència de serveis va fer augmentar el servei domèstic i la informalitat en aquest sector (Martínez Buján, 2011) i va promoure la prestació de cura a través d'empreses privades mitjançant les Prestacions Vinculades al Servei (PEV), sobretot per adquirir Serveis d'Ajuda a Domicili (SAD). Aquestes prestacions es concedeixen quan la demanda de serveis no es pot cobrir amb la xarxa de centres públics o concertats. Consisteixen en què la persona beneficiària rep una prestació econòmica per adquirir serveis al mercat privat a través d'entitats privades "acreditades" per a la provisió del servei. És una fórmula que ofereix un ràtio de cost interessant, ja que el consum de recursos per la seva cobertura suposa una despesa baixa (Associació Estatal de Directors i Gerents en Serveis Socials, 2016). Tot i així, és una mesura que si bé crea ocupació i beneficia al mercat comporta també el risc d'escapar dels controls de qualitat per part de les administracions públiques (Montserrat Codorniu, 2015). En aquest sentit, és una mesura que hauria de requerir que l'administració tingui un control públic dels preus

4 Real Decret 20/2011, de 30 de desembre, de mesures urgents en matèria pressupostària, tributària i financera per a la correcció del dèficit públic. Posteriorment es publica el Real Decret 20/2012, de 13 de juliol, de mesures per garantir l'estabilitat pressupostària i de foment de la competitivitat.

i d'accés al servei, a fi que realitzi un seguiment de la prestació per evitar que l'empresa prestadora pugui limitar a aquells beneficiaris que puguin comportar més costos que beneficis, i que estableixi un control de preus dins d'uns marges assumibles. Si no és així, es podria limitar l'accés a les persones amb rendes baixes i a les que necessiten cura d'alta intensitat (Associació Estatal de Directors i Gerents en Serveis Socials, 2016).

Tot i així, malgrat la situació de crisi econòmica i de desenvolupament de mesures d'austeritat, l'ocupació en el sector dels serveis socials a Catalunya ha augmentat en els últims anys, passant de 59.029 persones contractades al 2009 a 76.933 al 2014 (informe serveis socials)⁵. Si tenim en compte que l'ocupació general ha tingut una davallada en aquest període (passant de 3.290.300 persones ocupades al 2009 a 3.030.900 al 2014)⁶, el creixement del sector és molt significatiu en relació al conjunt del mercat laboral. En el cas del servei domèstic, amb la crisi econòmica es perden treballs, però són dades poc significatives en relació a la desocupació general i afecta sobretot al treball submergit, tot i que aquest es manté en les llars a on ja es realitzava (Martínez Buján, 2014). Per altra banda, durant aquests últims anys ha augmentat la prestació de serveis a través de les empreses privades, ja sigui de forma directa o mitjançant les PEV, que es converteixen en les principals ocupadores del sector. Tal i com es mostra a la taula 2, la privatització dels serveis és del 75,61 % al 2014 (Idescat), mentre que en el SAD és del 85% al 2012 (Associació Catalana de Recursos Assistencials, 2014). En el cas de les PEV, al 2018 representen el 7,20% del total de prestacions⁷, i augmenten sobretot les destinades als centres de dia i als SAD.

5 Aquestes dades no inclouen el Servei d'Ajuda a Domicili. Segons estimacions, l'any 2012 hi havia 7.421 persones ocupades en aquests serveis (Associació Catalana de Recursos Assistencials, 2014).

6 Dades Idescat (2009-2014).

7 Dades del seguiment del desplegament de la LAPAD de la Generalitat de Catalunya.

Taula 2: Tipologia de gestió dels centres de serveis socials (2009-2014).

Els centres de serveis socials	2009	2014
Nombre de centres	2.148	2.497
Nombre de centres d'iniciativa pública	447	609
Nombre de centres d'iniciativa social	958	1.139
Nombre de centres d'iniciativa mercantil	742	749

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades Idescat, 2014 (aquestes dades no inclouen el SAD).

3.2. Les vies formatives per accedir als treballs de cura

Les ocupacions de cura directa no requereixen titulació universitària i se situen en els nivells més baixos de la jerarquia ocupacional. La prestació de serveis emmarcada en el Sistema Nacional d'Atenció a la Dependència va considerar que tindria una repercussió sobre el treball, tant a nivell quantitatiu com qualitatiu. En relació a aquest últim aspecte, la legislació contempla la formació bàsica i permanent dels/les professionals i cuidadors/es, sent els poders públics els que determinaran les qualificacions professionals per a cada servei. Per fer-ho efectiu, es preveu "la col·laboració diferents administracions públiques competents en matèria educativa, sanitària, laboral i d'assumptes socials, així com d'aquestes amb les universitats, societats científiques i organitzacions professionals i sindicals, patronals i del tercer sector" (article 36.1 de la LAPAD). Tot i així, si bé actualment existeix un requeriment oficial de qualificacions per desenvolupar les activitats de cura en els serveis socials, encara hi ha un dèficit de persones qualificades per cobrir la demanda ocupacional i a la vegada hi ha moltes dones que posseeixen les habilitats i coneixements però que no tenen una qualificació oficial (Martin Serrano, 2014).

Les persones que treballen en el sector de la cura tenen formacions molt diverses, provinents sobretot de la formació professional per a l'ocupa-

ció⁸ (competència del Servei d'Ocupació de Catalunya –SOC–). D'acord amb l'impuls dels plans locals d'ocupació als anys 90, el sector ha estat una política prioritària del SOC per a desenvolupar polítiques actives d'ocupació pel seu potencial de creació d'ocupació a partir d'activitats i serveis destinats a satisfer necessitats no cobertes en la societat. El fet que siguin qualificacions mitjanes-baixes, s'ajusten a un perfil majoritari entre les persones demandants d'ocupació, i el fet que sigui un sector molt feminitzat, el converteix en una sortida laboral per a bona part de les dones. Tal és així que segons dades de l'informe del SOC (Generalitat de Catalunya, 2010), en el període 2005-2006, el perfil de l'alumnat en ocupacions vinculades a la LAPAD van ser dones (91,71 %), de 39,26 anys de mitjana, de nacionalitat espanyola (78,7%) i sense la formació obligatòria finalitzada (37,5%). La formació ocupacional va experimentar un creixement sobretot al 2009, passant de 3.100 places al 2005 a 12.351 al 2009. La crisi econòmica i els alts índexs d'atur van contribuir a establir una nova oferta formativa, de cursos més curts, amb l'objectiu que un major nombre de persones desocupades poguessin formar-se. Cal destacar també que, tot i l'alta feminització de l'alumnat, va augmentar la participació dels homes, sent del 8,13% en el 2005 i del 16% en el 2009. L'especialitat formativa que va acollir més alumnes va ser "Auxiliar infermeria en geriatria (63,99%) i la menor "Auxiliar d'infermeria en salut mental i toxicomanies" (2,27%). Aquestes dades ja ens mostren l'alta previsió en la demanda d'ocupació en l'atenció de les persones grans, com a conseqüència de l'envelliment de la població. Una altra dada interessant és que malgrat que a totes les especialitats formatives hi ha participat una major proporció de dones, les especialitats menys feminitzades han estat les d'"Auxiliar d'infermeria en salut mental i toxicomanies" (81,70% de dones) i la de "Cuidador/a en discapacitats físiques i mentals" (82,47% de dones), que com veurem, són ocupacions on els homes hi estan més representats tenint en compte el conjunt del sector. L'informe del SOC assenyala també que les dones, en un 51,7% dels casos, han estat contractades almenys una vegada a una ocupació vinculada a les especialitats formatives estudiades, mentre que entre els homes això succeeix en un 39,2%.

⁸ Segons dades de la Generalitat de Catalunya de 2014, el 54% de les persones que treballen en centres de serveis socials desenvolupen ocupacions identificades per la formació professional.

La formació per accedir en aquest sector ocupacional es va incloure dins la formació professional de grau mig al 2003, mitjançant la titulació de Tècnic en Atenció Sociosanitària⁹, que va unificar sota una mateixa titulació reglada totes aquelles noves professions que intervenen en l'atenció a la persona. Aquesta titulació va ser reformada per la llei catalana de sistema educatiu¹⁰ que estableix la titulació de Tècnic/a en Atenció a persones en situació de dependència. A partir del 2002, amb la reestructuració del sistema de formació professional, s'integra la formació professional de l'àmbit educatiu i de l'àmbit laboral i reconeix que les competències poden adquirir-se a través de la formació o de l'experiència laboral, que pot ser reconeguda i acreditada. Tal és així que en el marc del Sistema Nacional de Qualificacions s'han regulat dos certificats de professionalitat de la família professional de Serveis socioculturals i a la comunitat¹¹, que el SOC incorpora a la seva oferta formativa al 2010. Aquests certificats són unes titulacions que acrediten tenir les habilitats i els coneixements per desenvolupar l'activitat laboral. Les vies per obtenir-los són la formativa (a través de la formació professional per a l'ocupació o del sistema educatiu), o bé mitjançant un procediment anomenat "acredita't"¹², dirigit a reconèixer, avaluar i acreditar les competències professionals adquirides mitjançant l'experiència laboral o de vies no formals de formació. Aquesta via acreditativa s'estableix a partir de l'Acord del consell territorial del Sistema per l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD) de 2008¹³ que, degut a la manca de professionals qualificats en el sector i la creixent demanda d'ocupació, s'estableix la necessitat que es desenvolupi una qualificació específica per als perfils professionals d'atenció directa que en el moment de la posada en marxa del SAAD no la posseïen. Mitjançant aquesta regulació s'estableixen uns re-

9 Real Decret 496/2003, de 2 de maig.

10 Decret 1593/2011, de 4 de novembre.

11 Certificat de professionalitat d'atenció sociosanitària a persones dependents en institucions socials i el Certificat de professionalitat d'atenció sociosanitària a persones dependents en domicilis (RD 1379/2008, d'1 d'agost).

12 Mitjançant el Reial decret 1224/2009, de 17 de juliol, de reconeixement de les competències professionals adquirides per l'experiència laboral.

13 Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, sobre criteris comuns d'acreditació per garantir la qualitat dels centres i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (Resolució de 2 de desembre de 2008, de la Secretaria de l'Estat de Política Social, Famílies i Atenció a la Dependència i a la Discapacitat).

quisits relatius a les qualificacions professionals en uns terminis concrets, com a garantia que l'atenció que es presta té un nivell de qualitat adequat. Tot i així, segons dades de 2014 el nivell de convocatòries van ser insuficients, i encara hi havia un nombre important de persones treballant que no tenien l'acreditació corresponent¹⁴, ja sigui per les dificultats de finançament de les Comunitats Autònomes o per la complexitat dels procediments (Martin Serrano, 2014). Degut a això, des del 2015 s'han aprovat diversos acords que posposen els terminis d'acreditació i que estableixen nous requisits per a obtenir la certificació de la qualificació professional.

Aquest procés formatiu possibilita revaloritzar unes tasques i habilitats adquirides per les dones, a través de la socialització, que no han estat reconegudes socialment. I a la vegada qüestionar l'assignació biològica de les mateixes a les dones. Però no es desenvolupa per dignificar aquest "sabers femenins" sinó per ajustar-se a l'espai laboral "masculí" (Serrano et al., 2013). D'aquesta forma, la capacitació per a realitzar aquests treballs, basada en el "saber dir" i el "saber estar" més que en "saber fer" (Torns, 2007), no ha aconseguit una regulació adequada per equiparar aquest treball a les qualificacions socialment reconegudes (Recio et al., 2015). En el cas de l'acreditació de competències l'experiència laboral apareix com una alternativa legítima a la qualificació i dóna continuïtat a l'imaginari de la cura en la domesticitat (familiar i informal) i la feminització dels treballs. És una mesura que es converteix en una via d'entrada al mercat laboral per a les dones que s'han dedicat al treball de cura. Pels homes, en canvi, suposa un desavantatge, ja que gairebé no tenen experiència prèvia per poder acreditar i justificar així la seva capacitació en el treball. Això ha comportat que la trajectòria personal i laboral de la dona afavoreixi la seva continuïtat en aquests treballs (amb o sense formació), mentre que en el cas dels homes, la formació sigui la principal via d'inserció (Roca, 2018). Tampoc beneficia a les persones estrangeres, ja que són dones que tenen experiència en domicilis particulars, però la majoria d'aquesta es desenvolupa dins de l'economia submergida.

¹⁴ Segons l'IMSERSO, a Espanya hi ha almenys 18.000 persones sense acreditar, sent aquesta dada probablement inferior a la realitat. Es poden consultar les dades de cada comunitat Autònoma a Martin Serrano (2014).

4. La feminització del treball de cura remunerat

El que tenen en comú totes les ocupacions de cura és que estan altament feminitzades. L'any 2014, de les persones que treballaven als centres de serveis socials, un 81,7% eren dones (Idescat, 2014). De la mateixa manera que la cura en el marc de la família (no remunerada) recau a les dones, també passa quan es remunera. Així doncs, els estereotips de gènere es reproduïen en aquests treballs.

Tal i com es mostra a la taula 3, el principal sector que ha generat ocupació ha estat el de la gent gran, a causa de les creixents necessitats de cura d'aquest col·lectiu i de la progressiva externalització del treball de cura per part de les famílies als serveis d'atenció. Si creuem les dades amb el sexe de les persones treballadores, observem que la feminització del treball varia en funció del col·lectiu atès, sent major en les persones grans (86%) i menor en altres col·lectius com en la malaltia mental (71,3 %) o la discapacitat (78,8%). Si concretem més, del total d'auxiliars de gerontologia que treballen en les residències per a la gent gran gestionades directament per la Generalitat, el 93,1% són dones. Així doncs, el grau de feminització dependrà del tipus de servei i del col·lectiu al que s'atengui, de manera que el perfil masculí destaca per exercir aquelles activitats en què es necessita força física o autoritat (qualitats masculinitzades) i per realitzar les tasques menys assistencials de la cura (Bodoque i Roca, 2019).

Taula 3: Dades ocupació en funció del col·lectiu atès (2014).

Tipus de col·lectiu	Homes	Dones	Total
Gent gran	6.786 (13,8%)	42.545 (86,2%)	49.331 (100%)
Discapacitats	3.270 (21,1%)	12.198 (78,9%)	15.468 (100%)
Infància, adolescència i joventut	2.602 (34,1%)	5.021 (65,9%)	7.623 (100%)
Salut mental	495 (28,7%)	1.228 (71,3%)	1.723 (100%)
Altres col·lectius	852 (30,6%)	1.935 (69,4%)	2.787 (100%)
Total	14.005 (18,2%)	62.927 (81,8%)	76.932 (100%)

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades Idescat, 2014 (aquestes dades no inclouen el SAD).

En el SAD, al 2012 hi havia 7.421 persones assalariades, esdevenint el perfil professional més representat el de treballador/a familiar en un 69%. D'aquestes persones, el 97% són dones (Associació Catalana de Recursos Assistencials, 2014). La feminització en aquest servei és més alta probablement perquè és un servei que es realitza en el domicili privat de la persona, vinculat als afectes i a la domesticitat, dos aspectes que s'associen a la feminitat. Així és com generalment les persones receptores del servei prefereixen ser ateses per dones, ja que es manté la idea que la dona està més capacitada per a la cura i les tasques més domèstiques, degut al seu recorregut en aquesta activitat en l'àmbit domèstic i familiar (Roca, 2017). Cal dir també que, a diferència dels recursos institucionals, les persones beneficiàries del servei tenen més poder de decisió en com volen ser ateses (Roca, 2018). Tenint en compte que el SAD és un servei municipal, però que majoritàriament està externalitzat a organitzacions privades, els serveis socials municipals són els encarregats d'assignar el servei a la persona i deriven el cas a les organitzacions adjudicatàries. A partir d'aquí, l'assignació de professionals a cada domicili és negociat amb les persones receptores del servei. Això comporta que la responsabilitat en afavorir la igualtat de les plantilles quedi difuminada entre persones gestores de les entitats i tècniques de serveis socials municipals, delegant la decisió del perfil del treballador o treballadora en funció de les preferències dels beneficiaris/es del servei.

Com hem vist, el gènere és una dimensió estructural del treball de cura, on a les dones, pel seu paper en la reproducció de la vida, se'ls ha atribuït unes capacitats i habilitats per la cura que tenen continuïtat en els treballs remunerats. És un treball que exigeix unes qualitats i competències relacionals, reconegudes tradicionalment com específiques de les dones, que han estat naturalitzades en lloc de qüestionar les relacions de gènere associades a l'activitat i entendre que aquesta responsabilitat és producte d'una atribució social (Comas d'Argemir, 2015). Per tant, no és la biologia que determina les capacitats per la cura, sinó que respon a una construcció social. La categoria gènere ens serveix per pensar la diferència sexual sense remetre'ns a la naturalesa, sinó com un element constitutiu de les relacions socials basades en les diferències que distingeixen els sexes. Joan Scott (1996) planteja que per l'anàlisi de les relacions de gènere s'han de tenir en compte diferents elements interrelacionats: els símbols culturals que evoquen representaci-

ons, els conceptes normatius que manifesten les diverses interpretacions d'aquests símbols, les nocions polítiques, les institucions i organitzacions que encarnen aquestes interpretacions i finalment, les identitats subjectives que produeix. En les societats contemporànies, les polítiques i el mercat de treball segregat per sexes forma part del procés de construcció del gènere. Seguint amb aquest plantejament, les professions de cura són institucions que reflecteixen la divisió sexual del treball, i que a la vegada reproduïxen i/o transformen les relacions de gènere. Hi ha representacions socials que construeixen les idees de masculí/femení i tasques i qualitats que s'esperen dels homes i les dones. Aquestes representacions són interpretades i resignificades pels subjectes en l'elecció de les seves professions; i les formes i els àmbits en què aquestes se situen són considerats socialment com a «masculins» o «femenins». Però no només són les persones que organitzen les pràctiques de gènere, sinó que les organitzacions i les polítiques també estan generitzades i reproduïxen contínuament patrons de relacions socials dominants i subordinades, promovent pràctiques que actuen com un conducte de models particulars de masculinitat i feminitat (Connell i Masererschmidt 2005).

Els homes que s'insereixen en aquests treballs creuen les fronteres de gènere i han de negociar la seva masculinitat fent ús d'estratègies de distanciament d'allò femení o bé incorporant aspectes dels comportaments feminitzats (Simpson, 2004). Les seves pràctiques desafien i transformen les nocions hegemòniques de masculinitat i visibilitzen nous models i noves pràctiques de cura que esdevenen un potencial de canvi de les relacions de gènere (Hearn 2004), i a la vegada comporten nous desafiaments per a la valoració d'aquestes ocupacions (Baines et al. 2015). Per exemple, Scambor et al. (2016) amb el concepte de "caring masculinities" es refereix a aquells homes que participen en treballs de cura i que, allunyant-se de la masculinitat tradicional, construeixen identitats masculines integrant valors d'interdependència i cura. Aquest nou model de masculinitat contribueix a la igualtat de gènere, però encara falta camí per recórrer, ja que continuen sent treballs devaluats també per als homes. A Catalunya, la incorporació dels homes en aquests treballs es produeix sobretot per una situació d'atur com a conseqüència de la crisi econòmica de 2008, trobant en el sector una oportunitat laboral (Bodoque et al., 2016). Aquesta situació apunta cap a noves relacions de gènere, però cal esperar uns anys per valorar

si els homes es mantenen en aquests treballs una vegada la situació econòmica els ofereixi millors oportunitats. Tot i així, per alguns d'ells aquesta situació ha significat una nova experiència personal i laboral i no descarten continuar en aquest sector.

Els estudis de gènere plantegen la necessitat d'introduir la perspectiva interseccional per l'anàlisi de les desigualtats socials, ja que no només és el gènere que organitza les pràctiques i relacions, sinó que les dimensions d'ètnia i classe funcionen també com a eixos de desigualtat social (Crenshaw, 1991). El sector s'ha anat configurant com un nínxol ocupacional per a dones, amb un nivell de qualificació baix, moltes d'elles procedents de l'estranger. Són dones que tenen poques opcions d'optar a treballs més qualificats i troben en aquest sector una oportunitat laboral. En els Serveis d'Atenció a Domicili (SAD) es diferencien les tasques de neteja i d'atenció personal, que es corresponen a categories laborals diferenciades. Al creuar gènere, classe i ètnia, s'evidencia que les desigualtats socials afecten sobretot a les auxiliars de neteja (dones d'origen estranger, amb estudis bàsics o sense), mentre que l'atenció personal està representada per dones autòctones i amb la formació requerida (Roca, 2018). En el servei domèstic, les dones estrangeres són les principals contractades. Segons dades de l'Idescat de 2011¹⁵, a Catalunya el 87,32% del personal ocupat en el servei domèstic¹⁶ són dones, de les quals el 48,83% són estrangeres. Una altra dada interessant és que del total de persones estrangeres, només el 10,78% s'ocupa en el sector de la sanitat i els serveis socials i el 53,28% en el sector domèstic. Aquestes dades mostren que ser dona, estrangera i de determinada classe social significa trobar en el sector domèstic una oportunitat laboral. S'evidencia també com gran part de les necessitats de cura de les persones autòctones es resolen mitjançant la contractació d'aquestes dones, donant lloc a una situació de "triple discriminació" (Parella, 2003). Per tant, el gènere, la classe i l'ètnia són dimensions que es relacionen en la construcció de les identitats de les persones que cuiden i dibuixen l'arquitectura en els diferents serveis del sector.

15 Cal tenir en compte que segons la classificació de les activitats econòmiques CNAE-93, el servei domèstic s'inscriu al grup "Activitats de llars que ocupen personal domèstic o produeixen bens/serveis d'us propi", per tant, aquestes dades inclouen també altres activitats.

16 Agafem aquestes dades del 2011 perquè són les últimes publicades per l'Idescat en referència a la població ocupada per branques d'activitat segregades per sexe i nacionalitat.

La vinculació de l'activitat a les dones i a la domesticitat, comporta que sigui un treball que, tot i que actualment s'inscriu en unes relacions de mercat, continua estant devaluat (Razavi, 2007; Comas d'Argemir, 2015; Recio et al., 2015). Les condicions laborals del sector reflexen i reproduïxen el poc reconeixement social d'aquest treball: salaris baixos, jornades parcials, contractes temporals i una alta flexibilitat laboral. Per exemple al SAD, els salaris se situen entre els més baixos del mercat laboral. Segons el IV Conveni Col·lectiu Estatuari d'Empreses d'Atenció Domiciliària de Catalunya el sou brut mensual l'any 2018 és de 1093,02 euros per la categoria de treballadora familiar i de 937,06 euros per la categoria d'auxiliar de la llar. Cada tècnic/a assistencial (el 93% del personal del SAD) treballa 19,2 hores a la setmana atenent una mitjana de 7,2 usuaris/es (Associació Catalana de Recursos Assistencials, 2014). En el cas de Barcelona, l'any 2015 el 44,6% tenia un contracte temporal, el 76,1% tenien un contracte a temps parcial i el 95,7% guanyava un sou inferior a 9,47 euros bruts/hora (Ezquerria i Mansilla, 2018). En relació als centres de serveis socials per a persones grans, el salari brut mensual per a la categoria de gerocultor/a per l'any 2018 és de 985,34 euros segons el VII Conveni Marc Estatal de Serveis d'Atenció a les Persones Dependents i Desenvolupament de la Promoció de l'Autonomia Personal, i el grau d'instabilitat laboral és del 15,2% a Catalunya (Idescat, 2014). En el cas del servei domèstic la precarietat laboral és més intensa, tal i com explica Díaz Gorfinkiel en aquest volum.

La regulació laboral del sector es troba en continu procés de negociació, el que reflexa la complexitat i desregulació d'aquest àmbit laboral. Aquesta negociació la duen a terme les empreses privades, representades per una heterogeneïtat de formes i dimensions i té poca representació sindical a causa de la creació de noves empreses, i de l'alta rotació de personal i contractes temporals en el sector (Escudero, 2007). A més, a causa de la diversitat d'activitats, d'àmbits d'actuació, de llocs on es presta el servei i de tipus d'empresa s'ha desenvolupat un ampli ventall de convenis sectorials i territorials ateses les competències de les comunitats autònomes en el desplegament d'aquests serveis.

5. Reflexions finals

Amb el desenvolupament de la LAPAD s'inicia un procés de professionalització del sector basat en la regulació de les formacions i el desenvolupament d'un sistema de serveis de qualitat. Aquest procés possibilita identificar habilitats i sabers adquirits principalment per les dones en l'esfera domèstica, atorgant-los un reconeixement per tal d'avançar cap a la desfamiliarització i desgenerització de l'activitat. Malgrat això, es desenvolupa en un context cultural on les representacions socials de l'activitat estan molt vinculades a allò domèstic, íntim, familiar i femení. Les competències requerides en aquests treballs es continuen associant a les habilitats personals, naturalitzades a les dones, i se segueix associant l'activitat a la domesticitat, com a treball reproductiu, el que dificulta la seva valoració i redistribució social. D'aquesta forma, les formacions es corresponen a baixes qualificacions i/o acreditacions basades més en l'experiència que en la formació tècnica i les qualificacions no s'han traduït en formacions prestigiades. D'altra banda, les polítiques públiques han reforçat la divisió sexual del treball i les pràctiques organitzacionals que operen en el sector continuen basant-se en models socials estereotipats, reproduint les desigualtats de gènere. A més, pel fet de ser activitats feminitzades, les condicions laborals són precàries i això comporta que les dones siguin les principals candidates per a aquests treballs.

Com hem vist, contràriament als objectius de la LAPAD, no s'han potenciat els serveis professionals i des de la seva aplicació els recursos destinats han estat insuficients, afavorint la privatització de l'atenció, la refamiliarització de la cura i l'augment del servei domèstic. Aquest fet, que s'ha aguditzat amb la crisi econòmica i les polítiques d'austeritat, ha comportat repercussions sobre l'ocupació, la qualitat del treball i la garantia dels drets socials. Per tal d'afavorir un sistema de serveis de qualitat és necessari un augment del finançament per al desenvolupament òptim de les polítiques d'atenció a la dependència. Per una banda, caldria promoure els serveis enfront les prestacions econòmiques de cura destinada als/les cuidadors/es familiars. Tot i que en els últims anys s'ha produït un creixement dels serveis socials, representant el 58,4% del total de prestacions a Catalunya al 2018 (IMSER-SO, 2018), encara són dades poc significatives. Aquest canvi de tendència es pot haver produït per retirada del finançament per part de l'Estat de les

cotitzacions la Seguretat a Social als cuidadors/es no professionals d'acord amb les mesures d'austeritat aplicades, i per tant, les PECF deixen de ser una opció favorable pels i les cuidadores familiars. Tot i així, des de l'1 d'abril de 2019¹⁷ apareix una nova normativa que estableix que es poden recuperar de nou les quotes de cotització per part de l'Estat, un fet que pot no afavorir al creixement dels serveis. D'altra banda, caldria també potenciar la provisió directa dels serveis des de les administracions públiques, i en el cas de la seva externalització, realitzar un control de qualitat tant de les empreses concertades com acreditades de serveis, per garantir una qualitat en els serveis i unes bones condicions laborals dels treballadors/es. En relació a les prestacions econòmiques, garantir quanties òptimes per comprar serveis al mercat, ja que si bé les transferències monetàries podrien incentivar una ocupació laboral, el perill d'aquesta fórmula és que si les quanties són inferiors al cost dels serveis, repercuteix directament a no generar un mercat laboral de qualitat en el sector o incentivant a la família (i la dona) a cuidar, sobretot entre les classes més baixes (Sarasa, 2009). Finalment, destinar més recursos públics en l'atenció a la dependència per limitar el creixement del servei domèstic desregulat (Martinez Buján, 2011).

A causa de l'elevada rendibilitat de la inversió pública en aquest sector ocupacional, des de fa uns anys, i sobretot amb el desplegament de la LAPAD, s'han prioritzat les polítiques actives d'ocupació en aquest àmbit. Aquest fet ha contribuït a lluitar contra l'atur i atreure més persones al sector. Ara bé, si fins ara la incorporació de persones ha estat una actuació prioritària per poder atendre la demanda, ara cal avançar en la qualitat i la qualificació de les persones que hi treballen. Per altra banda, hi ha un desfasament entre la formació requerida per prestar els serveis i la que tenen bona part de les persones que els presten. Això comporta un repte per a tots els agents involucrats (empreses, treballadors/es, Administració, centres de formació) a fi de millorar la qualitat dels serveis i la qualitat dels treballs. Tot i així, hi ha el risc que una millora d'aquestes qualificacions pugui expulsar dones amb un nivell d'educació baix que, després de tenir una àmplia experiència en prestar aquests tipus de serveis, tinguin dificultats per poder acreditar-la. El reforçament de polítiques

17 Reial decret 6/2019, d'1 de març, de mesures urgents per a la garantia de la igualtat de tracte i d'oportunitats entre dones i homes en l'ocupació.

de formació ha d'anar acompanyat per una major regulació del marc legal i de les condicions laborals dels i les cuidadores professionals. En els darrers anys s'ha reforçat l'articulació de la negociació col·lectiva, però cal avançar en aquest aspecte i augmentar també la representació sindical. Cal doncs una bona articulació entre administracions laborals i agents socials per avançar cap a la transformació dels nínxols laborals en treball de qualitat, ja que la millora de les condicions laborals comportarà la dignificació de les persones que hi treballen i també pot atraure la incorporació dels homes en aquests treballs.

Tot i que el procés de regulació del sector i la situació de crisi econòmica ha suposat més implicació, encara que minoritària, d'homes en aquest sector, la seva presència no ha modificat els models culturals, resultant un àmbit molt feminitzat. Per reduir les desigualtats de gènere implícites en aquests treballs, és necessària la implicació dels homes, com aspecte clau per promoure la seva democratització, és a dir, el reconeixement i la redistribució social de la cura. Per exemple, mitjançant la valorització del treball de cura dins la família es donaria més valor a la cura en l'esfera remunerada, i aquest fet comportaria una major implicació dels homes en aquests treballs (Himmelweit i Land, 2011). És necessari també avançar cap al coneixement dels homes que cuiden a les persones adultes dependents, ja que tenen menor visibilitat i reconeixement (Comas d'Argemir, 2016). Cal superar doncs la imposició de les dones com a cuidadores i cal fomentar la contractació d'homes en el sector. Tenint en compte la creixent privatització dels serveis, que han convertit a les organitzacions en les principals ocupadores, les administracions públiques haurien de garantir l'aplicació de polítiques d'igualtat de gènere en aquests treballs. Es podria també promocionar la imatge d'homes en treballs de cura en els mitjans de divulgació de les polítiques actives d'ocupació per atraure la seva demanda. En el cas dels Serveis d'Ajuda a Domicili caldria la implicació dels serveis socials a fi de transmetre als beneficiaris dels serveis que la capacitat per a la cura és independent del gènere mentre les persones estiguin formades. Però l'arquitectura del sector es configura no només per les dimensions de gènere, sinó també de classe i ètnia. En aquest sentit, no podem obviar aquestes altres dimensions que també estructuraven les desigualtats socials en aquest sector ocupacional, tant de les persones que vehiculen pràctiques i relacions com de les pràctiques i processos en les organitzacions.

D'aquesta forma, per avançar cap a la igualtat social, el gènere ha de redefinir-se i reestructurar-se en conjunció amb una visió d'igualtat política i social que comprèn no només el sexe, sinó també la classe i l'ètnia. En definitiva, per avançar cap al reconeixement i redistribució d'aquest treball, cal entendre que la cura és una responsabilitat social i cal posar en qüestió la seva feminització. Es tracta d'entendre la cura com un assumpte social i polític i no només com un assumpte privat i de les dones.

6. Bibliografia

ASSOCIACIÓ CATALANA DE RECURSOS ASSISTENCIALS (2014): *Informe econòmic i social ACRA 2014 del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya*. Barcelona: ESADE.

ASSOCIACIÓ ESTATAL DE DIRECTORS I GERENTS EN SERVEIS SOCIALS (2016): *XVI dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

BAINES, Donna, CHARLESWORTH, Sara i CUNNINGHAM, Ian (2015): "Changingcare? Men and managerialism in the nonprofit sector". *Journal of Social Work*, 15 (5), 459-478.

BODOQUE, Yolanda, ROCA, Mireia i COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2016): "Hombres en trabajos de cuidado: género, identidad profesional y cultura del trabajo". *Revista Andaluza de Antropología*, 11, 67-91.

BODOQUE, Yolanda i ROCA, Mireia (2019): "¿Se buscan cuidadores? Estrategias de contratación de hombres en trabajos remunerados de cuidados a personas adultas". *Política y Sociedad*, 56(1), 169-190.

CARRASCO, Cristina (2009): "Mujeres, sostenibilidad y deuda social". *Revista de educación*, número extraordinario, 169-191.

COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2015): "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar". *Revista Antropología Social*, 24, 375-404.

COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2016): "Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes". *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 15 (3), 10-22.

COMISSIÓ EUROPEA (1993): "Libro Blanco sobre Crecimiento, competitividad, empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI". Luxemburg: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

CONNELL, Raewyn i MESSERSCHMIDT, James. W (2005): "Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept". *Gender & Society*, 19 (6), 829-859.

CRENSHAW, Kimberlé Williams (1991): *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. A BARTLETT, Katharine i KENNEDY, Rosanne. (Eds.) *Feminist Legal Theory: Readings in Law and Gender* (pp. 57-80). San Francisco: Westview Press.

DALY, Mary i LEWIS, Jane (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states". *The british journal of sociology*, 51(2), 281-298.

EZQUERRA, Sandra i MANSILLA, Elba (2018): *Economia de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

ESCUADERO, Ricardo (2007): "Estructura y articulación de la negociación colectiva del sector Estructura y articulación de la negociación colectiva del sector". A VVAA (2007): *La calidad del empleo del nuevo sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia*. Alzira: Editorial Germania.

HEARN, Jeff (2004): "From hegemonic masculinity to the hegemony of men". *Feminist theory*, 5 (1), 49-72.

HIMMELWEIT, Susan i LAND, Hilary (2011): "Reducing gender inequalities to create a Sustainable care System". *Kurswechsel*, 4, 49-63.

HIMMELWEIT, Susan (2017): *Changing norms of social reproduction in an age of austerity*. Ochanomizu University: Departmental Butllein Paper.

MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel (2011): "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 93-123.

MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel (2014): “El trabajo domestic cuenta! Características y transformaciones del servicio domestic en España”. *Migraciones*, 36, 275-305.

MARTIN SERRANO, Enrique (2014): “¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?”. *Revista Actas de la dependencia*, 11, 1-29.

MINISTERI DE TREBALL I AFERS SOCIALS (2005): *Libro Blanco de Atenció a las personas en situación de dependència*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

MONTSERRAT CODORNIU, Julia (2015): “Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro”. *Zerbitzuan*, 60, 9-28.

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

PETERSON, Elin (2015): “Framing caregiving work for older people in Spanish public policy: gender, power and social justice”. *Revista Española de Ciencia Política*, 39, 221-237.

RAZAVI, Shahra (2007): *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual issues, research questions and policy options*. Ginebra: UNRISD Programme Paper.

RECIO, Carolina, MORENO, Sara, BORRÀS, Vicent i TORNS, Teresa (2015): “La profesionalización de sector de los cuidados”. *Zerbitzuan*, 60, 179-193.

ROCA, Mireia (2017): “Homes i dones en el treball de cura remunerat: continuïtats i transformacions en les relacions de gènere en els serveis d’ajuda domiciliaris”. *Quaderns-e*, 22, 99-114.

ROCA, Mireia (2018): “Desigualdades de género y trabajo de cuidados en el Servicio de Ayuda a Domicilio: políticas, discursos y prácticas”. *Revista Internacional de Organizaciones*, 20, 59-80.

ROGERO, Jesús i AHMED, Karim (2014): “What is the best care for community-dwelling dependent adults? Sources of care and perception of unmet needs in Spain”. *Revista Internacional de Sociología*, 72(2), 403-427.

SARASA, Sebastià (2009): “El quart pilar de l’Estat del Benestar i el gat de Cheshire”. Dins A SUBIRATS, Marina (Coord.): *Societat Catalana* (pp. 83-99). Barcelona: Associació Catalana de Sociologia.

SCAMBOR, Elli et al (2014): “Men and gender equality: European Insights”. *Men and Masculinities*, vol. 17(5), 552-577.

SCOTT, Joan.W (1996 [1990]): “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. Dins LAMAS, Marta (Comp.): *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG.

SERRANO, Amparo, ARTIAGA, Alba i DÁVILA, María Celeste (2013): “Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica”. *Revista Internacional de Sociología*, vol. 71(3), 669-694.

SERVEI D’OCUPACIÓ DE CATALUNYA (2010): *La inserció laboral de l’alumnat de formació ocupacional en les especialitats formatives sociosanitàries vinculades als treballs de cura de les persones dependents Catalunya. 2005-2006*. Àrea d’Anàlisi i Prospectiva de la Secretaria Tècnica del SOC.

SIMPSON, Ruth (2004): “Masculinity at Work: The Experiences of Men in Female Dominated Occupations”. *Work employment and Society*, 18 (2), 349-368.

TORNS, Teresa (2007): “Les polítiques per a l’organització social de la cura a l’esfera local. Implicacions des de la perspectiva de gènere”. A DE LA FUENTE, Maria (coord.): *Les àrees de serveis personals: donant perspectiva de gènere a les polítiques socials d’àmbit local*. Barcelona: Institut de ciències polítiques i socials.

TORNS, Teresa (1997): “Los servicios de proximidad, ¿un yacimiento de empleo?”. *Revista de Treball Social*, 147, 40-54.

VILÀ, Toni (2013): “Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”. *Actas de la Dependencia Fundación Caser*, 8, 49-69.

(DES)PROTECCIÓN LEGAL Y VULNERACIONES EN EL EMPLEO DEL HOGAR Y DE CUIDADOS

MAGDALENA DÍAZ GORFINKIEL

1. Introducción

Este artículo tiene como objetivo abordar la realidad del empleo del hogar en España con el fin de analizar los elementos de vulneración existentes en el sector así como los avances que se están produciendo en su consideración. El objetivo último radica en ofrecer una fotografía de la situación actual de este fenómeno social para que, combinado con el resto de perspectivas abordadas en este volumen, se obtenga una visión global de la situación de los cuidados en la sociedad así como de las líneas principales sobre las que se hace necesario incidir.

El análisis de la actividad del empleo del hogar es enormemente rico y complejo por combinar en su propio desarrollo una enorme variedad de procesos sociales, como la división sexual del trabajo, la posición de los cuidados en la sociedad, las migraciones transnacionales o el papel de la legislación y las políticas públicas. Con objeto de intentar abordar algunas de estas líneas este capítulo se divide en tres grandes secciones que abarcan temáticas complementarias del fenómeno. La primera sección analiza el desarrollo del sector del empleo del hogar dentro de las dinámicas de visibilización de los cuidados en su conjunto. Se hace hincapié en los cambios sociales acaecidos en las últimas décadas y la consolidación de este sector laboral como respuesta a las nuevas formas de organización social de los cuidados. El segundo bloque se concentra en las condiciones de vulneración legal del sector analizando distintos elementos que, desde su propio planteamiento o por la propia dinámica social, generan desprotección a quienes trabajan en este ámbito. El último apartado analiza las

esferas de incidencia prioritaria para avanzar en la mejora de las condiciones del sector, teniendo en cuenta una visión trasnacional necesaria de incorporar para comprender el fenómeno de los cuidados y el empleo del hogar en su totalidad.

2. El empleo del hogar y la visibilización del concepto de cuidados

La presencia del concepto de cuidados en el debate social y político presenta una trayectoria histórica relativamente corta. El paradigma socio-económico imperante en la actualidad, consolidado tras el surgimiento de la sociedad de mercado en Europa, significó la generalización de la experiencia masculina en la definición de la normalidad socio-económica (Carbonell Esteller, Gálvez Muñoz y Rodríguez Modroño, 2014) y la consiguiente relegación de las actividades cotidianas de cuidados. Esta desigual consideración de las actividades sociales, y sus actores, impuso un sistema de supremacía beneficioso para las necesidades de los interconectados sistemas capitalista y patriarcal. Así es como la domesticidad se convirtió en una estrategia política de organización social (Carbonell Esteller, Gálvez Muñoz y Rodríguez Modroño, 2014) que, con algunas modificaciones, se ha mantenido como ideología sistémica imperante.

En la década de los sesenta del pasado siglo, gracias al surgimiento de perspectivas sociales que cuestionaron los paradigmas dominantes de comprensión del funcionamiento social, comienza a manifestarse un replanteamiento del papel de los trabajos no remunerados en la sociedad así como de la división sexual del trabajo. Los denominados feminismos de la segunda ola aportaron elementos clave de análisis para el conocimiento de las relaciones de poder entre los géneros. El feminismo socialista, en concreto, centró su análisis en el ámbito privado de la estructura social señalando la imprescindible aportación de los aspectos de la reproducción social (el cuidado de las personas y el mantenimiento de la vida) para el desarrollo y mantenimiento de la sociedad. A partir de ese momento, progresivamente, se fueron incorporando diversas aristas de análisis hasta llegar al momento actual en que existe un cierto consenso que defiende el establecimiento de los cuidados como la actividad esencial para la reproducción de la vida (Pérez Orozco, 2014) así como su ne-

cesario posicionamiento como principio moral rector de la sociedad (Tronto, 2005). Es a partir de los años noventa del siglo pasado que la temática de los cuidados adquiere preponderancia en las ciencias sociales (Graham, 1991 y Anttonen y Sippilä, 1996 entre otros) y, consecuentemente, van identificándose perspectivas analíticas con potencial de revertir la desigual valoración de los ámbitos productivos y reproductivos. En la década de los 2000 se consolida la presencia de esta temática de la mano del estudio de las migraciones internacionales (Monteros, 2019) y como consecuencia del desarrollo de la denominada “crisis de los cuidados”, la cual se convierte en un reflejo de los límites del modelo social imperante hasta el momento. Las transformaciones demográficas, la incorporación de las mujeres a la vida pública y la inhibición de las administraciones públicas para garantizar los cuidados han demostrado que los individuos, y las familias, no pueden hacer frente de manera exclusiva a sus necesidades de cuidado y han visibilizado la potencial precariedad y vulnerabilidad a la que quedan expuestos (Bofill, 2017).

Dentro de este contexto resurge en España, y a nivel mundial, el fenómeno del empleo del hogar, tanto desde un punto de vista cuantitativo (en cuanto aumenta su presencia como actividad laboral) como desde un enfoque cualitativo (en relación a la normalización de su uso). Así, el empleo del hogar pasa a plantearse tanto como una realidad social inevitable como una dinámica socio-laboral constituyente de un sistema de cuidados más amplio. Este recurso a la mercantilización y externalización del trabajo reproductivo mediante el empleo del hogar, sin embargo, potencia la resolución individualizada de una problemática que se interpreta como colectiva y, de esta manera, indirectamente ayuda a mantener el statu quo respecto a la distribución sexual del trabajo y a la redistribución social del trabajo reproductivo. Como señala Oxfam (2018b) las trabajadoras del hogar se encuentran asumiendo el papel de suplir servicios de cuidados ante la falta de soluciones por parte de otros actores o instituciones sociales. Y, yendo aún más lejos, como señala el Parlamento Europeo (2016) son las trabajadoras de este sector las que contribuyen en gran medida a la consecución de los objetivos planteados a nivel europeo en materia de igualdad de género (Estrategia Europea 2020) al ofrecer una infraestructura que facilita la conciliación de la vida laboral y familiar.

La Organización Internacional del Trabajo –OIT en español e ILO en sus siglas en inglés- estima que en torno a 67 millones de personas realizan labores en el empleo del hogar a nivel mundial (ILO, 2015) y en España los números ascienden hasta 565.100 según la EPA (Encuesta de Población Activa)¹. Además, en ambos casos se produce una fuerte feminización de la actividad, llegando al 95,1% para el caso español y al 81,5% a nivel mundial (ILO, 2015). Otra característica del sector, que repercute claramente en sus condiciones laborales y su consideración social, reside en la alta presencia de población migrante, llegando algunos autores y autoras incluso a afirmar que hablar de cuidados implica automáticamente referirse a las migraciones internacionales ya que la actividad exige cuerpos des-territorializados que carezcan de demandas individuales que interfieran en la satisfacción de las necesidades de empleadores y empleadoras (Gregorio, 2017). Las cifras para el caso español reflejan un peso de un 63,1% de este colectivo (Díaz Gorfinkiel y Martínez Buján, 2018) mientras que a nivel mundial se reducen a 17,2% (ILO, 2015). Este proceso de migraciones internacionales lleva aparejado, además, el desarrollo de fenómenos sociales como las cadenas globales de cuidados que conectan esta actividad a nivel global a través de la movilidad de quienes la realizan (se desarrollará con mayor detalle en la sección pertinente).

Tabla 1. Evolución de las trabajadoras ocupadas como personal doméstico y cuidadoras a domicilio en España (en miles).

2008	2012	2014	2016	2017
653.400	588.130	589.800	556.100	565.100

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la *Encuesta de Población Activa*, 2008-2017 (medias anuales de los cuatro trimestres del año).

¹ Las cifras que se ofrecen en esta sección provienen de la EPA, es decir que reflejan tanto el trabajo oficialmente registrado como aquel que se realiza sin contrato laboral, desde un enfoque de las ocupaciones, es decir teniendo en cuenta las categorías 910, 571 y 572 de la CON-11 que corresponden a empleados domésticos, cuidadores de personas mayores y cuidadores de niños a domicilio respectivamente. De esta manera se considera como base el/la trabajador/a y se excluye a los/as ocupados/as en los hogares que no realizan tareas como empleadas de hogar o de cuidados (como profesores o entrenadores particulares). Se agradece a Raquel Martínez Buján los comentarios a este respecto.

María Ángeles Durán (2018) ofrece un análisis complementario del sector del empleo del hogar en relación a la situación de los cuidados en las sociedades, defendiendo la idea de que se está creando una nueva clase social destinada a hacerse cargo de los cuidados que no se proveen de otra manera. Con el concepto “*cuidatoriado*” hace referencia tanto a los y las cuidadoras asalariadas, empleadas de hogar entre ellas, como a aquellas personas que realizan estas actividades de manera gratuita en el seno de las familias, ya que en ambos casos, aunque bajo circunstancias distintas, suele producirse un escaso reconocimiento social y monetario de sus labores y una alta posibilidad asociada de experimentar dependencia, pobreza y marginalidad. Se demuestra de esta manera que la actual organización social de los cuidados está generando divisiones sociales que contribuyen al desarrollo de estructuras sociales más injustas y socio-económicamente más desequilibradas.

La consolidación de este sector laboral vino acompañada, como es lógico, de una progresiva articulación de los distintos sectores involucrados en este ámbito así como de una politización de la movilización y de una visibilización de la reivindicación del papel de estas actividades en la organización social (Bofill, 2017). La lucha por el reconocimiento del sector, de sus condiciones laborales y de su vertebración para el funcionamiento social no sólo se produjo a nivel nacional sino que abarcó diferentes ámbitos geográficos, como el europeo o el internacional. Esto se tradujo en una globalización de las demandas de mejora en el funcionamiento del sector y un acuerdo marco general respecto a los elementos clave sobre los que incidir.

2.1. Avances en la consideración del empleo del hogar desde el ámbito internacional

La Organización Internacional del Trabajo introdujo en el año 1999 el concepto de “trabajo decente” para aludir a la necesidad de que se garanticen unas condiciones laborales y de vida dignas a todas las personas empleadas². El objetivo fundamental del desarrollo de esta idea consistía en re-

² Este concepto fue acuñado en la Memoria del Director General de la OIT en la 87 Conferencia Internacional del Trabajo (junio 1999).

vertir la degradación que las condiciones de trabajo estaban experimentado en base a la globalización de un sistema capitalista que, en el devenir de sus procesos, estaba relegando la dimensión social inherente al mismo. Progresivamente este concepto se fue aplicando al análisis de todos los sectores laborales hasta llegar a asociarse también al ámbito del empleo del hogar y establecer así esta idea como el eje vertebrador de las luchas por el reconocimiento de unas condiciones dignas en el sector. La presencia de este concepto en la pugna por la dignificación se presenta clave, ya que en función de la construcción no laboral de este sector y de su desarrollo en un contexto de aislamiento (sin relación de unas trabajadoras con otras) “las trabajadoras y los trabajadores domésticos constituyen uno de los grupos más vulnerables a la explotación, la violencia, el acoso y el trabajo forzoso” (OIT, 2018) y necesitan, por ende, un claro marco de demandas compartidas. En esta línea de confluencia de los intereses del sector a nivel mundial, el hito más significativo lo representa la adopción en junio de 2011 del Convenio 189 sobre las trabajadoras y trabajadores domésticos, junto con la Recomendación 201 respecto a la misma cuestión. Estas regulaciones representan el primer tratado internacional vinculante destinado específicamente a este colectivo de personas que, además, habían sido tradicionalmente ignoradas como trabajadoras. Por primera vez se desarrolla una normativa sobre este sector de actividad, con lo que esto supone como avance para su consideración como actividad laboral plena así como para su capacidad de organización y presión a nivel internacional (Offenhenden, 2017). El hecho de que exista un marco regulador amparado por las Naciones Unidas se traduce en una presión a los distintos gobiernos por reconocer la necesidad de proteger legalmente a estas trabajadoras y de ubicar la temática dentro de sus agendas políticas. El Convenio 189 establece en sus 27 artículos los derechos mínimos fundamentales para el respeto de los derechos humanos y del trabajo digno en sus distintos ámbitos, como el tiempo de trabajo, los niveles salariales, el acceso a la protección social, los sistemas de protección ante la violencia o la edad mínima de trabajo³.

³ No se debe olvidar que a nivel mundial se estiman unas 17 millones de personas menores de edad empleadas en el sector, de las cuales un 60% serían mujeres.

El Convenio entró en vigor en septiembre de 2013 y en la actualidad ha sido ratificado por 28 países, de los cuales ocho son del continente europeo⁴. España, hasta julio 2019, no ha procedido a su ratificación a pesar de las distintas acciones llevadas a cabo para conseguirlo. A nivel institucional europeo, el Consejo de Ministros de la Unión Europea en el mismo año 2013 instó a los Estados miembros a ratificar el Convenio y aplicarlo con urgencia, cuestión que, además, ya había sido previamente recomendada por la Comisión y el Parlamento europeo. En el año 2016 fue aprobado un Informe del Parlamento Europeo sobre las trabajadoras domésticas y las cuidadoras en la Unión Europea, en el que se insta, entre otras muchas cuestiones, a la ratificación del Convenio por parte de todos los estados miembros. El objetivo de la ratificación de este Convenio no reside exclusivamente en la consecución de una mejora de las condiciones de trabajo en el sector, lo cual conforma la meta fundamental, sino también en la fuerza simbólica del reconocimiento a nivel mundial de los derechos laborales de un sector históricamente discriminado e invisibilizado. A nivel institucional español, también se produjeron numerosos movimientos en pos de la ratificación del Convenio 189. Entre ellos se pueden señalar la comparecencia del Director de la OIT-España ante la Comisión de Empleo y Seguridad Social del Parlamento español en abril 2014 y las diferentes proposiciones no de ley presentadas por diversos partidos políticos ante el Parlamento (en Pleno o en Comisiones) para la ratificación del Convenio y el reconocimiento de los derechos de las trabajadoras de este sector en los años 2013, 2016 y 2018. Esta constante actividad es fiel reflejo de la presencia de esta cuestión en la agenda política española así como de las resistencias que se producen para la mejora de las condiciones en este ámbito laboral. Desde los gobiernos del Partido Popular, en el poder prácticamente desde la aprobación del Convenio en 2011, se ha alegado reiteradamente que el estado español no se encuentra en disposición de cumplir todos los requisitos estipulados por el Convenio, olvidando, sin embargo, que este marco normativo proporciona un tiempo de doce meses entre su ratificación y

⁴ Los países que han ratificado el Convenio hasta el mes de julio de 2019 son: Alemania, Argentina, Bélgica, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República dominicana, Ecuador, Filipinas, Finlandia, Granada, Guinea, Guyana, Irlanda, Italia, Jamaica, Mauricio, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Uruguay.

entrada en vigor y que la OIT ofrece una estructura de asesoramiento para el cumplimiento de las diferentes políticas necesarias a implementar. El Partido Socialista, desde su llegada al poder en junio de 2018, se comprometió a reactivar el diálogo social e incluir la ratificación del Convenio 189 dentro de los objetivos a cumplir, aunque hasta la fecha esto aún no ha ocurrido.

Se debe señalar que la labor de la OIT, por su propia definición de agencia tripartita, se ha apoyado, a la vez que se ha visto apoyada, en diversas redes de la sociedad civil⁵. Así es que lleva más de una década promoviendo y apoyando la constitución de grupos de empleadas de hogar con el fin de fortalecer, sensibilizar y visibilizar la situación de la actividad. La organización más importante de este sector a nivel internacional es la Federación Internacional de Trabajadores del Hogar que tiene el objetivo de incorporar a numerosas trabajadoras del sector en un proceso de empoderamiento y concienciación en la lucha por los derechos en este ámbito laboral⁶. Las metas principales de la federación consisten en capacitar a las trabajadoras que realizan la actividad, así como sensibilizarlas, y a la sociedad en su conjunto, de la situación existente a través de diferentes campañas y consiguiendo el aumento del número de miembros y fortaleciendo las conexiones con la sociedad civil y los sindicatos⁷. Además de la OIT, la Federación ha contado con un inestimable apoyo de diversos sindicatos (como la Federación Nacional de Sindicatos Holandés o la Confederación Sindical Internacional) y asociaciones (como la WIEGO – Mujeres en el Empleo Informal: Globalizando y Organizando o la IUF – Unificando los Trabajadores Agroalimentarios y de Hostelería en todo el Mundo).

5 La OIT es la única agencia de Naciones Unidas cuyos miembros son representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores, es decir una estructura donde se encuentran los gobiernos y los interlocutores sociales con objeto de abordar el diálogo y la negociación.

6 Esta Federación reúne a 69 organizaciones o asociaciones de 54 países distintos. Accesible en: <http://idwfed.org/es> (Última visualización 30 de julio de 2019).

7 La última campaña emprendida ha sido la de “Mi Justo Hogar”. Para más información acceder a: <http://idwfed.org/es/campana/mi-justo-hogar> (Recurso web visualizado el 28 de julio de 2019).

3. Vulneraciones en el sector del empleo del hogar en España y sus repercusiones sociales

La reactivación nacional e internacional en relación a la situación de los cuidados en la sociedad y, específicamente, en relación a las características del empleo del hogar ha producido importantes avances en las condiciones del sector, pero no han sido suficientes, por el momento, para acabar con el cúmulo de vulneraciones que se producen en el mismo. Como se señala en el ciclo de cursos “Nos queremos vivas” de Traficantes de sueños (2017) el histórico ocultamiento de este tipo de relaciones laborales ha llevado a la aparición de violencias relacionales que al no ser extremas generan situaciones estructurales que las invisibilizan y contribuyen a normalizar su existencia.

En el caso español, los avances acaecidos en el sector del empleo del hogar vienen de la mano de la aprobación de nueva legislación a finales del año 2011: el Real Decreto 1620/2011 y la Ley 27/2011⁸. Se debe tener en cuenta que la mejora de las condiciones de un ámbito laboral se consigue a través del reconocimiento legal del mismo, lo cual lleva a la sistematización de esa realidad a través del desarrollo de las normas esenciales. Las mujeres empleadas en el sector en España lucharon, históricamente, por el reconocimiento de sus derechos ya que no sólo su actividad se encontraba discriminada sino que, en muchas ocasiones, servía como excusa para ejercer el control social sobre ellas.

Volviendo a la legislación, se debe señalar que en el año 1985 se produjo la aprobación de la primera legislación laboral del sector, la cual a pesar de los avances que significó mantenía la consideración de la actividad como un ámbito semi-laboral y dejaba en manos de la asimétrica relación entre las partes (empleadoras y empleadas) gran número de situaciones laborales. A pesar del surgimiento de colectivos reivindicativos en relación al sector (la Asociación de Trabajadoras de Hogar de Bizkaia, por ejemplo, fue fundada en 1986) el nivel de protesta disminuyó hasta que la confluencia de

⁸ Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar y Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.

distintos factores a principios del presente siglo, como el reposicionamiento del concepto de cuidados, la incorporación de las instituciones públicas en el debate o la presión de las asociaciones de inmigrantes entre otras reactivó la lucha por las condiciones en el sector. Las mejoras acaecidas tras el mencionado cambio de legislación del año 2011 implicaron la construcción del sector como un ámbito plenamente laboral pero con particularidades en relación a otros sectores de actividad. Así, las situaciones de vulneración que permanecen en la relación laboral del empleo del hogar se podrían separar en tres grandes grupos: las relativas a la extensión de la economía informal, las relacionadas con los elementos normativos de precarización y el desarrollo de elementos complementarios de precarización.

3.1. La extensión de la economía informal en el sector del empleo del hogar

En cuanto a la presencia de la economía informal, no resultan sorprendentes los altos niveles de trabajo sumergido en función de la escasa consideración del sector como actividad laboral, así como de su realización dentro del ámbito privado del hogar. La primera cuestión ya ha sido señalada al reflejar la tardanza de la aprobación de normativa laboral en el sector, al haber estado ligado a la servidumbre, e incluso la esclavitud, al haber sido construida como una actividad “de apoyo” a las mujeres con el fin de insertarse en una nueva ciudad y/o país y al hecho de identificarla con características innatamente femeninas. Se debe señalar, en esta línea, que uno de los objetivos explícitos de la legislación de 2011 residía en disminuir las tasas de actividad no declarada, objetivo que fue parcialmente conseguido al haberse pasado de una tasa de cobertura formal del 42,9% en 2011 (antes de la aprobación de la legislación) al 69,1% en 2015 (Díaz Gorfinkiel y Fernández López, 2016) y en torno al 75% en 2017 (Gómez, 2019)⁹. Para comprender en su totalidad la cuestión de la informalidad, además de estos niveles de “informalidad absoluta” también se debe tener en cuenta la “informalidad relativa”, es decir los casos en los que se declara únicamente

⁹ Se debe señalar que estos datos se encuentran obtenidos en todos los casos teniendo en cuenta la forma más frecuente de obtención de datos a través de la categoría 970 “actividades de los hogares empleadores de personal doméstico” de la CNAE-09 y no a través de la CNO-11 (clasificación nacional de ocupaciones) utilizada en la primera sección de este artículo.

una porción de las horas que efectivamente se trabajan o exclusivamente un cierto número de hogares para los que se realiza la actividad¹⁰. Las tasas de informalidad, en sus dos vertientes y a pesar de su reducción, permanecen elevadas, demostrando que un importante número de personas pertenecientes a este sector pueden carecer de cobertura durante la realización de su actividad así como de acceso, presente o futuro, a los derechos sociales ligados al trabajo. Esta situación de indefensión se ve agravada en los casos en los que existe una intersección entre la economía sumergida y la ley de extranjería, tal como se explica de manera más detalla en el artículo de Wendy Espinosa en este mismo volumen. El sector del empleo del hogar, tal como se demostró previamente, tiene una importante participación de población extranjera en el mismo (precisamente por su escasa valoración social y su relegación a los sectores socio-económicamente menos favorecidos), la cual se ve obligada a cumplir los requisitos de la legislación en cuanto a la renovación de los contratos de trabajo para no quedar excluidas de sus derechos de residencia. La carencia de un contrato puede afectar a esta situación así como la ley de extranjería, a su vez, puede dificultar el acceso a un contrato de trabajo debido a que para acceder a una autorización de residencia temporal por arraigo se exige demostrar una permanencia en España de al menos tres años¹¹.

Por último, y en relación al hecho de que la actividad se realiza en el espacio privado del hogar, se debe señalar que esto facilita el desarrollo de la economía informal por la doble cuestión de que los hogares no se sienten sujetos de la inspección de trabajo así como por el hecho de que interpretan la relación como un espacio de decisión privada. Ambas cuestiones responden a construcciones sociales relacionadas con la consideración general del sector y con una decisión de prevalencia de la intimidad familiar por sobre el derecho de las empleadas. El propio Convenio 189 (artículo 17.3) declara que “En la medida en que sea compatible con la legislación nacional, en dichas medidas [relativas a la inspección de trabajo] se deberán especificar las condiciones con arreglo a

10 No existen cifras claras respecto a esta cuestión pero distintas investigaciones (como Díaz Gorfinkiel y Fernández López 2016 u Oxfam 2018b) reflejan la extensión de esta práctica.

11 Los procesos de exigidos por la Ley de extranjería, o Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, son explicados en detalle en el capítulo de Wendy Espinosa.

las cuales se podrá autorizar el acceso al domicilio del hogar, en el debido respeto a la privacidad”, lo que significa que se podrían idear formas alternativas de acceder a los hogares familiares que permitiesen combinar el respeto a los derechos de todas las partes involucradas¹².

3.2. Vulneraciones relacionadas con los elementos normativos de precarización

En relación a los elementos normativos de precarización, se debe señalar que la propia legislación establece características específicas desfavorables en comparación con otros ámbitos laborales. Los dos elementos más importantes de discriminación que cabe señalar se refieren a la ausencia del derecho de acceso a la prestación por desempleo y a las formas de extinción de contrato, aunque también cabría mencionar la ausencia de una normativa de prevención de riesgos laborales, la existencia de los denominados tiempos de presencia o las lagunas en la contabilización de la cotización. La conjunción de todos estos factores lleva a dibujar el sector como un ámbito no plenamente laboral en el cual sus empleadas no son consideradas como trabajadoras con pleno derecho, con las estigmatizaciones socio-laborales que esto conlleva.

Respecto al acceso a la prestación por desempleo, ésta ha sido una demanda histórica del sector que, a pesar de los cambios normativos acaecidos, aún no se ha conseguido equiparar al resto de ámbitos laborales. En el empleo del hogar no se cotiza por prestación ante el desempleo con lo que no se tiene derecho a percibir esta prestación en caso de carecer de actividad laboral. La propia legislación del año 2011 establecía, en su disposición adicional segunda, que en el mes siguiente a la entrada en vigor del Real Decreto se constituiría un grupo de expertos con el fin de estudiar las posibilidades de establecer un sistema de protección ante el desempleo. Esto aún no ha ocurrido, por lo que

¹² Existen algunas iniciativas que se han puesto en marcha para intentar solventar esta difícil cuestión, como obtener el consentimiento expreso de los residentes en el hogar, organizar reuniones donde se soliciten documentos gráficos de las condiciones del hogar o realizar visitas previas a los hogares que van a contratar trabajadores (OIT, 2018). Los resultados obtenidos en relación al éxito de estas iniciativas no son concluyentes.

las trabajadoras de este sector se ven expuestas a situaciones de mucha mayor vulnerabilidad. La inexistencia de estas prestaciones, además de carecer de argumentos que la sustenten, lleva a las mujeres a carecer de cualquier tipo de cobertura económica en los momentos en que se carece de ingresos laborales, con todas las implicaciones que esto conlleva. El acceso a una prestación por desempleo ofrece, por ejemplo, la posibilidad de aumentar el umbral de aceptación en relación a las ofertas de trabajo así como de realizar actividades complementarias, como cursos de formación, con el fin de mejorar la posición laboral. La imposibilidad de acceder a ingresos monetarios durante un periodo de desempleo puede llevar a tener que aceptar malas condiciones laborales ante el riesgo de no poder acceder a ingresos alternativos, lo que en definitiva significa empujar a una situación de subordinación y exclusión social. Además, este hecho debe conectarse con el segundo elemento mencionado, la posibilidad de extinguir el contrato a través de la figura del desistimiento, que significa que el empleador o empleadora puede alegar en cualquier momento y sin necesidad de causas explicativas que ha perdido la confianza en la trabajadora y, por tanto, puede poner fin a la relación laboral de manera casi inmediata. Esta posibilidad genera un sentimiento de sometimiento y sujeción por parte de la trabajadora al abaratar y facilitar el despido obligándola a contentar a sus empleadores o empleadoras con el fin de intentar evitarlo. No se debe olvidar que una vez despedida la trabajadora carece de otros ingresos económicos¹³.

Explicando someramente los otros elementos de discriminación normativa, se puede señalar el hecho de que las empleadas de hogar no se encuentran cubiertas por la legislación de prevención de riesgos laborales (la cual excluye expresamente a este sector en su artículo 3.4)¹⁴. Para compensar esta ausencia, el Real Decreto 1620/2011 hace hincapié en su artículo 7.2 en que “El empleador está obligado a cuidar de que el trabajo del empleado de hogar se realice en las debidas condiciones de seguridad y salud, para lo cual adoptará

13 La figura del desistimiento exige un preaviso de 20 días para relaciones laborales superiores a un año y de 7 días en el resto de casos y una indemnización de 12 días por año de servicio (con un máximo de 6 mensualidades), lo cual no representa una cobertura significativa ni en igualdad con la del resto de trabajadores.

14 El artículo especifica lo siguiente: “La presente Ley tampoco será de aplicación a la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar. No obstante lo anterior, el titular del hogar familiar está obligado a cuidar de que el trabajo de sus empleados se realice en las debidas condiciones de seguridad e higiene.”

medidas eficaces...”, demostrando la importancia de esta cuestión para el legislador pero dejándola al arbitrio de la parte empleadora. Así ocurre que son numerosos los relatos de empleadas que sufren complicaciones físicas o accidentes en el trabajo al estar expuestas a productos tóxicos o situaciones de inseguridad (trabajo en altura realizando limpieza de cristales o uso continuado de escaleras entre otras cosas). Estos accidentes o enfermedades son difícilmente evitables con la carencia actual de normativa así como demostrables una vez que han ocurrido. Tal es así que Oxfam (2018a) señala que la mayoría de incidentes de seguridad en el trabajo no se registran oficialmente como accidentes laborales y que en muchas ocasiones ni siquiera generan una ausencia laboral. En consecuencia se considera que estas trabajadoras deberían encontrarse cubiertas ante los peligros relativos a su integridad física en igualdad de condiciones que el resto de personas trabajadoras y que si el marco normativo general no se ajustase a la especificidad de esta situación sería necesario concretar medidas específicas de seguridad en el hogar (Sanz, 2019).

Los otros elementos mencionados que generan discriminación en la cotidianidad de estas trabajadoras son los relativos a la existencia de los denominados tiempos de presencia y a la no integración de las lagunas en el cálculo de la jubilación. Los tiempos de presencia se refieren a los momentos temporales en que la trabajadora debe permanecer a disposición de la parte empleadora aunque sin realizar trabajo efectivo (por ejemplo mientras se duerme la siesta) por lo que no son contabilizados como jornada laboral. A pesar de que estos tiempos fueron regulados con mayor detalle tras la normativa de 2011 (en cuanto a sus formas de compensación y límite temporal) siguen implicando un posible aumento de la jornada laboral diaria hasta las 12 horas y una relegación de las decisiones concretas respecto a la compensación a las partes de la relación (con lo que puede significar teniendo en cuenta la asimetría de poder existente). El Convenio 189, en este sentido, considera en su artículo 10.3 que los tiempos que no se disponen libremente deberían considerarse horas de trabajo. En cuanto a la no integración de las lagunas en la contabilización de los períodos de cotización, esto significa que los períodos no cotizados se contarán como base cero en el cálculo de las diversas prestaciones, a diferencia de las personas trabajadoras por cuenta ajena que tienen fórmulas de integración más beneficiosas (como asignar un valor ficticio relativo a la base mínima

de cotización del mes de referencia para “rellenar” los meses no cotizados). El cálculo de los diferentes tipos de pensiones (de jubilación o incapacidad temporal) se verá afectado por esta cuestión y, por ende, también las condiciones económicas de subsistencia de estas trabajadoras.

3.3. Desarrollo de elementos complementarios de precarización

El último gran grupo de elementos a mencionar se refiere a aquellas características que no se encuentran incluidas explícitamente en la legislación pero que han experimentado condiciones desfavorables durante el propio desarrollo de la actividad. Se puede hacer referencia, fundamentalmente, a tres cuestiones: las formas de trabajo, las formas de contratación y la organización colectiva.

Empezando por la primera cuestión, los datos reflejan que la actividad del empleo del hogar presenta las cifras más altas de temporalidad y parcialidad no deseada en el empleo (Gómez, 2019). Estas dos características marcan profundamente la trayectoria vital de estas mujeres ya que son elementos que limitan profundamente los ingresos y, por ende, su calidad de vida. Se debe recordar, además, que esta actividad carece de prestación por desempleo que pueda dar un mínimo de seguridad a los períodos entre empleos y que la parcialidad presente repercutirá también en los ingresos futuros (para el cálculo de prestaciones por jubilación o incapacidad).

En cuanto a las formas de contratación, esta relación laboral suele establecerse a nivel de relaciones personales donde la negociación de las condiciones de trabajo queda a expensas del poder negociador de las partes. Numerosas investigaciones han demostrado que no suele darse una información clara respecto a las tareas o formas de trabajo en el hogar y que la contratación no se realiza en base a las cualificaciones de la empleada sino a criterios personales o de preferencias étnico-nacionales. Además, la normativa del año 2011 incluyó la posibilidad de intermediación por parte de agencias de colocación específicas que, sin embargo, suelen realizar un papel meramente intermediador sin ningún tipo de control o constatación del cumplimiento de la legislación y, por tanto, no contribuyen a mejorar la

consideración laboral de la actividad. Por otra parte, se han desarrollado numerosas agencias que carecen de los permisos pertinentes para funcionar y que lo hacen explotando la situación de las trabajadoras en beneficio propio, lo que ha llevado a la Asociación de Trabajadoras de Hogar de Bizkaia (ATH-ELE) a realizar una constante campaña en contra de estas “agencias vampiras”. También existen entidades que gestionan bolsas de trabajo en el empleo del hogar que carecen de cualquier tipo de supervisión institucional y que de manera unilateral deciden el grado de cumplimiento respecto de la legislación (Offenhenden, 2017; Arango *et al.*, 2013), es decir que la consideración del empleo del hogar como actividad plenamente laboral depende del compromiso personal de sus miembros. La participación de los servicios públicos de empleo en los procesos de contratación, tal como lo posibilita la normativa del año 2011, facilitaría el control en la intermediación y en el cumplimiento de la legislación, por lo que debería potenciarse este aspecto como forma de incidir la consideración laboral de este sector.

Por último, cabe señalar las dificultades de organización colectiva en este ámbito por las propias características del mismo, donde las mujeres trabajan “a puerta cerrada” sin posibilidad de establecer relaciones fuertes con otras trabajadoras con el fin de comparar sus situaciones laborales o buscar apoyo en caso de necesidad. La existencia de un mecanismo de negociación colectiva permitiría, precisamente, sustraer el peso de la negociación de los individuos (como si se tratase de una relación personal) para trasladarlo a la estructura social y, en consecuencia, garantizar mejores condiciones laborales al colectivo. En España se realizaron numerosos intentos de conformación de una parte empresarial y/o de asociaciones de titulares del hogar familiar con objeto de disponer de todos los actores necesarios para una negociación colectiva. Esto aún no se ha conseguido por lo que se tendrá que estudiar en detalle las experiencias de aquellos países (como Uruguay o Italia) que sí lo han puesto en práctica.

3.4. Repercusiones sociales de las vulneraciones laborales

Finalmente se debe incidir en que la desprotección legal en el empleo del hogar y las malas condiciones laborales originadas en el sector repercuten

no solo en las trayectorias laborales de estas mujeres sino también en el desarrollo de sus vidas cotidianas. La actividad laboral constituye el eje rector de la vida en las sociedades modernas así como la principal fuente de ingresos, por lo que las deficiencias en este ámbito inciden en el desarrollo vital general. Esta situación ya ha sido explícitamente reconocida tanto desde las ciencias sociales, con el desarrollo de conceptos como el de pobreza laboral o trabajo decente, como desde las instituciones gubernamentales, con la puesta en marcha de programas específicos como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹⁵. En la actualidad el acceso al trabajo, sin embargo, no siempre es un sinónimo del mantenimiento de unos niveles de vida digna, debido a que un escaso salario y unas condiciones laborales precarias impiden asegurar el alejamiento de la pobreza y la exclusión social. Tal es la normalización de esta situación que se ha acuñado el término de “nueva pobreza” o pobreza laboral para describir esta situación de integración en el mercado laboral acompañada de la desintegración social.

En el caso de España, el informe Foessa (2019) señala que este país se caracteriza por un problema estructural de empleo de baja calidad y escasa remuneración en relación a su entorno europeo y la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2017 indica concretamente que el 34,3% de las empleadas del hogar vive por debajo del umbral de pobreza (Oxfam, 2018b), lo que significa no poder cubrir las necesidades materiales más básicas (como el pago del alquiler o de la calefacción). Esta cifra no debe interpretarse de manera unidimensional sino a través de su cruce con variados procesos sociales que confluyen para su desarrollo. En primer lugar, la situación precaria se ve estimuladas por ciertas características del empleo que, precisamente y tal como se señaló previamente, son las propias de este sector del empleo del hogar como la temporalidad, la parcialidad y la escasa protección social. Y, en segundo lugar, la variable género y situación jurídica juega un papel esencial al ser los empleos mayoritariamente femeninos y/u ocupados por población inmigrante los que presentan las peores condiciones laborales. En este sentido Oxfam (2018a) señala que

¹⁵ Uno de los ODS, el número 8, se concentra precisamente en el ámbito laboral y su meta es la consecución del trabajo decente y el crecimiento económico como forma de reducción de la pobreza.

España tiene la tasa más alta de Europa de riesgo de pobreza laboral de las mujeres inmigrantes. Además, en la abrumadora mayoría de ocasiones son las mujeres quienes encabezan los hogares monoparentales (en el 83% de los según el INE) con lo que ello significa para las posibilidades de manutención económica y estabilidad psico-social.

La privación material y las malas condiciones laborales afectan no solo a la situación económica de este colectivo sino también a su desgaste físico y emocional. Estudios recientes (Ospina, 2019; Poblet, 2017) hacen hincapié en la negación que se produce en relación a las posibilidades de cuidado y autocuidado de estas mujeres así como en las dificultades de acceso a una vida familiar propia. Las demandas horarias y las exigencias laborales dificultan en muchos casos el establecimiento de un proyecto personal que siempre se encuentra subordinado a las necesidades de las familias empleadoras¹⁶. Esto es particularmente notorio para el caso de las mujeres inmigrantes a quienes se cosifica e invisibiliza en sus necesidades cuando éstas colisionan con la satisfacción de las demandas laborales en destino. Esto se consigue, por una parte, a través de la ley de extranjería que establece limitaciones al desarrollo de la vida familiar con el establecimiento de requisitos especialmente difíciles de cumplir para el caso de las empleadas del hogar (por ejemplo en relación la disponibilidad de una vivienda con dimensiones determinadas, difíciles de conseguir en función del trabajo en modalidad interna o de los salarios percibidos, para realizar la reagrupación) y, por otra, a través de la construcción de un discurso social basado en una visión unidimensional de estas mujeres. Como señala C. Adichie (2009) “el peligro de una sola historia” reside en que la sociedad dominante construye narrativas que desposeen a las personas de la complejidad de su identidad y de sus necesidades vitales en su propio beneficio, tal como desarrolla en mayor detalle Wendy Espinosa en este volumen. La minoría social, en este caso las empleadas de hogar, se ven abocadas a cumplir los roles que les han sido asignados en función de los intereses del grupo social dominante relegando cualquier rasgo de identidad individual.

¹⁶ Este tipo de cuestión son claramente observables en las distintas películas que abordan la temática del empleo del hogar como la brasileña “Una segunda madre” o la tan conocida película mexicana “Roma”.

Por último señalar que las cuestiones relativas a la salud o a las cuestiones de acoso sexual dentro de este ámbito laboral están comenzando a acaparar interés en los últimos años (Bofill y Véliz, 2019; Bofill, 2017; Ayuntamiento de Barcelona, 2017; Público, 2016 entre otros) debido a la visibilización de este sector económico y a la constante presencia del mismo en la agenda pública. Progresivamente, y al igual que en otras cuestiones relacionadas con la igualdad de género, las especificidades de la situación de estas mujeres pasan a tomarse en consideración y a plantearse como un fenómeno social a resolver.

4. Actuaciones en el sector: acción y transnacionalismo como ejes de incidencia

La disminución de la situación de vulnerabilidad y desprotección en el sector del empleo del hogar se puede lograr a través de tres instrumentos fundamentalmente: la legislación, la investigación y el activismo. En cuanto a este último, en este capítulo no se harán mayores menciones que las ya realizadas en secciones anteriores ya que el capítulo de W. Espinosa desarrolla, precisamente, esta dimensión a través de los grupos organizados de mujeres en la ciudad de Barcelona.

En relación a la importancia de la investigación, se debe señalar que para poder incidir en las condiciones de cualquier fenómeno social se deben conocer sus características fundamentales y sus dinámicas de funcionamiento. En el caso del empleo del hogar, tras la implementación de la legislación del año 2011, y a pesar de ser señalada la necesidad de evaluación en la disposición adicional segunda del propio decreto, no se han llevado a cabo estudios desde las administraciones públicas que permitan conocer el impacto de la aplicación de esta normativa ni los elementos sobre los que sería necesario incidir con mayor profundidad. Algunas cuestiones relativas al funcionamiento del sector, como los índices de cobertura o las cifras relativas a las incapacidades temporales, pueden extraerse de las estadísticas de los distintos ministerios, pero el conocimiento del funcionamiento en su faceta más cotidiana, en relación al cumplimiento de horarios, los niveles salariales o de las condiciones de habitabilidad por

ejemplo, sólo pueden conocerse a través de estudios *ad hoc*. Sería necesario, en consecuencia, desarrollar este tipo de estudios para abarcar ámbitos concretos de vulneración de derechos en el sector y construir un plan de choque para hacerle frente. En este sentido del conocimiento de aspectos concretos de este ámbito laboral, en los últimos años desde la Unión Europea se están financiando proyectos de investigación concentrados en cuestiones específicas necesarias de conocer para entender el funcionamiento de ciertas dinámicas del sector así como valorar la idoneidad de generalizarlas a contextos variados. Ejemplo de esto es el proyecto *Promotion of domestic worker cooperatives and service voucher schemes* que comenzó el año 2018 y sigue hasta la actualidad, por lo que aún no se han publicado resultados. El objetivo de la investigación reside en analizar el funcionamiento de los cheques servicios (o sistema de *vouchers*) en aquellos contextos donde se encuentra funcionando (como Francia, Bélgica o el cantón de Ginebra) para profundizar en las fortalezas y debilidades del sistema en cada región y evaluar la idoneidad de trasladarlo a otros contextos geográficos. Este sistema de cheques se plantea como una alternativa para introducir a los servicios públicos en la gestión de estas tareas controlando las condiciones del servicio así como subvencionándolo y fomentando la formalidad dentro del mismo. Debido a las implicaciones que tiene este sistema, fundamentalmente en torno a qué actividades deben ser financiadas y el grado de esta financiación, se plantea necesario analizar pormenorizadamente sus características. El segundo objetivo del proyecto reside en analizar la promoción de cooperativas de empleadas de hogar como forma de empoderar a sus trabajadoras a través del contacto sistemático entre ellas como un paso para mejorar en la defensa sus derechos y aumentar su profesionalización a través de negociaciones que superen lo meramente individual.

Otro proyecto que se está llevando a cabo es el denominado PRODOME¹⁷ que tiene como objetivo desarrollar la formación profesional de las empleadas de hogar a nivel europeo. El fin último reside en aumentar el reconocimiento de esta actividad a través de la creación de una cartilla profesional válida a nivel europeo, así como dotar a sus trabajadoras de

17 Accesible en: <https://www.prodome.eu/es/>. (Recurso web visualizado el 30 de julio de 2019).

herramientas útiles para el ejercicio de su profesión. Una de las demandas históricas relacionada con la mejora de las condiciones de la actividad reside en la creación de un sistema de categorías profesionales que permita identificar las tareas específicas que deben cumplir las trabajadoras así como las cualificaciones que éstas requieren. Por el momento el proyecto tiene accesibilidad a los resultados de los análisis referidos a las condiciones del sector a nivel europeo así como al establecimiento de un marco general de competencias (tanto específicas como transversales). Con posterioridad se ofrecerán los resultados relativos a la creación de un programa de formación online y el establecimiento de una certificación europea.

Por último, simplemente mencionar el proyecto DomEqual¹⁸ que se encuentra en desarrollo y que presenta unos objetivos más amplios en cuanto a su marco geográfico y a sus metas de análisis. El proyecto tiene una dimensión global porque precisamente se centra en analizar la construcción de la desigualdad en el sector teniendo en cuenta el impacto de la globalización.

En cuanto al papel de la legislación en la disminución de la vulnerabilidad en el sector, éste constituye un elemento fundamental de evolución y cambio. Ya se han señalado previamente las deficiencias normativas que impiden la igualación de este sector con el resto de actividades económicas y la imperiosa necesidad de superarlas. En primer lugar se debería ratificar el Convenio 189, con lo que implica de mejora en algunas cuestiones concretas, como las señaladas previamente, así como por el valor simbólico añadido de realizarlo. La ratificación de este convenio obligaría a replantearse algunas cuestiones que habían quedado pendiente en la legislación nacional como las relativas a la creación de un sistema de prestación por desempleo o a las posibles formas de despido. También se debería derogar la enmienda 6777 que estableció un retraso desde 2019 hasta 2021 (en principio fue hasta 2024) en la equiparación de las cotizaciones de las empleadas de hogar, es decir en las posibilidades de integración de las lagunas así como del derecho de cotizar en función

18 Accesible en <https://domequal.eu/> (Recurso web visualizado el 30 de julio de 2019).

de su salario real (y no de una horquilla salarial tal como ocurre en la actualidad). La aprobación de esta enmienda, así como la no ratificación del convenio 189, demuestran nuevamente la relegación de la actuación sobre el sector y la desprotección de sus trabajadoras.

Todas estas cuestiones, de investigación, legislación y activismo, deben insertarse en un marco transnacional que tenga en cuenta la circulación de los cuidados a nivel mundial. Las realidades de las personas ya no se circunscriben a un contexto nacional sino que sus proyectos y trayectorias se desarrollan en situaciones de movilidad. Ejemplo de esto lo constituyen las denominadas cadenas globales de cuidados que como reflejan las definiciones más extendidas (Zimmerman *et al.*, 2006; Hochschild, 2001) son las conexiones globales de las actividades de cuidados a nivel transnacional. En este caso concreto la cadena la conformarían las familias residentes en España que contratan cuidados en un mercado internacional produciendo que otras estructuras familiares tengan que reorganizar a su vez sus propias necesidades, generando así una cadena de provisión y demanda de las actividades para la conciliación y los cuidados. El hecho de haber mantenido un enfoque territorialmente limitado en las políticas y gestión de las necesidades de cuidados ha permitido, sin embargo, la invisibilización de estos procesos sociales y la consecuente marginación a la hora de afrontarlos. En la actualidad, con el fin de ampliar el enfoque de las cadenas globales de cuidado y de introducir los recursos transnacionales formales de protección en el análisis, se ha acuñado el término de protección social transnacional (Levitt *et al.*, 2016; Faist, 2014), con objeto de obtener una visión global de las estrategias formales e informales de subsistencia. Como señalan Parella y Speroni (2018) estamos en una época marcada por un profundo desencaje entre una vida social cada vez más transnacional y unos recursos de acceso a la protección social en gran medida vinculados a las fronteras del estado-nación. Teniendo en cuenta esta cuestión, los constreñimientos de la vida transnacional y las potenciales desigualdades sociales que se generan por el desarrollo de estas relaciones supranacionales deberían ser explicitadas en el análisis social e incluidas en el desarrollo de la legislación y las políticas públicas (Faist, 2014).

5. Conclusiones

El fenómeno social del empleo del hogar es una realidad asentada en la sociedad española, y a nivel mundial, que exige una reflexión continua respecto a su posicionamiento en la sociedad. Desde hace ya varias décadas, la cuestión de la organización social de los cuidados se encuentra presente en las agendas políticas y públicas. La conjunción de los desafíos planteados por el movimiento feminista, los movimientos sociales y parte de la academia llevaron a replantearse la idoneidad del paradigma socio-económico imperante con su consiguiente división sexual del trabajo y así, progresivamente, se fue produciendo un resquebrajamiento del orden social tradicional. La visibilización de las actividades de cuidados y la mercantilización de parte de la reproducción social a través del empleo del hogar llevó a replantearse el funcionamiento de numerosas dinámicas que se visibilizaban a través de esta nueva relación laboral y que se están consolidando en los últimos años en algunas sociedades.

Debido a sus históricas características de asociación con la feminidad y la servidumbre, el empleo del hogar ha experimentado continuas resistencias para ser considerado una actividad laboral plena. A partir de esta consideración semi-laboral se han ido generando diferentes vulneraciones, tanto normativas como en su propio funcionamiento, que repercuten en la construcción de este sector como un ámbito de trabajo decente y en las condiciones de vida de sus trabajadoras. Estas vulneraciones, sin embargo han ido siendo contestadas desde diferentes ámbitos sociales produciéndose avances en la consideración del sector y en las condiciones que presenta. La legislación en España ha sido modificada para incluir numerosas demandas históricas, aunque ha dejado fuera variadas cuestiones, y el conocimiento respecto al funcionamiento del sector ha aumentado gracias a las investigaciones realizadas y a la acción reivindicativa de numerosas asociaciones y organismos. Juega un papel muy importante la internacionalización de las demandas del sector ya que ha permitido crear un movimiento global de redes de apoyo que ha visibilizado las características comunes de vulneración así como las estrategias compartidas de resistencia. En la sociedad globalizada actual, el análisis del funcionamiento de la organización de los cuidados no puede realizarse en un marco estricto-

tamente nacional ya que esto invisibiliza la realidad de movilidad actual y los procesos sociales de ella derivados.

*Casi me alegra
saber que ningún camino
pudo escaparse nunca.*

*Visibles y lejanas
permanecen intactas las afueras.*
Jaime Gil de Biedma

Bibliografía

ADICHIE, Chimamanda (2009): “El peligro de una sola historia”, charlas TED. Disponible en: https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story/transcript?language=es [Consulta: mayo de 2019].

ANTTONEN, Anneli y SIPPILÄ, Jorma (1996): “European Social Care Services: Is it Possible to identify models?”. *Journal of European Social Policy*, 6 (2), 87-100.

ARANGO, Joaquín, Magdalena DÍAZ GORFINKIEL y MOUALHI, Djaouida (2013): “Promoting integration for migrant domestic workers in Spain”. *Serie International Migration Papers*, 114. Ginebra: ILO.

AYUNTAMIENTO DE BARCELONA (2017): *Propuestas para la dignificación y sensibilización en el ámbito del trabajo del hogar y el cuidado de las personas*. Barcelona: Consejo Municipal de Inmigración de Barcelona.

BOFILL POCH, Sílvia (2017): “Otro trabajo del hogar es posible: procesos de lucha por el reconocimiento y dignificación de los cuidados en tiempos de crisis”. *Quaderns-e* 22 (2), 133-149.

BOFILL POCH, Sílvia y VÉLIZ TORRESANO, Norma (2019): *Una violència oculta. Assetjament sexual en dones migrades treballadores de la llar i les cures*. Barcelona: Fundació Josep Irla.

CARBONELL ESTELLER, Montserrat, GÁLVEZ MUÑOZ, Lina y RODRÍGUEZ MODROÑO, Paula (2014): “Género y cuidados: respuestas sociales e institucionales al surgimiento de la sociedad de mercado en el contexto europeo”. *Revista Internacional de ciencias sociales*, 33, 17-32.

DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2018): “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España”. *Panorama Social*, 27, 23-36.

DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y FERNÁNDEZ LÓPEZ, Celia (2016): “Impacto de las reformas legislativas en el sector del empleo del hogar en España”. Serie Condiciones de Trabajo y Empleo. 82, Ginebra: OIT.

DURÁN, María Ángeles (2018): *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de Valencia.

EPA (Encuesta de Población Activa). Microdatos proporcionados por el INE.

FAIST, Thomas (2014): “On the transnational social question: How social inequalities are reproduced in Europe”. *Journal of European Social Policy* 24(3), 207–222.

FOESSA (2019): VIII informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación Foessa.

GÓMEZ RUFÍAN, Luis (2019): “Características personales y condiciones jurídico-laborales del empleo doméstico en España: estudio a través de los microdatos de la Encuesta de Población Activa”. *Lex Social*, 9 (2), 115-153.

GRAHAM, Hilary (1991): “The Concept of Caring in Feminist Research: The Case of Domestic Service”. *Sociology* 25 (1), 61–78.

GREGORIO, Carmen (2017): “¿Por qué hablar de cuidados cuando hablamos de migraciones transnacionales?”. *Quaderns-e*, 22 (2): 49-64.

HOCHSCHILD, Arlie R. (2001): “Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional”. En *El Límite: la vida en el capitalismo global*. En GIDDENS, Anthony y WILL, Hutton (coords.). Madrid: Tusquets, 187-208.

ILO (International Labour Organization) (2015): ILO global estimates on migrant workers. Suiza: ILO-Labour Migration Branch.

INE (2018): Encuesta continua de hogares. Año 2017, Notas de prensa.

LEVITT, Peggy, Jocelyn VITERNA, MUELLER, Armin y LLOYD, Charlotte (2017): “Transnational Social Protection: Setting the Agenda”. *Oxford Development Studies* 45(1), 2-19.

MONTEROS, Silvina (2019): “El empleo del hogar como campo de batalla: breve historia de los movimientos de las luchas en España”. *Afin*, 111, 1-11.

OFFENHENDEN, María (2017): “Si hay que romperse una, se rompe”. El trabajo del hogar y la reproducción social estratificada, Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

OIT (2018): *Reconocimiento de los derechos de los trabajadores domésticos*. Disponible en: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_642906/lang--es/index.htm [Consulta: julio de 2019].

OSPINA, Diego (2019): “*El tiempo es plata*. El autocuidado cotidiano de las trabajadoras de cuidados inmigrantes”. TFG sin publicar, Universidad Carlos III de Madrid.

OXFAM (2018a): *Voces contra la precariedad: mujeres y pobreza laboral en Europa*. Barcelona: Oxfam.

OXFAM (2018b): Nota de prensa. Disponible en: <https://www.oxfamintermon.org/es/sala-de-prensa/nota-de-prensa/si-estuviera-legalmente-remunerado-empleo-del-hogar-en-espana-equivald> [Consulta: julio de 2019].

PARELLA, Sonia y SPERONI, Thales (2018): “Las perspectivas transnacionales para el análisis de la protección social en contextos migratorios”. *Autoc-tonía. Revista de Ciencias Sociales e Historia II (1)*: 37-56.

PARLAMENTO EUROPEO (2016): *Informe sobre las trabajadoras domésticas y las cuidadoras en la UE (2015/2094(INI))*. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género.

PÉREZ OROZCO, Amaia (2014): *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de sueños.

POBLET, Gabriela (2017): “‘No quiero regalos. Solo quiero que cambien las leyes’. Cuidados, reciprocidad y desigualdad”. *Quaderns-e*, 22 (2), 115-132.

PÚBLICO (2016): Femenino plural. Disponible en: <https://www.pUBLICO.es/sociedad/empleadas-domesticas-victimas-abusos-sexuales.html> [Consulta: julio de 2019].

SANZ SÁEZ, Concepción (2019): “*Acercamiento jurídico*” dentro del acto “*La igualdad de género en el Centenario de la OIT: el Convenio 189 y el Empleo del Hogar*”. Madrid: junio 2019.

TRAFICANTES DE SUEÑOS (2017): Curso “Nos queremos vivas – Violencias machistas, patriarcado y neoliberalismo”. Disponible en: <https://www.traficantes.net/nociones-comunes/nos-queremos-vivas> [Consulta: junio de 2019].

TRONTO, Joan (2005): “Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad”, en VVAA. (2004) *¿Hacia qué modelo de ciudadanía?*. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer: 231-253.

ZIMMERMAN, Mary K, LITT, Jacquelyn S y BOSE, Christine E. (2005): *Global dimensions of gender and carework*. Stanford: Stanford University Press.

**ESTRATEGIAS DE RESISTENCIA Y PROPUESTAS
LOCALES DE LAS TRABAJADORAS DEL HOGAR Y
DEL CUIDADO. UNA EXPLORACIÓN A PARTIR DE LA
ORGANIZACIÓN DE BASE MUJERES PA'LANTE**

WENDY RAQUEL ESPINOSA SÁNCHEZ

1. Introducción

En los últimos años la situación de las trabajadoras del hogar y del cuidado ha sido analizada y estudiada por su relevancia en el sostén de la organización social de los cuidados y también por la escasa protección legal y laboral vinculada con este tipo de trabajo.

Previamente, en este monográfico, ya se ha abordado por Magdalena Díaz, la temática del empleo del hogar y de cuidados entendiendo que es uno de los oficios menos valorados en todo el mundo; denunciando que es un trabajo invisibilizado, expuesto a desprotección desde la legalidad laboral que comporta situaciones de vulneración de derechos.

En este capítulo, en cambio, se busca desarrollar un enfoque desde un ángulo diferente, desde la mirada de las trabajadoras del hogar y del cuidado. En este sentido, el objetivo es profundizar en las formas de organización, estrategias de resistencia y en las propuestas hacia las administraciones públicas y los gobiernos locales, por parte de las propias trabajadoras como sujetas políticas a partir de la noción teórica y epistemológica del conocimiento situado (Haraway, 1995). A partir del trabajo realizado en la Asociación de base *Mujeres Pa'lante*, creada en el año 2007 y que se concentra en el trabajo de acompañamiento de mujeres, mayoritariamente migradas, en sus procesos de vida. Ya sea apoyando en inserción sociolaboral, atención psicológica o asesoría jurídica. La entidad atiende a una media anual de 600 mujeres provenientes principalmente de países como: Bolivia, Ecuador, Honduras, Marruecos, Colombia, Perú, Pakistán, India, El Salvador, Cataluña y España. A pesar que es una enti-

dad amplia y diversa, existe una gran participación de mujeres que trabajan en este sector, fruto de la vinculación entre la migración femenina y el trabajo del hogar y de cuidados (a partir de ahora THC), concretamente un 80% de las mujeres que recibimos trabajan, han trabajado o esperan tener un trabajo en el sector¹.

Como ya se ha comentado en este monográfico, existe una estrecha relación entre el THC con la migración, por lo cual analizaremos como son atravesadas las trabajadoras por la Ley de extranjería, ya que buscamos, desde el conocimiento situado, aterrizar en la práctica de investigación social nuestras preocupaciones epistemológicas y nuestra capacidad como sujetas políticas de generar agenda de políticas públicas eficientes para apoyar las necesidades del sector.

Posteriormente se dará paso al análisis de las dinámicas y estrategias que han surgido a partir de las asociaciones y sindicatos, que han organizado, movilizado y accionado una serie de resistencias para mejorar y dignificar estos trabajos. El ejemplo que destacamos durante el desarrollo del capítulo, viene dado por la conformación de *la Taula de Defensa dels Drets de les Treballadores de la Llar, la Neteja i les Cures*, que se constituye como la voz reivindicativa, desde la sociedad civil, de los derechos de las trabajadoras del sector en la ciudad de Barcelona.

Por último, y desde una dimensión eminentemente práctica se expondrán una serie de propuestas y recomendaciones hacia los gobiernos locales, emanadas desde las propias mujeres que conforman la Taula, junto con las reflexiones de la asociación Mujeres Pa'lante en otros espacios de participación municipal y en red con otras asociaciones de Catalunya y del territorio español². Con el fin de poder establecer una agenda mínima de políticas

1 Los datos que se irán mostrando de la asociación Mujeres Pa'lante se obtienen mediante el recuento del registro de las atenciones que realizamos, en base a un cuestionario básico con preguntas generales que nos ayuda a extraer datos cuantitativos y cualitativos de estas.

2 Algunos de los espacios de participación o junto a las entidades que se han trabajado serían la Plataforma contra las violencias de género, la Red de Mujeres latinoamericanas y del Caribe, Sos racisme, Taula d'Immigració de la Generalitat de Catalunya, Consell de la Dona de l'Ajuntament de Barcelona, Consell municipal d'immigració de l'Ajuntament de Barcelona, Espai de ciutadania de L'Hospitalet, Dones de L'Hospitalet, Xarxa de cures, entre otros lugares donde hacemos hincapié en nuestras reivindicaciones.

públicas, a modo de buenas prácticas, que puede ser abordada por parte de los diferentes entes locales catalanes, teniendo en cuenta que existen diferencias sustanciales entre los diferentes municipios en términos de número de habitantes y recursos disponibles. Y, por lo tanto, entendiendo que estas propuestas pueden ser adaptables a diferentes contextos.

2. Porque la teoría siempre se encarna. Migración y género, trabajo del hogar y del cuidado y conocimiento situado

2.1. Reflexiones preliminares

Según se comenta en el capítulo de Magdalena Díaz en este volumen respecto a las cadenas globales de cuidados, la ocupación en el THC, además de por el género, también está cruzado por otros factores como la clase social o el origen³. En vista a esta realidad, tradicionalmente se ha analizado a las mujeres migrantes como sujetas “vulnerables”, y ello se ha visto reflejado en muchos de los estudios académicos y, en consecuencia, en la elaboración e implementación de políticas públicas. A partir de esta premisa no se ha tendido a considerar o dar un espacio a la voz de las mujeres que se ven afectadas directamente por ellas (Monteros-Obelar, 2017).

En este sentido, cuando él o la investigadora deja su tradicional lugar de “sujeto que conoce” al de “objeto a conocer”, se está buscando una forma de aterrizar o incluir, en la práctica de investigación social, preocupaciones epistemológicas y políticas de las protagonistas. Una de las propuestas epistemológicas que intenta hacer un cambio de paradigma, es la referente a la teórica feminista Donna Haraway (1995), la cual critica las prácticas androcéntricas del conocimiento científico basado en el carácter neutral, universal y autónomo. A raíz de esta premisa surge la propuesta de la autora de tratar de dar el mismo valor al conocimiento científico que viene desde una experiencia parcial y situada (Cruz, Reyes y Cornejo, 2012).

³ Si bien después de la crisis económica que azotó España a partir del año 2008 se incorporó a este sector un conjunto mayor de personas autóctonas, el sector se mantiene con una alta proporción de personas extranjeras. Además, según investigaciones realizadas por la asociación, el 90% son mujeres.

En este sentido, la visión de la mujer migrante como “objeto” de estudio en España (Gregorio-Gil, 2008; 2009a:570), en la investigación sobre género y migraciones es abundante y muy diversa en cuanto a fuentes, metodología, enfoques y finalidades. Con el paso del tiempo el prisma de análisis se ha ido modificando. Inicialmente, estos trabajos se centraron en conocer la realidad de las mujeres migradas coincidiendo con una mayor afluencia de los flujos femeninos. Son clásicos los análisis de Carmen Gregorio-Gil a partir de su tesis doctoral sobre sistemas de género y migración internacional (1996) y sus aportaciones posteriores sobre los procesos de construcción de las mujeres migrantes como sujetos generizados y raciaizados (2009b). Posteriormente, estos análisis serán leídos a partir de un enfoque novedoso, el de la transnacionalidad.

Profundizando en este enfoque tendrá lugar una serie de estudios que ligarán migraciones femeninas con reproducción en un marco transnacional, dando cuenta del ejercicio de prácticas de maternidad y cuidados, llevadas a cabo en la distancia. Los análisis más sobresalientes sobre estas cuestiones vendrán de la mano de autoras como Liliana Suárez-Navaz (2004), Claudia Pedone (2006), Sònia Parella (2005, 2007) y Laura Oso (1998), entre otras. Un grupo de investigaciones se centrará en la relación entre mujer migrante y mercado laboral visibilizando una inserción precaria y devaluada en trabajos no regulados o cuasi regulados. Abordando estos aspectos se encuentra la abundante producción teórica sobre mujeres migrantes en los trabajos sexuales de Laura Oso (2008) o Ruth Meste i Mestre (2005)⁴.

En el ámbito del servicio doméstico y de cuidados, tenemos los estudios clásicos del Colectivo IOÉ (2001) o las investigaciones de Raquel Martínez-Buján (2010). Amaia Pérez-Orozco (2010), desde la perspectiva de la economía feminista aunará militancia con producción académica, disseminando el concepto de cadenas globales de cuidados procedente de la literatura norteamericana.

Menos frecuentes han sido los abordajes que han situado a las mujeres migrantes fuera del marco de la reproducción de la vida (ya sea ésta en el interior de sus hogares o en los del territorio español), o de un mercado

4 Ambas autoras participaron en un Seminari Ciutats i Persones “Dones Migrades treballadores. Anàlisi i experiències locals contra la desigualtat”, coordinado por Maria Freixenet (2010).

laboral devaluado o etnoestratificado. Laura Oso y Natalia Ribas (2007) han iniciado análisis que han puesto de manifiesto la capacidad emprendedora de las mujeres migrantes, por ejemplo, en la expansión del comercio étnico. Por su parte, Carmen Gregorio-Gil (2010), más de diez años después de su reveladora tesis doctoral abrirá una línea de investigación que visibilizará a las mujeres migrantes como sujetos políticos y promotores de acción social.

A partir de estas autoras con premisas innovadoras, que toman a las mujeres migrantes como sujetas activas con agencia y con capacidad de generar agenda, se expondrán posteriormente el análisis de la ley de extranjería, junto con las reivindicaciones y propuestas de las mujeres migrantes y trabajadoras del hogar y del cuidado.

2.2. Trabajadoras del hogar - migración - Ley de extranjería

Teniendo en cuenta el apartado anterior, donde se hace referencia a la forma que tradicionalmente se ha tratado a las mujeres migrantes y, por ende, a las trabajadoras del hogar y del cuidado, como objeto de estudio “vulnerable” entendiéndose que se entrecruzan las realidades laborales y el obligado paso por el cumplimiento de los requisitos establecidos por la legislación migratoria. Es necesario destacar que para lograr entender a las trabajadoras como sujetas activas, es necesario comprender que no son vulnerables, sino que son las herramientas legales, entre otras cuestiones, las que las “vulnerabilizan”. Previamente Magdalena Díaz, en este mismo volumen, ha mostrado la vulneración de derechos laborales del sector THC. Ahora bien, para tener una visión integral es necesario analizar la legislación en materia de extranjería como herramientas restrictivas de derechos y garantías fundamentales, que tiene un especial impacto en las trabajadoras del sector.

Cuando se hace referencia al marco legislativo en este ámbito, es imprescindible tener en cuenta el Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de las personas extranjeras en España y su integración social. Esta legislación se reformó a partir de la Ley Orgánica 2/2009 (a partir de ahora Ley de extranjería), que promueve un continuo estado de exclusión para las mujeres

migrantes dentro de esta sociedad, puesto que avala la existencia del trabajo sumergido, ya que solo permite poder realizar trabajo remunerado formal a las personas que ingresan al territorio español con los permisos trabajo y residencia previos⁵, es decir, tramitados desde el país de origen. Las personas que no cuenten con ellos, podrán regularizar solo una vez que prueben, a través del correspondiente padrón, que llevan mínimo tres años viviendo en el territorio español, procedimiento denominado arraigo social. En este sentido, debido a esta situación, se deriva que personas en situación administrativa irregular, se vean obligadas a subsistir a través de esta economía informal.

Así la Ley de Extranjería atraviesa la vida de las personas migradas⁶, ya que aunque habla de derechos y libertades de las personas extranjeras en España, la realidad ha demostrado que su contenido sirve para el control de flujo migratorio, la regulación de los trabajos para los extracomunitarios, lo cual está determinado por: las necesidades del mercado, la situación nacional de empleo y la prioridad nacional del momento.

Es así que a raíz de un análisis propio podemos calcular que cerca de un 80%⁷ de los contenidos de la Ley de Extranjería están enfocados al castigo y dentro de sus herramientas fundamentales, están las deportaciones acompañadas de la prohibición de entrada durante diez años⁸.

5 La residencia temporal tiene una duración mínima de noventa días y máxima de cinco años. La autorización se concede a través de una autorización administrativa otorgada en el marco de un procedimiento administrativo complejo, que concluye con la concesión del visado, salvo en los supuestos de residencia por circunstancias excepcionales. El acto de autorización puede tener un contenido diverso, en función de la clase de residencia de que se trate. Existen diferentes supuestos de residencia temporal, cada uno de los cuales tiene diferentes presupuestos y condiciones, y que se regulan en el artículo 31 de la Ley y 35 a 70 del Reglamento.

6 La noción de migrar (inmigrar, emigrar) alude a un cambio de residencia: es un concepto demográfico y no refiere a otras consideraciones políticas, económicas o jurídicas. Extranjero es en cambio un término jurídico. Son extranjeros los que carecen de nacionalidad española, según dispone la Ley de Extranjería 8/2000 (la primera ley de extranjería en España se promulga en 1985).

7 Para más información acceder a Ley Orgánica 4/2000 y su Reglamento de desarrollo, así como en el Título IX de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y el Real Decreto 1398/1993, de 4 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento para el ejercicio.

8 El proceso de deportación se inicia con la detención de personas en situación administrativa irregular que pasan un periodo retenidos/as en los CIE's (Centro de Internamiento para Inmigrantes) a la espera de su expulsión.

Además, es importante destacar que esta Ley y su reglamento no garantizan la igualdad de derechos, porque definen que existen dos tipos de población: la autóctona y la extranjera. La autóctona es la que goza de todos los derechos de ciudadanía y la extranjera son las personas de otros países. Surgiendo a raíz de esta división una serie de situaciones diferenciadoras entre una población y la otra.

Esta diferencia promueve que las personas migradas tengan acceso a contratos de trabajo que se ubican en el catálogo de ocupaciones de difícil cobertura, es así como muchas veces, las personas extranjeras son consideradas como mano de obra barata dependiendo del país de origen. En general, los trabajos que realizan son los menos reconocidos –pero sí necesarios para la vida de un país– trabajos de muchas horas y con salarios bajos, como los del sector de la construcción, la agricultura o el THC. Otra diferenciación es la obligación de informar de los diferentes cambios en la vida: domicilio, estado civil, nacionalidad, etc. Las personas autóctonas no tienen que presentarse al ayuntamiento cada dos años a refrendar su domicilio. Las personas migradas con o sin papeles lo tienen que realizar, de lo contrario, se les da la baja del padrón, documento necesario para tener la calidad de ser vecina o vecino en el territorio.

Sumado a esto, la misma ley de extranjería nos habla de integración⁹ a través de la formación, pero no todas las personas tienen acceso a ella. Y cuando las mujeres profesionales cuentan con formación desde su país

⁹ Sobre el término integración, cabe detenerse un poco más, pues tal y como queda definido no coincide con el significado que se da normalmente en el discurso social. En éste, la idea de integración se aplica al sujeto que no se le nota que es distinto, que no es percibido por los demás como distintos. Expresiones como “está totalmente integrada en el trabajo, nadie podría decir que es Rumana, o Marroquí; parece una más”, son muestra de ello. Sin embargo, una persona integrada puede ser aquella que mantiene rasgos que la identifican con su cultura de origen (como una vestimenta, una manera de hablar, de comportarse) pues es así como consigue mantener la vinculación con su comunidad de origen y que al mismo tiempo mantiene relación, afinidad, interés, por nuevos grupos que encuentra en la sociedad receptora. Los rasgos que diferencian culturalmente a unas personas de otras no tienen por qué ser tomados como un indicador de falta de integración. El significado de integración en el discurso social sería lo que aquí se ha clasificado como “asimilación” (cuando se rechazan los rasgos de la cultura de origen y se tiende a imitar, a valorar muy positivamente, los rasgos que definen la cultura de la sociedad receptora). Una vez definida esta terminología debemos añadir que se trata de un análisis teórica, pues nadie está totalmente integrado, asimilado, separado o marginado de manera definitiva y permanente.

de origen, se les exige la homologación de sus títulos, que en la mayoría de los casos es un proceso largo y de varios años, para lo cual hay que contar con recursos. Es por este motivo que el THC termina siendo una salida laboral para la sobrevivencia.

Por otro lado, cuando una mujer migrada busca su regularización administrativa, es decir, el permiso de residencia y trabajo, los requisitos para obtenerla marcan un proceso de muchas dificultades, empezando por el requisito del contrato de un año y de 40 horas a la semana; o en calidad de autónoma, que le exige tener en la cuenta bancaria 6.000€ fijos durante un año, además de presentar un proyecto de negocio viable. La dificultad de conseguir estos requisitos pudiera conllevar una dependencia económica de la pareja y/o cónyuge.

La normativa que regula el sector de THC y la ley de extranjería exponen en su conjunto a las mujeres migrantes a una mayor vulnerabilidad. Al ser imprecisa la obligatoriedad de un contrato de trabajo por escrito, no obliga al alta de la trabajadora en el Sistema Especial de la Seguridad Social para las trabajadoras del THC. Esto permite que un gran porcentaje de mujeres migradas se encuentren en indefensión al no contar con un contrato por escrito. El contrato oral no es una vía para acceder a la tramitación de la Autorización de Residencia por Circunstancias Excepcionales y por ende se ven obligadas a ubicarse en la economía informal, como se ha comentado previamente, con el riesgo a ser detenidas, entrar en un CIE por 60 días y ser expulsadas en cualquier momento. Cabe destacar que la única vía que contempla la legislación extranjera es la de regularización a través del arraigo, que se expone en el reglamento de Extranjería en el art. 124:

Art. 124.- Autorización de residencia temporal por razones de arraigo.

“2. Por arraigo social, podrán obtener una autorización los extranjeros que acrediten **la permanencia continuada en España durante un periodo mínimo de tres años**. Además, deberá cumplir, de forma acumulativa, los siguientes requisitos:

- a) Carecer de antecedentes penales en España y en su país de origen o en el país o países en que haya residido durante los últimos cinco años.

- b) **Contar con un contrato de trabajo firmado por el trabajador y el empresario en el momento de la solicitud para un periodo que no sea inferior a un año.”**

“En los supuestos de arraigo social acreditado mediante informe, que deberá ser emitido y notificado al interesado en el plazo máximo de treinta días desde su solicitud, en éste deberá constar, entre otros factores de arraigo que puedan acreditarse por las diferentes Administraciones competentes, el tiempo de permanencia del interesado en su domicilio habitual, en el que deberá estar empadronado, los medios económicos con los que cuente, los vínculos con familiares residentes en España, y los esfuerzos de integración a través del seguimiento de programas de inserción sociolaborales y culturales. Simultáneamente y por medios electrónicos, la Comunidad Autónoma deberá dar traslado del informe a la Oficina de Extranjería competente.”
BOE-A-2011-7703.

La ausencia de una autorización de residencia o su pérdida significa también la pérdida del derecho a la sanidad pública. Las trabajadoras del sector están expuestas a múltiples accidentes laborales por el uso de herramientas y productos químicos nocivos e incluso al contagio de enfermedades y sólo tienen derecho a la atención de urgencias¹⁰.

¹⁰ En la asociación Mujeres pa' lante se han encontrado caso de mujeres con dolores y patologías ocasionadas por el THC que no siempre se han abordado a través de especialistas o pruebas médicas concretas, esta situación que complica ante las dificultades que pueden surgir si no se cuenta con la tarjeta sanitaria. Cabe destacar que el diagnóstico y el trabajo en la atención primaria y en urgencia son fundamentales para evitar problemas posteriores como el llamado síndrome del cuidador, para más información ver Rogero (2010). Además, tal como se expone en la *Guia de contractació i recomanacions per un treball just de provisió de les cures i de suport a la llar* (2018) del Ayuntamiento de Barcelona, existen diferentes riesgos laborales relacionados con este sector. Accesible en: http://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/sites/default/files/guia_cuidem_qui_ens_cuida.pdf (Recurso web visualizado el 15 de julio de 2019).

Asimismo, la ley de extranjería obliga a que sea necesario trabajar por cuenta ajena por dos años¹¹ para tener la residencia y su posterior renovación, que se mantenga la relación laboral con los primeros/as empleadores/as o a tener un nuevo empleo con las mismas condiciones que el anterior, o a estar dada de alta como demandante de empleo o tener una situación catastrófica demostrable que le haya impedido conseguir trabajo. Estos requisitos legales, por la experiencia que tenemos las entidades que formamos parte de la *Taula de defensa dels drets de les treballadores de la llar, la neteja i les cures*, se ha percibido que muchas de las mujeres dedicadas al THC se han visto en la necesidad de hacerse cargo ellas mismas de los costes vinculados con la seguridad social. O bien también se han visto situaciones donde las propias trabajadoras acaban realizado horas de trabajo extras, sacrificando sus vacaciones, horas libres e incluso la propuesta de mejora de trabajo por otras familias, con el fin de retribuir la regularización por partes de los o las empleadoras.

Por último, la Ley también expone a las personas migradas a la desintegración familiar, puesto que para realizar la reagrupación familiar son exigibles algunos requisitos que muchas mujeres (y hombres) no pueden cubrir. Por ejemplo, para unidades familiares que incluyan dos miembros (reagrupante y reagrupado) se exige una cantidad mensual del 150 % del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM¹²). Por cada miembro adicional se deberá sumar, el 50% del IPREM, disponer de vivienda adecuada¹³.

11 Portal de Inmigración- Secretaría General de Inmigración y Emigración; Autorización inicial de residencia temporal y trabajo por cuenta ajena. Para más información acceder a: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionInteres/InformacionProcedimientos/Ciudadanosnocomunitarios/hoja017/index.html> (Recurso web visualizado el 10 de junio de 2019).

12 El Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) es un índice empleado en España como referencia para la concesión de ayudas, subvenciones o el subsidio de desempleo. Nació en 2004 para sustituir al Salario Mínimo Interprofesional como referencia para estas ayudas. El IPREM se publica anualmente a través de la Ley de Presupuestos, de forma que tendremos que usar como referencia el último valor publicado de forma oficial (ver tabla) para determinar si nuestros ingresos superan un determinado número de veces el IPREM actual. En <http://www.iprem.com.es/> (Recurso web visualizado el 10 de junio de 2019).

13 Portal de Inmigración- Secretaría General de Inmigración y Emigración; Autorización inicial de residencia temporal y trabajo por cuenta ajena. Acceder a: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionInteres/InformacionProcedimientos/Ciudadanosnocomunitarios/hoja012/index.html> (Recurso web visualizado el 10 de junio de 2019).

Este último requisito agrava la situación, porque según los datos de *Mujeres Pa'lante*, al menos el 90% de las mujeres participantes viven en una habitación compartida dentro de un piso que, además, muchas veces, es compartido con más personas. Teniendo en cuenta la dificultad para acceder a una vivienda de alquiler en los diferentes municipios.

3. Resistencias colectivas: La Taula de Defensa dels Drets de les Treballadores de la Llar, la Neteja i les Cures (Taula)

Ante las injusticias previamente comentadas, Mujeres Pa'lante junto con Sindillar, Centro Boliviano Catalán con el grupo Las libélulas, Centro peruano en Barcelona, Mujeres Migrantes Diversas y *Diàlegs de dona*, hemos decidido unir nuestros esfuerzos y crear la *Taula de defensa dels drets de les treballadores de la llar, la neteja i les cures* (la Taula a partir de ahora) en la ciudad de Barcelona, mediante la cual se denuncian las condiciones laborales del sector.

En este capítulo, después de abordar la relevancia de la participación política y social de las trabajadoras del hogar y del cuidado y las dificultades de unión desde una óptica migrante, abordaremos la creación, objetivos y principales logros de la Taula, desde una mirada de resistencia reivindicativa de derechos, tratando de superar la mirada victimizadora de las mujeres que se dedican al THC. Entendiéndolo como espacio de empoderamiento colectivo y generador de una agenda de actuación para mejorar las condiciones del sector.

3.1. Fórmulas de resistencia y empoderamiento

La participación social y política de las personas extranjeras con perspectiva de género en el territorio español no ha tenido un gran recorrido en la literatura sobre migraciones (Martín-Pérez, 2004; Morell, 2005; Pont-Vidal, 2005). Aun así, los planteamientos centrados en este aspecto han conseguido resituar los debates en torno a las migraciones en marcos novedosos respecto de los tradicionales abordajes, que habían sentado las bases para una identificación casi automática entre migraciones y mercado laboral. Sin embargo, por lo general,

son los varones migrantes los que se presentan como “sujetos y portavoces” de las acciones de participación social y política. Pero, tal como destaca Silvana Montero – Obelar (2017), es importante preguntarse sobre la participación de mujeres migrantes. Sin embargo, en general, los análisis realizados han tendido a mostrar que ellas no tienen un papel protagonista y en muchos casos estos estudios adolecen de una perspectiva de género (Gregorio-Gil y Arribas-Lozano, 2008). Además, se ha tendido a profundizar en el asociacionismo inmigrante, mientras que los análisis sobre participación política como tal (en sindicatos, partidos o movimientos de base reivindicativos) han tendido a ser prácticamente inexistentes.

Las dificultades en relación a la participación social y política de las personas migrantes en el territorio español se divide en tres factores principales (Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2014: 1) la irregularidad jurídica de una parte de estas, que si bien no obstaculiza el derecho de reunión, asociación, manifestación o huelga, impide la adscripción legal a las instituciones que vehiculizan la participación e imprime una cuota importante de temor, que en definitiva termina por desalentar la participación; 2) la intensidad de las jornadas laborales que experimentan en los empleos en los que se insertan (en un mercado segmentado, etnoestratificado y precario) y 3) el recorte en los derechos políticos, regulado por la Ley de extranjería y sustancializado en el no reconocimiento del derecho al voto para las personas extranjeras.¹⁴

Específicamente respecto a las mujeres migrantes, otros estudios han demostrado las dificultades de sindicación cuando se insertan, por ejemplo, en el THC, debido a su condición de trabajos en asilamiento dentro de los hogares autóctonos y con jornadas interminables (Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2014). A las dificultades en la participación que experimentan las personas extranjeras debido a condicionamientos de tipo estructural, se suma una política pública en materia de participación que vehicula su potencia a unas escasas vías o modalidades, siempre institucionalizadas. La nego-

¹⁴ Las personas extranjeras extracomunitarias no tienen reconocido el derecho al sufragio pasivo (ser elegidos como representantes políticos). El derecho a sufragio activo se reconoce solo para las elecciones municipales y siempre que existan convenios de reciprocidad bilaterales entre España y el país de origen (artículo 13 de la Constitución Española y artículo 6 de la ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social).

ciación política en el territorio español, por ejemplo, sólo pueden ejercerla los sindicatos, la patronal y el gobierno, estructura que ha sido ampliamente criticada por los movimientos de empleadas de hogar debido, por un lado, a que este sector no tiene una patronal organizada y, por otro, a que impele a las trabajadoras a sindicarse cuando existen factores que dificultan dicha sindicación (Pérez-Orozco, 2010). Por todo ello, la participación social y política de las personas extranjeras se ha canalizado fundamentalmente por canales sui generis, como la conformación de redes de apoyo entre quienes comparten un mismo origen nacional o regional, una adscripción religiosa o simplemente la unión que produce experimentar situaciones similares. Estas redes incluyen la circulación de información, acompañamiento, servicios y recursos económicos y afectivos (ESCODE, 2006). Del mismo modo, los espacios donde se participa son diversos y novedosos respecto a los tradicionales o institucionalizados. Muchas personas migrantes crean redes de intercambios en la calle, en los parques o en las propias casas, en mayor medida que en las escuelas, los ayuntamientos, los sindicatos o los partidos (Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, 2011).

Cabe destacar, que el asociacionismo, siendo extrapolable a los colectivos de trabajadoras del hogar y del cuidado, se ha encontrado que la diversidad de modos de acción y participación que demuestra la población migrante en algunas ocasiones se ha visto domesticada por mandatos de la administración pública, que ha institucionalizado un proceso participativo restrictivo (Morell, 2005; Suárez-Navaz, 2004). Este proceso se basa en que para que pueda existir un reconocimiento este sistema incluye la formalización y el registro de una entidad y, para la obtención de financiación, se apuesta por un sistema de subvenciones que genera dificultades (Martín-Pérez, 2004) y que, como requisito en muchas convocatorias, se requiere una declaración de la entidad como de interés público, que exige auditorías contables. También es importante comentar que esta estructura de participación social tiende a delegar responsabilidades del Estado de Bienestar en la sociedad civil, que a la vez muestra escasez de recursos en estos sectores (Monteros-Obelar, 2017).

Además, se han encontrado falta de estudios respecto al papel de las organizaciones creadas por mujeres migradas y cómo han resuelto éstas la

tensión permanente entre cuidados, participación, institucionalización y financiación.

En la ciudad de Barcelona se ha destacado la experiencia participativa de mujeres trabajadoras del hogar y del cuidado, mayoritariamente migrantes, en la Taula. Esta es una muestra de la capacidad de los colectivos que la forman para generar estrategias de lucha y resistencia que hemos recogido a lo largo de este camino. Estas formas de hacer es importante ponerlas en valor y que puedan ser un aporte para otros colectivos y municipios, sintiendo que la práctica nutre el pensar y que se puede llegar a generar otras experiencias. A la vez, esta experiencia puede ayudar a plantear espacios similares, en contacto con las instituciones locales, para generar espacios de empoderamiento y reivindicación.

Respecto a esta experiencia es importante hacer visible cuatro aspectos que ha generado este espacio participativo. En primer lugar, se debe tener en cuenta que la calendarización es uno de los aspectos relevantes, pues no es fácil para las mujeres que conforman la Taula (porque somos madres, parejas, trabajadoras del hogar y del cuidado, además militantes, trabajadoras en asociaciones muchas veces a coste cero y voluntarias en otros movimientos) generar un espacio de reunión y que éste sea duradero durante tres años. Situación que se hace más compleja, cuando se trata de mujeres que trabajan en el sector THC y algunas de ellas como internas. Por lo tanto, ha sido importante el hecho de establecer horarios adaptables, pero a la vez, promover un espacio de cuidados y no culpabilización. En este sentido, es importante visibilizar que nosotras también necesitamos espacios de conciliación, no solamente familiar sino también laboral y activista, así como tratar de no culpabilizarse por no poder estar o asistir.

En segundo lugar, se debe destacar, en este caso, el nexo con la institucionalidad, tratando de tener un impacto en la generación de políticas públicas. En este sentido, la Taula se ha generado dentro del *Consell d'immigració* del Ayuntamiento de Barcelona, y con el equipo de técnicas de éste, realizando un intercambio de conocimientos de una manera más horizontal. A pesar que en otros entornos institucionales aún no se han introducido propuestas respecto al THC.

En tercer lugar, esta experiencia ha fomentado la creación de redes con otros colectivos de mujeres migrantes y ha ayudado a la apertura y relación que hemos establecido con diversos sectores del movimiento feminista, permitiendo conocernos y aportar en nuestra diversidad y construir alianzas concretas. Entre estas destacan, por ejemplo, la participación en charlas y talleres ya no como narradoras de historias, sino como sujetas políticas e interventoras en esta sociedad de la cual formamos parte.

Por último, la experiencia de la Taula, a pesar de estar formada por colectivos diversos, también ha permitido analizar diferentes problemáticas de las mujeres participantes o que representamos o estamos dentro de las situaciones de explotación laboral. En este sentido, cada entidad ha presentado las condiciones que enfrentan las mujeres (por ejemplo: por horas discontinuas, internas, sin contrato, en situación de irregularidad, trabajadora del hogar durante ocho horas externa, trabajadora del hogar interna/fija –que permanece en el lugar de trabajo las 24 horas– las que trabajan como “canguros”, las que cuidan a los mayores en sus casas durante la noche pero que no están en la figura de cuidadoras familiares ni en las de atención a domicilio, y otras). En conjunto, a partir de estas, se ha elaborado un espacio de empoderamiento desde la horizontalidad que, a la vez, ha hecho surgir propuestas de mejoras de condiciones laborales al Ayuntamiento de Barcelona y que, inspiradas en éstas posteriormente, se presentarán para extrapolar a otros entes locales.

3.2. Objetivos de la Taula

- Construir redes sociales de reciprocidad y apoyo que nos permitan crear lazos de confianza, tejer alianzas y cooperar en la diversidad, unas con otras, con las dificultades que puedan surgir, tanto políticas como económicas, entre los diferentes colectivos.
- Diagnosticar las necesidades de las trabajadoras domésticas y del hogar. Plantear propuestas a las administraciones para que sean atendidas, con el objetivo de crear mesas de trabajo en las que estén visualizadas las reivindicaciones de las trabajadoras del hogar y del cuidado.

- Revalorizar socialmente el trabajo del hogar, de la limpieza y de los cuidados de las personas.
- Luchar por la equiparación de las condiciones laborales de las trabajadoras del hogar, de la limpieza y de los cuidados de las personas frente a otros colectivos.

3.3. Organización

En primer lugar, se puso sobre la mesa el trabajo que se realiza desde las diferentes organizaciones, el lugar geográfico donde están ubicadas, el tipo de tareas que se llevan a cabo y cuáles serían las confluencias y luchas en conjunto.

En este sentido, el objetivo ha sido establecer siempre la predisposición al diálogo, al trabajo en conjunto/en red y el trabajo asambleario al que hay que dedicarle más tiempo y esfuerzo. Compartir espacios y tiempo para organizarnos. Dar y generar un espacio de conocimiento entre las diferentes personas de las entidades de la Taula.

A ello se le suma la necesidad de incluir los cuidados en el centro, por lo tanto, respetar las diferentes maneras de trabajar y de punto de partida, así como reconocer el trabajo que hace cada una en cada entidad, con el objetivo de dignificar los derechos de las trabajadoras del hogar y del cuidado, pero también apostar por otras maneras de organización. Así la consolidación y el trabajo interno dentro de los propios colectivos, de acuerdo a la experiencia de algunas de las organizaciones que formamos parte de la Taula, se ha creído en la necesidad de respetar los tiempos y procesos de cada organización. Cada colectivo sabe en qué punto se encuentra y que necesidades tiene que potenciar y cubrir.

3.4. Actividades que se realizan

- Organización de charlas y formación sobre el THC y la Ley de extranjería a través del trabajo en red y de construcción de alianzas para aunar fuerzas.

Uno de los aspectos que se puede destacar como importantes es la generación de espacios de escucha de las necesidades e interés de las personas de los diferentes colectivos. Por eso, realizar jornadas y charlas de formación es una herramienta que facilita el intercambio y aprendizaje de aquellos ámbitos que entrecruzan los diferentes aspectos del THC.

- Autogestión (caterings, textil, peluquería) como forma de generar independencia económica en casos para mujeres sin trabajo, ya sea por despido o por dificultades para conseguirlo.

Otra de las estrategias importantes para los diferentes colectivos (aunque cada organización está en momentos diferentes) son los procesos de autogestión, como estrategia de independencia económica y política para reflexionar respecto a qué tipo de sociedad queremos aportar y vivir. A pesar que también sean importantes los apoyos de otras organizaciones y de la política pública, se trata de que las estas dialoguen entre procesos de autonomía e interdependencia para fortalecer su autonomía y capacidad de acción. En este sentido, que las mujeres de este sector puedan contar con espacios y organizaciones donde recurrir en caso de enfrentarse a despidos o tener que dejar sus trabajos (por abusos laborales, económicos, raciales o sexuales) y que desde allí puedan encontrar fórmulas para reinventarse, dentro del tejido sindical, asociativo, con otras mujeres que ya han recorrido ese camino.

De hecho, desde Mujeres Pa' lante, se ha promovido el empoderamiento de mujeres a través del asociacionismo y de la autoorganización a través del apoyo a la creación de una cooperativa que se llamó *Dones solidàries Palante*. Y desde hace un año con la *Cooperativa Mujeres Pa'lante*, focalizada en servicios de atención a domicilio a personas mayores y / o dependientes, con la participación de las mujeres que atendemos y/o que han formado parte de los cursos de formación, para que las mujeres puedan trabajar en condiciones más asamblearias, dignas y solidarias, transformando así la perspectiva económica.

- Participación en manifestaciones para visibilizar a las THC, como para ser parte de la vida política de Catalunya.

Otro de los aspectos que nos capacita para la resistencia de diferentes opresiones que vivimos las THC es no sólo participar de la vida económica de esta ciudad sino de la vida política. Tener presencia en la medida de nuestras posibilidades (por la precariedad y las condiciones de esclavitud de estos trabajos) en las calles es vital para construir entre todas una visibilización y reconocimiento de unas trabajadoras con otras. Como también enviar un mensaje claro a la ciudadanía que sin los trabajos que realizamos las mujeres migrantes en el área de cuidados y limpieza, no es posible sostener los espacios productivos de muchas familias y personas.

- Tener espacios de participación directa de las trabajadoras respetando sus bagajes, experiencias y saberes. Aportes fundamentales para los colectivos.

Participamos activamente en diferentes lugares donde se está gobernando sobre nuestras vidas, donde se están creando leyes que en un futuro repercutirán en nuestros trabajos y condiciones laborales. Por eso, es importante sumar desde los bagajes que tenemos y aportarlos para construir mejoras en el sector y para todas.

3.5 Resumen de reivindicaciones de la Taula¹⁵

- El reconocimiento social de que el THC forma parte de la economía de los cuidados. Es decir, las personas trabajadoras del hogar y del cuidado cuidamos de la vida. Por ello, es necesario que se tenga en cuenta, se le dé importancia en cualquier mesa de trabajo, debate, foro a nivel social, económico y político.
- La ratificación inmediata, por parte del Estado español, del Convenio 189 de la OIT, que obliga a la equiparación de los derechos laborales de las personas trabajadoras del hogar y del cuidado a los del resto de trabajadores y trabajadoras del Régimen General de la Seguridad social.

¹⁵ Las reivindicaciones y propuestas completas que fueron presentadas, están disponibles en el documento realizada en el marco del *Consell d'Immigració* del Ayuntamiento de Barcelona, titulado *Propostes per a la dignificació i sensibilització en l'àmbit del treball de la llar i la cura de persones* (2018).

- La eliminación del Sistema Especial dentro de la Seguridad Social para las personas trabajadoras del hogar y del cuidado y su incorporación inmediata al Régimen General de la Seguridad Social, para así contar con igualdad de derechos con el conjunto de las personas trabajadoras.
- La equiparación del derecho de coberturas a la seguridad social para las personas trabajadoras del sector, en igualdad de condiciones con el resto de personas trabajadoras de régimen general. Hay que hacer especial mención del derecho a las prestaciones de desempleo, inexistentes para este colectivo.
- Que sean operativas las coberturas por maternidad, en las mismas condiciones que el régimen general.¹⁶
- El Derecho operativo a percibir las prestaciones por incapacidad laboral transitoria en igualdad de condiciones con el resto de personas trabajadoras de régimen general.
- La introducción de medidas correctoras en las cotizaciones a la Seguridad Social para garantizar el derecho a una jubilación digna.

3.6. Principales logros conseguidos

- Cabe recalcar que en todos los espacios abiertos y en los que participamos como Taula o como las entidades que representamos, somos impulsoras del análisis de otras situaciones que se desprenden de las condiciones del trabajo del hogar, por ejemplo, los mecanismos sobre la inspección del trabajo.
- Dentro del grupo sobre el trabajo del hogar, creado en el interior del *Àrea d'Estrangeria i Relacions Laborals de la Secretaria d' Igualtat, Migracions i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya*, se ha planteado innumerables veces la necesidad de crear vías para facilitar las denuncias de explotación laboral. Ante lo cual, este organismo ha reconocido la necesidad y se ha comprometido a crear campañas de sensibilización para las personas em-

¹⁶ El régimen de Seguridad social del sector de THC no es el mismo que el de una trabajadora del régimen general, por lo tanto, no están cubiertas los permisos derivados de la maternidad.

pleadoras y para la sociedad en general, y de formar a las y los trabajadores sobre sus derechos laborales, a través de entidades interesadas en hacerlo, sindicatos y del SOC (este último a futuro).

- Asimismo, se ha propuesto la urgencia de una vía para dirigir las denuncias. Ante lo cual el *Àrea d'Estrangeria i Relacions Laborals de la Secretaria d'Igualtat, Migracions i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya* ha aceptado proponer al organismo que corresponda dentro de la Generalitat que el teléfono sobre violencia machista incorpore y atienda denuncias de acoso sexual dentro del ámbito del trabajo del hogar, y que el teléfono 012 pueda recoger denuncias sobre explotación laboral para que derive a los organismos pertinentes.
- Por otra parte, dentro del grupo de trabajo del *Consell d'immigració* se ha conseguido que durante todo el año 2017 e incluso el Premio que anualmente se otorga a las entidades por su parte, se trate como tema central el THC. Espacio en el que se ha elaborado un texto de 68 propuestas de dignificación y sensibilización sobre este sector, dirigidas especialmente a la administración pública y a la sociedad en general.
- Se ha logrado que otras entidades que no trabajan con el tema de la reivindicación de los derechos de las trabajadoras del hogar se integren al análisis de la situación y que propongan ideas que puedan servir, así como también se han dado cuenta de cómo la ley de extranjería atraviesa y perjudica a los y las trabajadoras. Se han comprometido en estar alerta de situaciones de explotación y apoyar en la campaña de información, que a través del ayuntamiento se realicen posteriormente.

4. Propuestas y recomendaciones a la institucionalidad para mejorar las condiciones del sector

A partir al trabajo de diagnóstico de los diferentes colectivos, se han elaborado una serie de recomendaciones y propuestas en base a los grupos de discusión que se han tenido desde la Taula. A ello se le suma la experiencia de la asociación Mujeres Pa'lante, en donde se ha podido analizar como principales problemáticas y necesidades, la demanda de formación

ocupacional, de hecho, el 28% de las participantes se acercan a la entidad por este motivo, como oportunidad de profesionalización sin requisitos de otras instituciones públicas o privadas. Por otro lado, también se destacan situaciones respecto a la vulneración de derechos como mujeres migrantes en relación al empadronamiento, entendiéndose que sin ello no existimos como sujetas con derecho a exigir servicios de la administración pública y que tiene un impacto en el acceso a la salud. Otras necesidades y problemáticas percibidas son respecto al acceso a la vivienda, aprendizaje de catalán y castellano, así como otras cuestiones vinculadas con la violación de derechos laborales.

De acuerdo con estas experiencias, y como se ha mencionado en las reivindicaciones de la Taula, muchos de los cambios del sector pasan por un cambio legislativo a nivel de gobierno central. Sin embargo, las instituciones locales también pueden realizar actuaciones en relación al sector de THC. A continuación, se expondrá una selección de propuestas, son recomendaciones que se dirigen específicamente a los gobiernos locales, en materia políticas específicas, de servicios, programas y medidas fiscales, entendiéndose que son las instituciones más próximas a la ciudadanía y que tienen la posibilidad de introducir algunas demandas sociales y promover la participación ciudadana. Si bien es cierto que muchas de estas recomendaciones fueron planteadas al Ayuntamiento de Barcelona, las propuestas seleccionadas representan una agenda mínima hacia los poderes locales con características diversas en población y recursos.

4.1 Propuestas locales para la mejora de las condiciones de las trabajadoras del hogar y del cuidado

4.1.1. Políticas específicas

1. Crear una política integral sobre cuidados que tenga en cuenta específicamente la situación de las trabajadoras del hogar y del cuidado a nivel municipal. En este marco, se debería incluir:

La realización de un diagnóstico sobre la situación de las trabajadoras a nivel local, que recoja la necesidad de considerar el THC como una vía

del cuidado de la vida. Y que considere la importancia de reconocer la división de las funciones que se realizan y las tareas concretas por las que se ha contratado.

Además, que se contemple la introducción de medidas de conciliación de estas trabajadoras, teniendo en cuenta las dificultades específicas de este colectivo (como, por ejemplo, los horarios de trabajo o los regímenes de internas).

De este análisis, a parte de otras actuaciones, es imprescindible que se desprenda una campaña de sensibilización para que las familias o personas contratantes comprendan que es necesario que las trabajadoras del hogar se profesionalicen y que, en caso de que estén en situación irregular, han de cumplir con algunas formaciones específicas (Módulos A, B y C)¹⁷, con el fin de que en el caso de las mujeres internas puedan tener horas libres para la realización de estas clases.

2. Realización, por parte de ayuntamientos o entes supramunicipales, de sesiones informativas, en horarios de sábado y/o domingo, al colectivo de las trabajadoras del hogar de cómo acceder a la regularización, evitar la irregularidad sobrevenida y sobre todo que informe desde el primer paso: el empadronamiento y sus posibles vías, y la obtención de tarjeta sanitaria. Para ello, hay que mejorar el sistema de citas previas y, en el caso de algunos ayuntamientos, mejorar el circuito de acceso al sistema de padrón sin domicilio fijo y/o sin soporte documental, como podría ser un contrato de alquiler. Ya que hasta la fecha es un procedimiento muy engorroso y que tarda entre tres y seis meses dependiendo del municipio. Esto afecta a las trabajadoras del hogar y del cuidado, sobre todo a las que trabajan de internas porque la falta de tiempo disponible para realizar este tipo de trámites hace que no puedan conseguir los derechos derivados del empadronamiento.

¹⁷ Modulo A: Curso de Catalán nivel B1, de 45 horas lectivas. A partir del año 2017 se ha determinado que esta exigencia se ampliará progresivamente en estos dos años hasta llegar a las 90 horas Modulo B: curso de 15 horas lectivas de conocimiento de derechos laborales. Módulo C: Curso de 15 horas lectivas de conocimientos de la cultura catalana y su ordenamiento jurídico. Tanto los cursos de modulo A y C son impartidos por el Consorci de la Normalització lingüística o por otras entidades que cuenten con el correspondiente convenio de colaboración con este.

3. Crear campañas de concienciación a las familias que contratan a trabajadoras del hogar para fomentar la contratación justa¹⁸, en donde se incluya, por un lado, la delimitación de las tareas de éstas. Ya que, desde los colectivos, se ha mostrado que éstas realizan un rango de tareas muy diversas (limpieza, cuidados de personas mayores o criaturas...). En este sentido se plantea la necesidad de concretar las tareas que se vayan a realizar fruto de la relación contractual. Y, por otro lado, que promueva la concienciación respecto a la conciliación laboral y familiar de las trabajadoras.
4. Promover el trabajo colectivo en el ámbito de la economía social y solidaria, la agrupación de las personas en proyectos comunes que potencian mejores condiciones para dignificar el sector y permitir la regularización; apoyando la creación de cooperativas y asociaciones, mesas y redes del THC. De la misma manera, fortalecer las asociaciones, redes y la organización sindical desde las propias trabajadoras, que ya se encuentran realizando un trabajo de empoderamiento, visibilización y reconocimiento de los THC, a través del apoyo económico.
5. Promover una campaña contra los estereotipos y conductas que atentan contra cualquier forma de discriminación (étnica, racial, sexual, de clase, religión...), un ejemplo concreto sería crear o facilitar los medios para denunciar a las agencias de empleo que fomenten los estereotipos de género y étnicos sobre las trabajadoras. En este sentido y en el mismo orden de ideas, promover la prevención de los estereotipos en el campo del THC.
6. Promover el reconocimiento del THC, reconociendo que este forma parte de la economía de los cuidados, dándole la importancia y el interés que le corresponde, invitando a las trabajadoras activistas o lideresas dentro del colectivo a mesa de trabajo, debate, discusión o foro a nivel político, social o económico que se organicen des de las instituciones locales.

¹⁸ Algunos ejemplos de guía de contratación sería el realizado por el Ayuntamiento de Barcelona: Guía de contractació i recomanacions per un treball just de provisió de les cures i de suport a la llar. Accesible en: http://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/sites/default/files/guia_cuidem_qui_ens_cuida.pdf. O el realizado y publicado por la Xarxa per un treball just: http://treballdelallargust.org/wp-content/uploads/2018/09/GUIA-DE-CONTRACTACI%C3%93_18.pdf (Recursos web visualizados el 15 de julio de 2019).

4.1.2. Servicios

1. Crear un sistema de comunicación para denunciar concretamente los abusos laborales, sexuales y psicológicos de las trabajadoras del hogar y del cuidado en el ejercicio de su trabajo por parte de sus empleadores o allegados. El servicio del teléfono de violencia de género o el de información en Cataluña no atienden de manera global estas cuestiones, ya que se enfocan en una temática concreta, a pesar que una misma persona pueda contar con diferentes cuestiones a abordar (situación administrativa irregular, acoso sexual...). Por ello, se podría incentivar la creación de un doble servicio.

En primer lugar, en la medida de las posibilidades del ayuntamiento o entes supramunicipales, la creación de un servicio municipal de atención en un punto físico para los casos específicos, que contemple un asesoramiento integral en materia laboral, migratoria y con perspectiva de género.

En segundo lugar, la existencia de un teléfono de consulta y denuncia para que las trabajadoras pueden ponerse en contacto. De este modo, también podrían informar a la trabajadora interna que no puede asistir al punto de información.

2. Sobre el mismo punto anterior, habría que formar/capacitar constantemente a las personas que reciben las llamadas o realizan atención, con el fin de sensibilizarlas y que puedan dar un mejor servicio a quien llama o acude al servicio.
3. Instar a los servicios médicos de atención primaria y de urgencias a que exista un abordaje integral respecto a los síntomas que presentan las trabajadoras, con el fin de hacer un mejor diagnóstico y derivaciones a especialistas, sobre todo por enfermedades provocadas por esfuerzos físicos o por estrés.
4. Generar un espacio de intermediación para que se produzcan buenas prácticas entre las mujeres solicitantes de un trabajo en el sector de cuidados o limpieza y quienes las contratan. Si se considera oportuno, éste servicio podría formalizarse junto al servicio de atención a las trabajadoras del hogar y del cuidado.

5. Garantizar la introducción de cláusulas sociales para la contratación pública de servicios que promuevan que las trabajadoras tengan unas condiciones dignas.

4.1.3. Programas

1. Crear programas que contribuyan a la formación del colectivo. Es necesario que desde instituciones públicas o asociaciones (subvencionadas por el ayuntamiento o la Generalitat), se realicen cursos para personas en situación regular o irregular, que sean gratuitos o a bajo coste, en horarios a los que las trabajadoras puedan acudir, puesto que las trabajadoras internas sólo pueden asistir los fines de semana.

En este sentido, es importante la profesionalización del colectivo para que se mejore el tipo de trabajo que se hace, pero sobre todo para que se pueda acceder a mejores condiciones laborales, a ascender profesionalmente o a cambiar de trabajo. Es por ello, que dentro de la formación específica para trabajadoras del hogar y del cuidado, se pueden hacer cursos básicos y cortos sobre primeros auxilios, cocina, atención a personas con Alzheimer o Parkinson. Es decir, que no sean solo trabajadoras en este ámbito, que puedan dar un paso más para encontrar un trabajo, en un centro de día, en un geriátrico o a poder ser trabajadoras familiares a domicilio. En relación a este aspecto, se debe tener en cuenta que esta formación para mujeres trabajadoras del hogar y del cuidado, no las inhibe de tener formación previa, por ejemplo, en el caso de Mujeres Pa'lante, un 14% cuenta con educación universitaria completa y un 15% tiene estudios técnicos completos. Es decir, que no se trata de un sector en el que las trabajadoras sean analfabetas o poco cualificadas. Todo lo contrario, es habitual encontrar situaciones de sobre-cualificación. Aún así, la mayoría no tiene la preparación necesaria para trabajar en el ámbito del hogar y los cuidados. Por esta razón, es tan importante que puedan acceder a los cursos de formación en el área de atención a la dependencia, el cuidado de personas mayores y la limpieza, que reconocen como el nicho de trabajo más importante en Cataluña.

2. Ofrecer múltiples cursos para diferentes áreas profesionales. Se ha de crear un mecanismo de información permanente, fácil y accesible sobre todos los circuitos de formación existentes, y que esta información llegue por vías digitales o en papel, y a través de los medios de comunicación que usan las personas migrantes y las trabajadoras del hogar y del cuidado (por ejemplo: radio, televisión local).
3. Asimismo, es muy importante que se haga formación sobre riesgos laborales en el THC. Hay que procurar un desempeño óptimo de nuestro trabajo, porque no existe información sobre situaciones de peligro y cómo prevenirlas o remediarlas.
4. Facilitar el acceso a la acreditación de competencias laborales y formación no oficial relacionada con el THC para trabajadoras en situación regular o en situación administrativa irregular.
5. Promover el cuidado de la vida de quien cuida, a través de la conformación de grupos de apoyo, por ejemplo, podrían estar gestionados por los ambulatorios municipales (como los grupos de lactancia, parto y otros) u otros espacios municipales.
6. Promover el cuidado de la vida de quien cuida, a través de apoyo económico a organizaciones que se dedican a dar soporte a las THC, con el fin de que puedan facilitar cursos de autocuidados para las trabajadoras.
7. Los ayuntamientos que cuenten con recursos en materia de vivienda debieran crear viviendas sociales para el colectivo y mejorar el acceso a las bolsas de alquiler.
8. Crear un fondo perdido (implementación y manutención de la seguridad social, por ejemplo) para el incentivo de las cooperativas autogestionadas por las propias trabajadoras. Esto permitiría formalizar empleos o proyectos que se puedan encontrar en situación de economía sumergida. Una vez certificadas, las administraciones locales podrían promover que otras empresas las contraten o vehicular una contratación pública a partir del mismo.

9. A partir del punto anterior, se podría generar la regularización administrativa de trabajadoras del hogar. Es decir, con el incentivo económico por parte de la administración pública a cooperativas enfocadas en el THC, se podría propiciar la contratación de trabajadoras que estén en situación administrativa irregular.

4.1.4. Medidas fiscales

1. Ofrecer apoyo económico a las trabajadoras discontinuas (trabajan por horas para diferentes empleadores en la calidad de autónomas) para que puedan hacer frente a los impuestos derivados de esta situación.
2. Promover los mecanismos de apoyos económicos para el THC, permitiendo que la financiación de estos cuidados no recaiga en las familias y trabajadoras con pocos recursos y que no pueden asumir los costos de cuidados, precarizándose de esta manera el sector.

5. Reflexiones finales

Como hemos podido revisar a lo largo del presente capítulo las migraciones se piensan desde las políticas públicas como “económicas”, y las mujeres migrantes como “vulnerables”. En muchos casos, hasta la producción bibliográfica sobre el objeto “mujeres migrantes” ha servido de base discursiva para la formulación de políticas públicas orientadas a la intervención social centradas en la cuestión de la “vulnerabilidad”.

Partiendo de esta perspectiva prácticamente hegemónica, es que se han formulado y financiado programas y proyectos para atender a las “víctimas migrantes”, entendiendo la victimización como producto de la opresión de género (Santa Cruz, 2014), velando los mecanismos de opresión legal, institucional, laboral y social que se imponen ante sus vidas, tanto en los países de origen como en los de destino. Como sería el caso de las trabajadoras en el THC.

Es por ello que el saber discursivo ha terminado siendo utilizado para la creación y reproducción de dispositivos biopolíticos de poder (Monteros- Obejar, 2017), cerrando el circuito mediante el cual se excluye la agencia política de las migrantes. Se unen saberes y prácticas en la función de construcción de un sujeto victimizado, que parece no tener capacidad de agencia y participación. Es por ello que en este capítulo se han mostrado desde el ámbito local, como espacio próximo y con capacidad para innovar y transformar. Por un lado, una experiencia de resistencia surgida gracias al espacio compartido por diferentes colectivos, como espacio que ha derivado actuaciones de concienciación y empoderamiento de las trabajadoras del hogar y del cuidado, junto con una agenda política de actuación. Por otro lado, se ha mostrado una propuesta de agenda local que introduzca las reivindicaciones de ellas, como sujetos activos a la hora de pensar las diferentes actuaciones y políticas públicas que surgen de estas instituciones.

Es importante tener en cuenta que, las mujeres migrantes y, concretamente, las trabajadoras del hogar y del cuidado, mayoritariamente migrantes, se han hecho o se están haciendo un plan de vida en Cataluña. No son mujeres que están de paso, sino que están estigmatizadas por el hecho de ser personas migradas, por las situaciones tan complejas y muchas veces no comprendidas. Se debe tener en cuenta que la migración, sobre todo para las mujeres, es una oportunidad para el desarrollo personal e interpersonal reforzando su empoderamiento nato y femenino que permite generar sinergias de gran importancia, por el intercambio cultural y las experiencias de las diferentes circunstancias que se presenten en las sociedades de las que se procede.

Como el objetivo del capítulo fue enfocar las estrategias de resistencia desde la mirada de las trabajadoras migrantes, es también importante enfocar la atención hacia las que cuidan. Primero poniendo en valor el aporte fundamental que representan en la economía de los cuidados y el enorme papel que juegan como propulsoras del desarrollo económico del país. Además del apoyo y compañía que esta labor conlleva tanto para las familias como para la o el cuidado, ya que en muchos de casos se convierte en la unión de dos grandes soledades, la de la persona cuidada y la de la cuidadora migrante.

Como hemos visto una mujer migrante y trabajadora del hogar y del cuidado debe enfrentarse a una triple discriminación (de clase, género y etnia) que rodeará su proceso migratorio y laboral en la sociedad de acogida. Junto con las redes sociales que dirigen la ocupación de las mujeres migrantes en el THC, las políticas de inmigración en España como cómplices de una migración femenina conscientemente destinada a la triple discriminación o la oferta laboral en el THC ligada a las desigualdades de género, ya que como se ha analizado el sistema actual permite la perpetuación de comportamientos de desigualdad de género mediante el traspaso de las «tareas reproductivas» a otras mujeres en función de la clase social y la etnia a la que pertenecen.

En tal medida las instituciones locales pueden generar estrategias y políticas para facilitar los medios para que la decisión de migrar y de tener un mejor futuro no sea sabotada por el peregrinar burocrático que significa regularizar su situación administrativa, y también puede poner en práctica actuaciones en aras de resignificar y valorar el THC y, los cuidados en general, como ámbito fundamental de sostén de la sociedad. Así como tener en cuenta la participación activa de las trabajadoras del hogar y del cuidado, para generar políticas que tengan un impacto en el colectivo.

Bibliografía

COLECTIVO IOÉ (2001): *Mujer, inmigración y trabajo. Informe de investigación, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* Colección Observatorio Permanente de la Inmigración. Disponible en web: https://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_libros/show/id/42 [Consulta: 3 de abril de 2017].

CONSELL MUNICIPAL D'IMMIGRACIÓ (2017): *Propostes per a la dignificació i sensibilització en l'àmbit del treball de la llar i la cura de persones.* Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

CRUZ, María Angélica, REYES, María José y CORNEJO, Marcela (2012): “Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a”, *Cinta de Moebio*, 45, 253 – 274. Disponible en web: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n45/art05.pdf> [Consulta: 20 de julio de 2019].

ESCODE (2006): Impacto de una posible normalización profesional de la prostitución en la viabilidad y sostenibilidad futura del sistema de pensiones de protección social, Madrid: Escode. Disponible en web: <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/1d0dadcd7-f7bc-4040-9436-690f5a-0a4d41/5.+Impacto+de+una+posible+normalizacion+profesional+de+la+prostitucion...%28Castellano%29.pdf?MOD=AJPERES&CVID=> [Consulta: 3 de abril de 2017].

FORO PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS INMIGRANTES (2011): “La participación política de las personas inmigrantes”, en *Informe anual sobre la situación de la integración social de los inmigrantes y refugiados en 2011*. Madrid: Foro para la Integración Social de los Inmigrantes.

GREGORIO-GIL, Carmen (1996): *Sistemas de género y migración internacional: La emigración dominicana en la Comunidad de Madrid*. Tesis de Doctorado. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

GREGORIO-GIL, Carmen (2008): “Devenir mujer y antropóloga y transitar por el “campo” de los estudios migratorios”. En *IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. Los caminos de la libertad y la igualdad en la diversidad*. Rosario (Argentina).

GREGORIO-GIL, Carmen (2009a): “Silvia ¿Quizás tenemos que dejar de hablar de género y migraciones? Transitando por el campo de los estudios migratorios”. *Gazeta de Antropología*, 25. Disponible en web: http://www.ugr.es/~pwlac/G25_17Carmen_Gregorio_Gil.html [Consulta 1 de mayo de 2019].

GREGORIO-GIL, Carmen (2009b): “Mujeres inmigrantes, colonizando sus cuerpos mediante fronteras procreativas, étnico-culturales, sexuales y reproductivas”. *Viento Sur*, 104, 42-54.

GREGORIO-GIL, Carmen (dir.) (2010): *¿Por qué tienen que decir que somos diferentes? Las mujeres inmigrantes sujetos de acción política*. Granada: Universidad de Grana.

GREGORIO-GIL, Carmen y ARRIBAS-LOZANO, Alberto (2008): “En los márgenes de las cartografías del poder: Análisis de discursos y prácticas de asociacionismo y participación derivadas del hecho migratorio español”. En SUÁREZ, Lilia-

na; MARTÍN, Emma y HERNÁNDEZ, Rosalba (coords.) *Feminismos en la antropología: Nuevas propuestas críticas*. Donostia: Ankulegi, 259-274.

HARAWAY, Donna (1995): *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

MARTÍN-PÉREZ, Alberto (2004): “Las asociaciones de inmigrantes en el debate sobre las nuevas formas de participación política y de ciudadanía: reflexiones sobre algunas experiencias en España”. *Migraciones*, 15, 113-143.

MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel (2010): *Bienestar y cuidados. El oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC.

MESTRE I MESTRE, Ruth (2005): “Hilando fino: migraciones autónomas de mujeres para trabajar en la industria del sexo”. En HERNÁNDEZ, Manuel y PEDREÑO, Andrés (coords.), *La condición inmigrante: exploración e investigaciones desde la Región de Murcia*. Murcia: Universidad de Murcia.

MORELL, Antonio (2005): “El papel de las asociaciones de inmigrantes en la sociedad de acogida: cuestiones teóricas y evidencia empírica”. *Migraciones*, 17, 111-142.

MONTEROS-OBELAR, Silvina (2017): “Reconfiguraciones del estado de bienestar español: el ejemplo de la intervención con menores extranjeros en desamparo o infractores”. En GIMENO, Chabier y RODRÍGUEZ, Ainhoa, *Jóvenes, Adolescentes y Niños Migrantes: Nuevos Actores Migratorios*. Granada: Ediciones Bellaterra.

OSO, Laura (1998): *La emigración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer.

OSO, Laura (2008): “Mujeres latinoamericanas en España y trabajo sexual: un laberinto circular”. En HERRERA, Gioconda y RAMÍREZ, Jacques. (eds.), *América Latina migrante: estado, familias, identidades*. Quito: FLACSO-Se de Ecuador y Ministerio de Cultura del Ecuador.

OSO, Laura y RIBAS, Natalia (2007): “Empresariado étnico y relaciones de género: mujeres dominicanas y marroquíes en Madrid y Barcelona”. En BELTRÁN, Joaquín, OSO, Laura y RIBAS, Natalia (coords.), *Empresariado ét-*

nico en España (211 – 228). Madrid: Observatorio Permanente de la Inmigración i Fundación CIDOB.

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

PARELLA, Sònia (2007): “Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales, migrantes ecuatorianos y peruanos en España”. *Revista Migraciones Internacionales, El Colegio de la Frontera Norte*, 4 (2), 151-189.

PEDONE, Claudia (2006): *Estrategias migratorias y poder: tú siempre jalas a los tuyos*. Quito: Editorial Abya-Yala.

PÉREZ-OROZCO, Amaia (2010): *Cadenas Globales de cuidado: ¿Qué derechos para un régimen global de cuidados justo?*. Santo Domingo: UN-INSTRAW.

PONT-VIDAL, Josep (2005): “Aproximación al asociacionismo de inmigrantes extracomunitarios a partir de las teorías de la estructuración”. En SOLÉ, Carlota y IZQUIERDO, Antonio. (coords.), *Integraciones diferenciadas: Migraciones en Cataluña, Galicia y Andalucía* (201 – 217). Barcelona: Anthropos.

RED DE MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE (2014): *Impacto de la crisis sobre las mujeres latinoamericanas migrantes en España*. Madrid: Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

ROGERO, Jesús (2010): *Los tiempos de cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Colección estudios: Serie Dependencia, 12011. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

SANTA CRUZ, Úrsula (2014): “Violencias interseccionales y migración”. En *II Congreso de Estudios Poscoloniales y III Jornadas de Feminismo Poscolonial*. Buenos Aires, 9 al 11 de diciembre. Disponible en web: <http://www.intervencionesdecoloniales.org/wp-content/uploads/2017/08/Violencias-contra-mujeres-inmigrantes-Evidenciando-Matriz-de-poder-colonial.pdf> [Consulta 1 de junio de 2019].

SUÁREZ-NAVAZ, Liliana (2004): “Transformaciones de género en el campo transnacional: El caso de mujeres inmigrantes en España”. *La Ventana*, 20, 293-331.

Normativa de referencia:

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales (BOE, núm. 269, de 10-11-1995).

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE, núm. 98, 24-04-2012). Entra en vigor: 24 de abril de 2012.

Ley 9/2017, de 27 de junio de 2017, de universalización de la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, a través del Servicio Catalán de la Salud (DOGC núm. 7401, 29-06-2017).

Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y sume integración social. (BOE, núm. 10, 12-01-2000). Entrada en vigor: 1 de febrero del 2000.

Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por la Ley Orgánica 2 / 2009. (BOE, núm. 103, 30-04-2011). Entrada en vigor: 30 de junio de 2011.

Ley 18/2002, de 5 de julio, de cooperativas. (DOCG, núm. 3679, 17-07-2002). Entrada en vigor: 18 de julio de 2002..

Ley 12/2009, del 30 de octubre, del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. (BOE, núm. 263, 31-10-2009). Entrada en vigor: 20 de noviembre de 2009.

Recomendación núm. 201, sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, de 16 de junio de 2011. Organización Internacional del Trabajo.

Real Decreto núm. 1635/2011 miedo el que se modifica el Real Decreto núm. 1561/1995 sobre jornadas especiales de Trabajo (BOE, núm. 303, de 17 a 122.011). Entrada en vigor: 18 de diciembre de 2011.

**RECONeixEMENT, CORRESPONSABILITAT I
REDUCCIÓ DE LES DESIGUALTATS: LA MESURA
DE GOVERN DE DEMOCRATITZACIÓ DE LA CURA.
BARCELONA, 2017-2020.**

XAVIER RUBIO CANO

1. Introducció

Aquest article pretén contribuir a difondre, i en part reflexionar, entorn la nova política pública desenvolupada per l'Ajuntament de Barcelona des de 2015 (en la seva primera formulació) fins el maig de 2019, la Mesura de Govern de Democratització de la Cura (MGDC). Com a mostra d'una política pública que s'està realitzant des de l'àmbit local i que té per objectiu el reconeixement, la corresponsabilitat i la reducció de les desigualtats entorn les cures.

Per abordar aquesta experiència, el present capítol s'iniciarà amb una contextualització sobre el sorgiment de la MGDC a partir de les reflexions realitzades per l'economia feminista. En segon lloc, es farà incís en la fase de diagnosi, ja que ha sigut necessària per assentar les bases de la posterior definició de la Mesura i els eixos en que es distribueix. Seguidament, el gruix del capítol se centrarà en l'explicació de la MGDC, concretament en el procés d'elaboració, la definició dels eixos, instruments i tipus d'actuacions, seguit de l'explicació sobre el desenvolupament i l'avaluació que s'ha realitzat fins al moment. A més, a mode d'exemplificació i concreció d'aquesta política pública, es mostraran un seguit d'actuacions que s'han portat a terme. Finalment, el capítol es tanca amb un apartat on es recullen els reptes i les dificultats que s'han detectat durant aquest procés de treball, així com també les oportunitats que sorgeixen amb la posada en pràctica d'aquesta política. Amb el propòsit de mostrar algunes preguntes obertes i reflexions que han sorgit durant aquest procés, per tal que serveixi per repensar les polítiques

públiques que es vulguin desenvolupar en aquest aspecte posteriorment a la ciutat de Barcelona o en altres contextos.

2. Per què una mesura de govern? Com sorgeix?

El 26 de maig de 2017 es va presentar al Plenari de l'Ajuntament de Barcelona la Mesura de Govern per una Democratització de la Cura 2017 – 2020 (MGDC). Una mesura amb 68 actuacions adreçades a posar les cures al centre de les polítiques municipals i que comptava amb una dotació pressupostària inicial de 59 milions d'euros addicionals per al període 2017-2020.

Allò que la MGDC pretén impulsar, per assolir a mig i llarg termini, és una altra manera d'organitzar socialment la cura, des d'un punt de vista transformador. I aconseguir-ho a partir de tres objectius principals: I) reconèixer la cura com a part central de la vida socioeconòmica de la ciutat; II) promoure la corresponsabilitat de tots els actors socials a l'hora de garantir el dret a una cura digna i de qualitat; i III) reduir les desigualtats socials i de gènere que actualment caracteritzen tant la provisió com la recepció de les cures (Ajuntament de Barcelona, 2017: 3).

L'Organització Internacional del Treball (2015) es refereix al treball de cura com totes aquelles activitats realitzades per donar resposta a les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'una o més persones en l'esfera pública i/o en l'esfera privada, així com en l'economia formal, en l'economia informal i de forma no remunerada.

En aquest sentit, molt sovint les cures s'han vinculat amb aquests aspectes concrets. No obstant, analitzar-les des de l'economia feminista, a partir de la noció d'economia de les cures, fa que l'anàlisi vagi més enllà i s'abordi en base a una triple dimensió (econòmica, social i política), en el sentit que:

- Reconeix que les economies considerades productives se sostenen en el treball de cura que no és reconegut ni remunerat i, per tant, és necessari posar-lo en valor i treure'l de la invisibilitat;
- Busca combatre les múltiples desigualtats socials que acompanyen tant la provisió com la recepció de la cura,

- Defensa promoure la corresponsabilitat entre diferents actors socials, incloent-hi les administracions públiques, en la provisió i la recepció de la cura de manera justa i digna.

Des de la dècada dels anys setanta, l'economia feminista ha rebutjat, en primer lloc, delimitar l'interès i l'actuació de l'economia en el treball mercantil (històricament considerat masculí). En segon lloc, ha visibilitzat que el sistema econòmic capitalista necessita la divisió sexual del treball i el treball de cures no remunerat per subsistir. I en tercer lloc, ha reivindicat les importants aportacions realitzades des del treball no mercantil, no només al funcionament del conjunt del sistema socioeconòmic, sinó particularment en la cura de la vida humana i en la provisió de benestar (històricament considerat femení). En aquest sentit, l'economia feminista reivindica la vulnerabilitat i la (inter)dependència de la condició humana i defensa la centralitat de l'economia de les cures com un aspecte fonamental de la vida econòmica i imprescindible per al sosteniment de les necessitats humanes (Ajuntament de Barcelona, 2017: 3).

Per tot això, per la MGDC el gran potencial de l'economia de les cures és contribuir a treure la cura de la reclusió i la invisibilització històricament patida en l'àmbit familiar, a deslligar-la de la idea que és una cosa pròpia de les dones a les llars i/o de sectors laborals precaritzats, i a polititzar-la i construir-la com un fenomen objecte d'intervenció pública i d'acció social i econòmica. Així la MGDC té com a objectiu, dins el marc de les responsabilitats i competències municipals de l'Ajuntament de Barcelona, treballar en aquesta direcció.

3. Diagnosi/punt de partida

Des de setembre del 2015 a desembre del 2016, Sandra Ezquerra i Elba Mansilla¹, per encàrrec del Comissionat d'Economia Cooperativa, Social i Solidària i Consum i de la Regidoria de Cicle de Vida, Feminismes i LGTBI

¹ EZQUERRA, Sandra i MANSILLA, Elba (2018): Economia de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Col·lecció Estudis Temps i Cures. Accessible a: http://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/sites/default/files/economia_i_politica_13.pdf (Recurs web visualitzat el 3 de setembre de 2019).

de l'Ajuntament de Barcelona, recercaren quins haurien de ser els eixos principals d'una política transformadora i feminista de la cura a la ciutat de Barcelona. El seu objectiu fou explorar la provisió i recepció de cura a la ciutat, per tal de poder formular recomanacions d'actuació per democratitzar-la (Ezquerria i Mansilla, 2018: 9-10). Partint de la premissa que la cura constitueix un fonament imprescindible de la vida en comú i que, per tant, cal col·locar-la en el centre de les prioritats polítiques, socials i econòmiques, la recerca pretenia contribuir a l'impuls de l'economia de les cures a la ciutat d'acord amb un objectiu polític fonamental: la democratització de la cura, tant per a les persones que la proporcionen com per a aquelles que la reben. Això significa, específicament, reconèixer la cura com una part central de la vida socioeconòmica de la ciutat, promoure la corresponsabilitat de tots els actors socials a l'hora de garantir el dret a una cura digna i de qualitat, i treballar per reduir les desigualtats socials que caracteritzen, tant la provisió com la recepció d'aquesta.

Així calia tenir present l'existència d'una cruïlla que emergí amb l'esclat de la crisi de les cures i de la crisi econòmica: que l'entrada en crisi del model tradicional de la provisió es traduís en una recomposició reaccionària on gran part del pes tornés a recaure en les dones, sense rebre cap mena de reconeixement, o que la seva davallada provoqués el sorgiment d'una nova organització social de la cura basada en valors democràtics, tant per a les persones que la reben com per a aquelles que la proporcionen (Ezquerria i Mansilla, 2018: 21-22). D'aquesta manera, si es volia garantir la segona opció, calia començar a treballar per avançar cap a un model de cura que superés totes les mancances descrites i que tingués una clara vocació transformadora. Calia una agenda per intervenir en les causes generadores de desigualtat i no simplement en els seus efectes, convertint en objectiu polític prioritari la democratització del conjunt de relacions socials, econòmiques, institucionals i simbòliques que estructuren l'organització social de la cura; i garantir, a la vegada, que la provisió de la cura es caracteritzés per ser una cura de qualitat i universal, sense que això significués anar en detriment de la multiplicitat d'experiències, particularitats i trajectòries vitals que caracteritzen la vida a la ciutat - seguint a Pérez Orozco (2014) -, com ara diferents tipus de famílies, models de convivència diversos o orígens nacionals i culturals plurals.

La recerca de Sandra Ezquerria i Elba Mansilla, tal com es mostra a la taula 1, no només situà el marc interpretatiu sinó que també perfilà el marc d'eixos centrals i transversals de la MGDC i les seves dimensions (Ezquerria i Mansilla, 2018: 28).

Taula 1. Marc de la democratització de la cura. Eixos i dimensions.

Eixos centrals	Eixos transversals	
<p>Reconeixement de la centralitat social de la cura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorització social i simbòlica de la cura • Garantia que l'accés a una cura digna no s'associa a costa dels drets de cap altra persona <p>Socialització de la responsabilitat de la cura vers l'àmbit comunitari, les administracions públiques i el sector privat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialització de la cura vers l'àmbit comunitari • Socialització de la cura vers les administracions públiques • Socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre 	<p>Eliminació de la (mal) divisió social de l'organització social des d'una perspectiva interseccional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divisió sexual del treball en l'organització social de la cura • Divisió racial del treball en l'organització social de la cura • Divisió socioeconòmica en l'organització social de la cura 	<p>Apoderament entorn de l'organització social de la cura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoderament individual • Apoderament relacional • Apoderament col·lectiu

Font: Ezquerria i Mansilla, 2018: 28.

També s'elaborà d'un mapa/catàleg de serveis, programes i projectes municipals enfocats a la provisió i la recepció de cura o en altres àmbits, com el de l'educació, actualment existents a nivell municipal. I és que l'Ajuntament de Barcelona té una llarga tradició en accions de provisió pública de cura que calia posar en valor i alhora contextualitzar en un model de democratització de la cura i responsabilitat col·lectiva vers la sostenibilitat de la vida des d'una perspectiva de justícia de gènere. Aquell mapa/catàleg, posteriorment, es posà en relació amb els objectius estratègics per a la Democratització de la Cura que emergirien a la MGDC (consultable a Ezquerria i Mansilla, 2018).

4. Mesura de Govern per una Democratització de la Cura 2017 – 2020

4.1. El procés d'elaboració de la mesura

El procés d'elaboració s'inicià, a mitjans de 2016, en paral·lel i durant, al procés de diagnosi i recerca abans esmentat (Ajuntament de Barcelona, 2017: 4). Per a l'elaboració de la mesura es creà un grup motor encarregat de dinamitzar tot el procés (format per les àrees i departaments d'Economia Social, Feminismes i Transversalitat de Gènere) i, amb l'objectiu de teixir compromisos, aliances i col·laboracions; es creà una Comissió Interdepartamental, que és reuní tres vegades (d'octubre de 2016 a gener de 2017), on participaren diverses àrees i departaments municipals (més d'una quinzena). Comptà amb l'expertesa de persones i entitats referents en la matèria, per contrastar els resultats de l'anàlisi i les propostes fetes durant el procés de diagnòstic esmentat, i per incorporar noves actuacions i propostes. Aquest contrast tingué la voluntat de fer una valoració respecte a la coherència d'implementar una MDGC, i contribuir també, a establir prioritats en l'agenda de la política pública municipal a partir de la posada en comú de l'agenda política i social de les diferents entitats i moviments consultats. Es comptà amb la participació d'agents arrelats del moviment feminista i del moviment pels drets de les persones migrants i les treballadores de la llar. Alhora, participaren persones expertes acadèmiques i de la societat civil en matèria d'economia social i solidària des de la perspectiva de l'economia feminista i l'economia de les cures. També es comptà amb l'expertesa de sindicats, grups de criança compartida i cooperatives de treballadores de la llar (més d'una dotzena).

L'altra característica del procés d'elaboració i, del que acabà essent la mateixa MGDC, fou la transversalitat de gènere. Aquesta tendeix a ser definida, segons el Grup d'Expertes del Consell d'Europa (1999), com l'organització, la millora, el desenvolupament i l'avaluació dels processos polítics, de manera que una perspectiva d'igualtat de gènere s'incorpori en totes les polítiques, nivells i etapes. Així la Mesura es vincula amb d'altres polítiques que s'han desenvolupat en el marc de l'Ajuntament de Barcelona, com el Pla per la Justícia de Gènere (2016-2020), l'Estratègia contra la Femititza-

ció de la Pobresa i de la Precarietat a Barcelona (2016-2024), l'Acord Ciutadà per una Barcelona Inclusiva, l'Estratègia per l'Ocupació de Barcelona (2016-2020) i el Pla d'Impuls de l'Economia Social i Solidària (2016 – 2019).

El treball d'intercanvi d'informació en la Comissió Interdepartamental d'Economia de les Cures, les entrevistes i col·laboracions dutes a terme amb diferents direccions i departaments, foren clau per a la tasca d'identificació i vinculació de les accions i mesures existents amb el canvi de paradigma de centralització de la cura en l'actuació municipal.

4.2. Eixos, instruments i tipus d'actuacions de la Mesura de Govern de Democratització de la Cura

Per tal de complir l'objectiu d'impulsar l'assoliment, a mig i llarg termini, d'una altra manera d'organitzar socialment la cura, des d'un punt de vista transformador, la Mesura de Govern planteja dos eixos estratègics d'acció centrals i dos eixos estratègics transversals que travessen el conjunt d'actuacions incloses en la MGDC (Ajuntament de Barcelona , 2017: 13-14):

Dos eixos centrals:

A) Reconeixement de la centralitat social de la cura. Prendre en consideració la contribució econòmica del treball de cura per a la societat, sense perdre de vista qui realitza aquesta contribució. També implica mesurar aquestes contribucions amb enquestes i estudis, incloure la cura en el disseny de polítiques públiques, generar noves agendes discursives i nous imaginaris amb la finalitat de qüestionar les relacions de poder existents en la seva organització actual. L'objectiu ha de ser eliminar la cura com una externalitat inevitable de la vida moderna per construir-la com una activitat fonamental en una societat que prioritza la interdependència i la sostenibilitat de la vida. Reconèixer la centralitat social de la cura comporta, també com a qüestió fonamental, visibilitzar com l'organització social actual de la cura genera risc d'ex-

clusió social entre les persones que la proveeixen, independentment de si ho fan de manera remunerada o no. Aquestes persones tenen un pitjor estat de salut, major pobresa de temps personal i aïllament social, menor capacitat de desenvolupar projectes propis, i condicions laborals molt precàries. Dit d'una altra manera, quan l'accés a la cura és garantit, aquesta sovint és duta a terme a costa dels drets de les persones que la proveeixen.

B) Socialització de la cura. La redistribució de la cura ha adquirit en els darrers anys una força creixent en els debats entorn de l'organització social d'aquesta, traspasant de la transferència de responsabilitat sobre la cura i de càrrega de treball de cura entre dones i homes en el marc de les famílies i les llars privades, vers problematitzar el fet que la major part de la cura que les persones necessiten és proveïda en l'àmbit de la família. Així es proposa contribuir a reconèixer la seva importància i la seva centralitat social i econòmica, entenent la seva distribució com quelcom que s'ha de donar més enllà de les fronteres i la privacitat de les llars. Això és així no només perquè hi ha llars i/o famílies on no és possible una major redistribució (amb altes càrregues de cura i amb limitats recursos econòmics) o on la redistribució no és possible en absolut (llars monomarentals), sinó perquè el reconeixement de la centralitat de la cura comporta que el conjunt d'actors i institucions socials (la comunitat, les administracions públiques, el sector de l'economia social i solidària i el sector privat mercantil) l'assumeixin i se'n responsabilitzin. Aquesta socialització, comporta, doncs, una reducció del protagonisme —i resultant sobrecàrrega— de la família, i particularment de les dones, en el seu si, però sense eliminar el rol cuidador de la família i del vincle inherentment emocional de la cura.

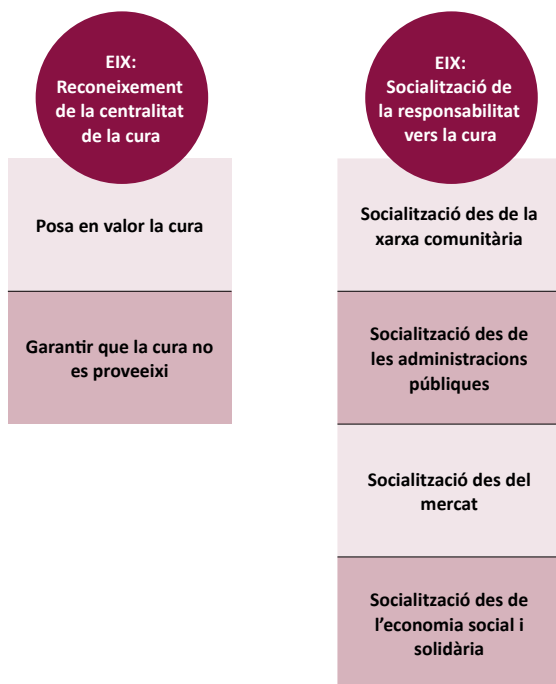
Dos eixos transversals que travessen el conjunt d'actuacions incloses en la Mesura de Govern són:

A) L'eliminació de la (mal)divisió social del treball que caracteritza l'actual organització social de la cura des d'una perspectiva interseccional. Aquest busca combatre estereotips i imaginaris de gènere i/o racials que promouen que la cura sigui proveïda de manera majoritària per dones i per

persones (dones també la majoria de les vegades) d'origen migrant en les diferents esferes socials. Això implica reforçar el paper dels homes en la provisió de les cures. També significa impulsar polítiques i accions per reduir les múltiples desigualtats estructurals que es produeixen per l'actual divisió social del treball inherentment injusta i precaritzadora.

B) L'empoderament individual, relacional i col·lectiu de les persones proveïdores i de les persones receptors de cura. Aquest esdevé rellevant perquè fomenta positivament el valor de la cura per part dels diferents actors implicats, així com perquè qüestiona l'aïllament en què habitualment la cura té lloc, fomenta espais de trobada entre diferents actors per compartir objectius transformadors i busca modificar les estructures que sostenen l'actual organització social de la cura.

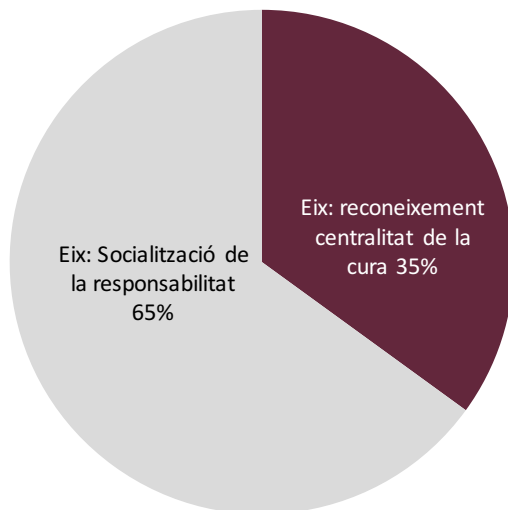
Gràfic 1. Eixos i objectius en que s'articulen les actuacions de la MGDC.



Font: Informe de Seguiment de la MGDC (Comissió Interdepartamental, març 2019).

A partir d'aquests eixos i per donar compliment als objectius de la Mesura de Govern, per al període 2017-2020, es van definir un total de 68 actuacions, distribuïdes per eixos estratègics de la següent forma²:

Gràfic 2. Distribució de les actuacions per eixos estratègics de la Mesura de Govern.

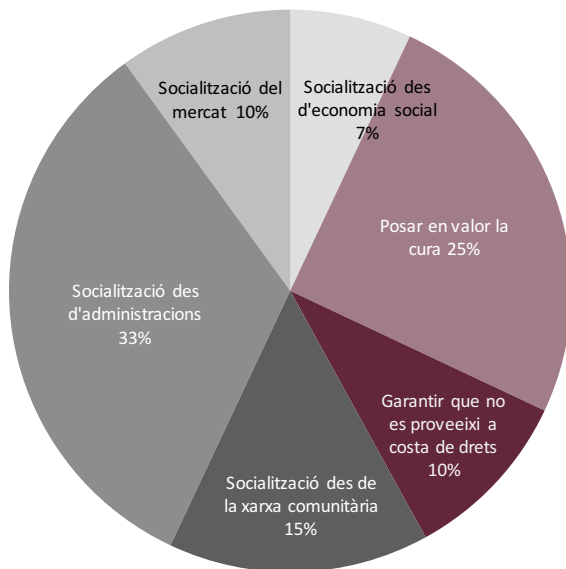


Font: Informe de Seguiment de la MGDC (Comissió Interdepartamental, març 2019).

L'Eix de Socialització de la responsabilitat vers la cura, que inclou un total de 44 actuacions, representa gairebé dues terceres parts (65%) del total de la Mesura de Govern. A la vegada, aquests dos eixos s'organitzen en 6 objectius, i les actuacions de la Mesura presenten la següent distribució en funció d'aquests:

² Per veure les 68 actuacions concretes i la seva distribució, accedir a: https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2017/06/05124906/MGDCures_web.pdf (Recurs web visualitzat el 3 de setembre de 2019).

Gràfic 3. Distribució de les actuacions per objectius de la Mesura de Govern.



Font: Informe de Seguiment de la MGDC (Comissió Interdepartamental, març 2019).

Així existeix variabilitat quant al nombre d'actuacions que es contemplen per a cada un dels objectius de la MGDC.

Pel que fa als objectius vinculats a l'eix estratègic de Reconeixement de la centralitat de la cura (en colors granates), aquell que incorpora més actuacions és el de *Posar en valor la cura*, que compta amb 17 actuacions (el que representa un 25% del total d'actuacions de la Mesura).

En el cas de l'eix estratègic de Socialització de la responsabilitat vers la cura (en colors grisos) destaca l'objectiu de *Socialització des de les administracions públiques*, que incorpora fins a 22 actuacions, situant-se com a l'objectiu que inclou més actuacions (representant un 33% del total d'actuacions de la Mesura).

Les actuacions també es poden classificar en funció de la seva naturalesa. A aquest efecte, s'ha fixat una tipologia que permet veure quins són els instruments de polítiques públiques més utilitzats per a la promoció de la

democratització de la cura des del govern municipal. En particular, s’han definit vuit tipus i la següent taula descriu el contingut de les actuacions incloses en cadascun d’ells:

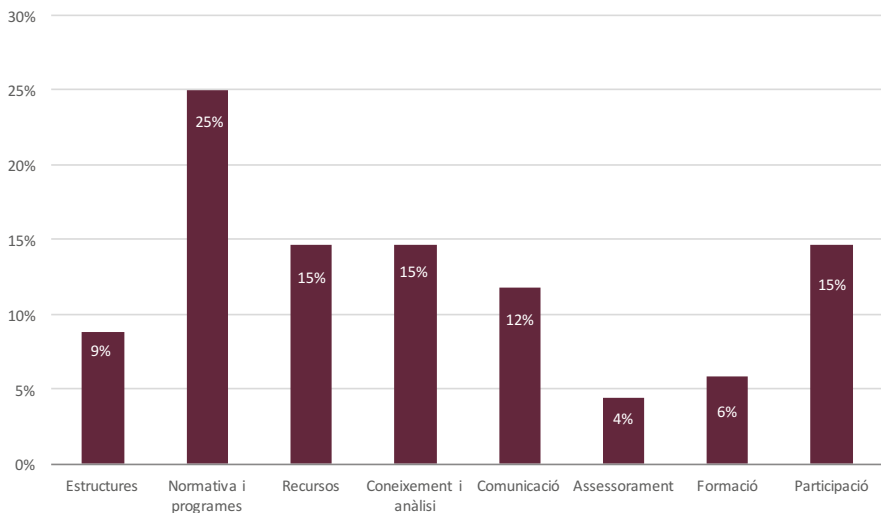
Taula 2. Tipologia d’instruments de polítiques per promoure la Mesura.

Nom	Descripció
Estructures	<p>Creació, impuls i manteniment d’estructures organitzatives per a la integració de la perspectiva de les cures en el funcionament i els processos de l’Ajuntament i en les seves polítiques. Inclou departaments, unitats, grups de treball, serveis públics, etc.</p> <p><i>Exemple d’actuació: “Creació de 10 noves escoles bressol municipals”.</i></p>
Normatives i programes	<p>Elaboració i implementació de normatives i instruments programàtics que s’orienten a la consecució dels objectius de democratització de la cura. Inclou mesures de govern, plans, programes, acords, clàusules, entre d’altres.</p> <p><i>Exemple d’actuació: “Nou programa “Preparats per cuidar” per promoure la corresponsabilitat dels homes en la cura a través de formació i assessorament als homes en l’àmbit sanitari, educatiu i de cures”.</i></p>
Recursos	<p>Atorgament de recursos econòmics (ex: subvencions, suport financer) i béns (ex: banc solidari de material, bossa d’hores).</p> <p><i>Exemple d’actuació: “Suport financer a l’adaptació funcional de la pròpia llar per les persones menors de 65 anys amb discapacitat permanent i/o adquirida per garantir més autonomia i l’estada al domicili”.</i></p>
Coneixement i anàlisi	<p>Elaboració i compilació d’informació que millori el coneixement entorn les cures i la situació de les persones treballadores, i la seva anàlisi. Inclou estudis, diagnòstics, avaluacions, mapeigs, desagregació de dades per sexe, creació indicadors, enquestes, etc.</p> <p><i>Exemple d’actuació: “Introducció en enquestes municipals (sociodemogràfica, de condicions de vida, etc.) d’indicadors d’usos del temps i de provisió de cures”.</i></p>
Comunicació	<p>Difusió d’informació per a la visibilització i sensibilització (interna i externa) en matèria de cures, incloent campanyes, exposicions, actes, jornades, etc.</p> <p><i>Exemple d’actuació: “Campanya de comunicació per reivindicar la importància de la cura i per promoure imaginaris inclusius i diversos de l’organització social de la cura”.</i></p>
Assessorament	<p>Prestació d’assessorament, acompanyament i suport tècnic per a la incorporació de la perspectiva de les cures en el conjunt d’instruments normatius i programàtics de l’Ajuntament.</p> <p><i>Exemple d’actuació: “Col·laboratori II, Laboratori d’idees i pràctiques d’economia social i solidària des de l’acció comunitària” un espai d’intercanvi de pràctiques que en la segona edició s’ha dedicat a les cures”.</i></p>

Formació	<p>Disseny i realització de cursos, tallers i capacitacions per tal de millorar el coneixement (de treballadors/es, funcionaris/àries i conjunt de la societat) en matèria de cures i la situació de les persones que hi treballen.</p> <p><i>Exemple d'actuació: "Accions de formació i validacions d'acreditacions de competències per a les persones cuidadores professionals en col·laboració amb els sindicats i l'empresariat".</i></p>
Participació	<p>Impuls de processos de participació ciutadana amb èmfasi en l'empoderament del moviment de dones i feminista, a través de la seva visibilització com a interlocutor legítim i la incorporació del coneixement, demandes i necessitats de les treballadores de cures.</p> <p><i>Exemple d'actuació: "Tallers específics i espais de trobada que promoguin la xarxa relacional i comunitària de suport per a persones cuidadores d'origen migrant".</i></p>

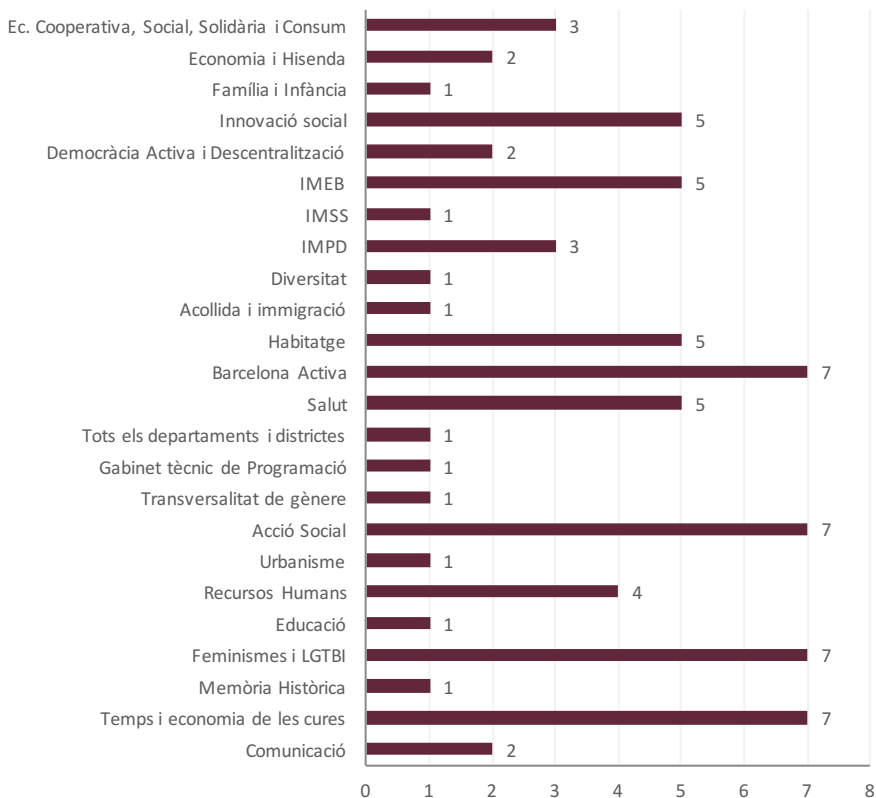
Font: Informe de Seguiment de la MGDC (Comissió Interdepartamental, març 2019).

Gràfic 4. Distribució d'actuacions per tipologia.



Font: Informe de Seguiment de la MGDC (Comissió Interdepartamental, març 2019).

Gràfic 5. Distribució d'actuacions per unitat organitzativa responsable.



Font: Informe de Seguiment de la MGDC (Comissió Interdepartamental, març 2019).

Pot servir com a indicador de la importància de la MGDC la implicació i participació, en el seu desenvolupament, de 24 unitats administratives de l'Ajuntament diferents (regidories, àrees, direccions, departament, etc.); així com que aquelles amb més actuacions assignades (7 actuacions) són Temps i Economia de les Cures, Feminismes i LGTBI, Acció Social i Barcelona Activa, superant l'àmbit tradicional de fer-ho, només, de la política d'acció social. D'altra banda, cal subratllar que moltes de les actuacions inclouen una important responsabilitat en l'àmbit dels diferents districtes de la ciutat. Cal tenir en compte que hi ha 4 actuacions que tenen més d'una unitat organitzativa assignada com a responsable, per això el còmput total (74) és superior al nombre d'actuacions de la Mesura (68).

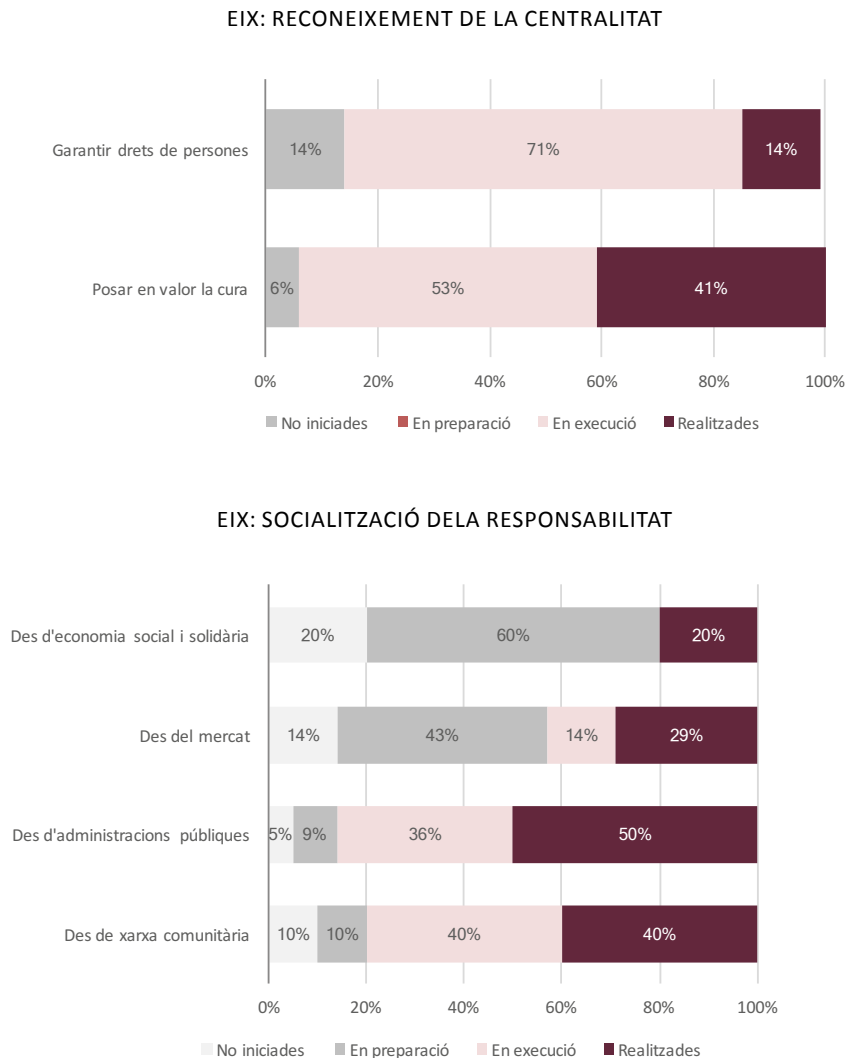
4.3. Governança, desenvolupament i avaluació

Per a la implementació de la MGDC es reforçà el Grup Motor impulsor inicialment configurat (Feminismes, Transversalitat de Gènere, Drets Socials, Economia Social i Solidària i de les Cures), incorporant nous referents de salut i de drets de ciutadania i diversitat. Així mateix, durant el procés d'elaboració es designà persones tècniques referents en matèria d'economia de les cures (en alguns districtes coincidint amb les persones de referència de transversalitat de gènere) a tots els districtes, com a pas fonamental per a la territorialització de la MGDC i el seu desplegament en els barris i districtes de Barcelona.

La Comissió Interdepartamental ha realitzat un seguiment global de l'execució i implementació d'aquesta, reunint-se com a mínim un cop l'any, en concret el març de 2018 i març de 2019. Aquesta ha estat formada per representants de cada un dels 10 districtes, del Departament de Transversalitat de Gènere; el Departament d'Atenció i Acollida per Violència Domèstica; el Servei d'Atenció a Homes per la promoció de relacions no violentes; l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat; l'Institut Municipal d'Educació de Barcelona; l'Institut Municipal de Serveis Socials; el Departament de Salut; Barcelona Activa i la Direcció de Serveis de Feminismes i LGTBI; d'Acció Comunitària; de Drets Civils i Diversitat; d'Intervenció Social; de Gestió i Relacions Laborals; d'Economia Cooperativa, Social i Solidària i Consum; la Direcció de Comunicació; la Direcció de Coordinació i Projectes Estratègics; i el Departament d'Economia Social i de les Cures i de Polítiques Alimentàries Urbanes.

A data març de 2019, la Comissió Interdepartamental avaluà l'estat d'execució de la MGDC i, així, als gairebé dos anys de presentació de la Mesura de Govern, el 91% de les actuacions es trobaven iniciades (a març de 2018 aquest percentatge era del 82%): 38% ja realitzades, 44% en execució, 9 % en preparació i 9% no iniciades, tal com es mostra al gràfic 6.

Gràfic 6. Distribució d'actuacions ja realitzades segons eix.



Font: Informe de Seguiment de la MGDC (Comissió Interdepartamental, març 2019).

A més de l'avaluació de seguiment que s'ha anat realitzant, prevista com una acció a efectuar anualment amb l'objectiu de realitzar un seguiment participatiu de la Mesura de Govern, el 10 de maig de 2018³ es va celebrar una jornada de debat en motiu del primer any del seu desenvolupament. L'objectiu era donar a conèixer la implementació de la Mesura a les entitats, agents i persones treballadores en l'àmbit de les cures i posar en valor actuacions que estan duent a terme altres agents de la ciutat que contribueixen als seus objectius. La jornada va reunir prop de 200 persones procedents de l'Ajuntament de Barcelona, d'empreses i entitats del tercer sector, d'universitats i d'altres col·lectius que treballen en l'àmbit de l'economia de les cures. Alguns elements que van aparèixer als debats oberts durant la jornada foren:

- Cal més visibilització de les mesures de Temps i Cures, mitjançant polítiques públiques municipals, a través de projectes que generin debat social.
- S'ha de procurar promoure la corresponsabilitat. Mirar al futur conjuntament i pensar en quin model de societat volem crear.
- S'han de continuar forjant aliances entre Ajuntament i Societat Civil.
- S'ha de repensar la forma en que es promouen aquest tipus de polítiques públiques.
- Continuar per aquest camí de visualització de les cures, emplaçant-nos a que arribi a altres nivells de l'Administració Pública.
- La cura ha estat moltes vegades la base i centre de la vida de les persones, i té un total impacte en el sistema socioeconòmic: sobre el temps, sobre la salut, sobre les famílies, sobretot de les dones, i en concret, de les dones migrades.
- Homenatge a les persones que estan de manera quotidiana donant serveis de cures, amb situació de vulnerabilitat. En aquest sentit, s'ha de fer pública la feina que fan de manera quotidiana.

³ Per a més informació accedir a: https://ajuntament.barcelona.cat/economia-social-solidaria/ca/noticia/jornada-democratitzant-la-cura-a-barcelona-2_666915 (Recurs web visualitzat l'1 de setembre de 2019).

- Necessari reconeixement de la cura i posar-la en el centre, que no sigui invisible, és important reconèixer la seva complexitat.
- Repensar com socialitzem la cura i com fem que altres sectors socials la reconeixin. És responsabilitat de les administracions públiques, de la societat, de tothom.
- S'ha de millorar la "pobresa del temps": Obrir una porta col·lectiva per a que sigui una iniciativa pionera, ja que la democratització de la cura és necessària.

4.4. Algunes actuacions principals ja executades

Com s'ha esmentat prèviament, s'han encetat diverses actuacions en funció dels dos eixos ja mencionats. De les 68 actuacions plantejades, a continuació s'exposaran un seguit d'aquestes.

Actuació 1: WEB "CIUTAT CUIDADORA"⁴

És una acció comunicativa basada en una pàgina web amb l'objectiu de reivindicar la importància de la cura i per promoure imaginaris inclusivament diversos de l'organització social de la cura. És un projecte transversal treballat des de la Direcció Comunicació Digital amb la Regidoria de Feminismes, Salut i Drets Socials i Economia Social i Solidària. Aquest ha treballat des de dos vessants, d'una banda en l'extensió del relat i la sensibilització i d'altra en la prestació de serveis. En funció d'aquestes dues vessants, l'objectiu de la pàgina web és visibilitzar el valor social de les cures; sensibilitzar sobre què són les cures i quina és la situació actual (feminització, alta precarietat laboral i gran presència de dones migrades). A més de presentar l'espai Barcelona Cuida com a centre pioner i oferir tota la informació relativa al nou servei, concentrar els serveis i els recursos disponibles a la ciutat en matèria de cures de manera sistematitzada i, per últim, oferir informació d'actualitat (notícies i activitats) al voltant de les cures.

⁴ Per més informació accedir a: <https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/ca> (Recurs web visualitzat l'1 de setembre de 2019).

Actuació 2: IMPULS D'UN DEBAT SOCIAL SOBRE ELS USOS DEL TEMPS, DES D'UNA PERSPECTIVA FEMINISTA I D'ECONOMIA DE LES CURES, INICIANT-LO AMB UNA PROVA PILOT A DOS BARRIS DE LA CIUTAT

S'executà, com a prova pilot a dos barris (Sant Andreu de Palomar i Guinardó), el projecte "Temps i cures al barri". El projecte va desenvolupar els següents objectius: sensibilitzar a la ciutadania sobre les diferències en els temps que destinen homes i dones a atendre les cures dels altres, i les dificultats en la gestió del temps de treball, temps de cura i d'atenció a la llar, i temps propi; recollir propostes de millora dels veïns i veïnes que representessin actuacions o canvis en la gestió d'equipaments o serveis del barri per tal de millorar la compaginació dels temps de treball i familiar amb la dels horaris dels equipaments i serveis; prioritzar actuacions i accions amb elements de viabilitat per tal de millorar els temps de cura de les persones que viuen als dos barris on s'implementà la prova pilot.

Actuació 9: DEFINICIÓ I IMPLEMENTACIÓ D'UNA MESURA DE GOVERN SOBRE URBANISME I GÈNERE QUE INCLOGUI LES NECESSITATS DE CURA DE LA POBLACIÓ.

El març de 2017, es va aprovar la Mesura de Govern "Urbanisme amb perspectiva de gènere, l'urbanisme de la vida quotidiana" que incloïa un paquet de mesures per integrar la mirada de gènere en totes les polítiques urbanístiques i aconseguir una ciutat més justa, igualitària, segura i sense barreres. Per garantir una vida quotidiana òptima i sense discriminacions, s'aplicaren criteris de transversalitat de gènere en grans projectes de transformació com la pacificació de la Meridiana, la nova xarxa de bus, les superilles i el Pla de barris. Es realitzà un mapa de ciutat a partir de marxes exploratòries per detectar on calia millorar l'espai públic, i a Gràcia s'elaborà un mapa de la xarxa quotidiana d'equipaments i serveis, que indicava les rutes accessibles i segures. També s'avaluaren els elements urbans que conformen el conjunt de mobiliari que s'instal·la a l'espai públic –bancs, fanals, papereres, etc.–, així com la seva disposició als espais on s'ubiquen considerant les necessitats de les persones segons el moment del cicle vital en què es trobin. D'aquesta manera, s'impulsava la introducció de les cures en l'espai públic.

Actuació 21: INSTAR A LES ADMINISTRACIONS COMPETENTS (AUTONÒMICA I ESTATAL), COL·LABORANT EN AQUESTA DIRECCIÓ AMB ELS MOVIMENTS I AGENTS SOCIALS MOBILITZATS, PER A MILLORAR ELS CONVENIS LABORALS I REFORMAR LA LEGISLACIÓ QUE REGULA EL TREBALL DE LA LLAR.

El Consell Municipal d'Immigració de Barcelona (CMIB) va elegir el treball de la llar i les cures com a tema central de l'any 2017, a proposta de diverses entitats coneixedores de la situació de greuge en l'àmbit laboral i social i de menysteniment dels drets de les persones que treballen en aquest sector, majoritàriament dones i migrades estrangeres. En el context d'aquest treball, s'aprovà el "Manifest per a la dignificació del treball de la llar i la cura de les persones" (setembre 2017), la declaració institucional, acordada pel Plenari del Consell Municipal de l'Ajuntament, per instar les administracions competents a reformar els instruments normatius que regulen el treball de la llar, com flexibilitzar requisits Llei estrangeria i ratificar Conveni 189 de l'OIT (desembre 2017). També es va acompanyar del posicionament de l'Ajuntament, conjuntament amb el Consell Municipal d'Immigració i el Consell de dones de la Ciutat, per la ratificació, del Conveni 189 de l'OIT (per establir condicions dignes per a les treballadores de la llar i de les cures), per part de l'Estat espanyol.

Actuació 23 i 24: SERVEI ITINERANT D'ORIENTACIÓ I SUPORT PER A DONES TREBALLADORES DE LA LLAR I LES CURES⁵

Davant la situació del treball de la llar i de cures, com a sector precaritzat, especialment desregulat, amb un nivell de protecció inferior a la resta de sectors, sotmès a condicions salarials i laborals clarament discriminatòries i amb un índex d'informalitat molt elevat, el servei itinerant ha ofert informació, orientació i suport a les treballadores de la llar i les cures. A més, ha col·laborat en la creació d'espais de suport i trobada amb les dones treballadores de la llar i les cures internes, per tal d'enfortir la seva xarxa relacional, i també ha aprofundit en el coneixement sobre les necessitats i demandes de les treballadores de la llar i les cures en règim d'interne, per tal de millorar l'actuació municipal al respecte.

⁵ Per més informació, accedir a: <https://ajuntament.barcelona.cat/premsa/2018/11/28/barcelona-orientara-en-drets-laborals-a-dones-treballadores-de-la-llar-i-les-cures-amb-uns-punts-dinformacio-mobils-a-les-corts-i-sarria-sant-gervasi/> (Recurs web visualitzat l'1 de setembre de 2019).

Actuació 23 i 24: GUIA “CUIDEM QUI ENS CUIDA, ÉS DE JUSTÍCIA!”⁶

Amb la col·laboració de l'entitat *Anem per Feina*, s'edita la guia, un document que vol esdevenir un recurs útil per afavorir la contractació justa i digna de persones treballadores de la llar. La guia vol acompanyar la ciutadania en el coneixement de la terminologia, la normativa aplicable, les responsabilitats i els passos a seguir per contractar persones de provisió de cures i suport a la llar. L'objectiu és donar resposta a la precarització del sector, caracteritzat per una profunda feminització i una presència molt significativa de dones migrades i que contrasta amb el fet que el treball de cures i la llar resulta fonamental en el sosteniment de l'economia i la reproducció de la vida, ja que és central en situacions de criança, dependència i envelliment.

Actuació 35: BARCELONA CUIDA. Espai d'informació i orientació⁷

A l'abril de l'any 2019, obrí al públic un nou equipament per donar visibilitat i posar a l'abast tots els recursos existents a la ciutat en l'àmbit de la cura. Aquest pretén ser un espai de referència per a facilitar la informació a la ciutadania sobre tots els serveis i recursos del territori, a través de diverses actuacions:

- Oferir una primera resposta integral a les persones protagonistes de la cura a la ciutat.
- Facilitar que les persones trobin la informació de manera unificada.
- Orientar i acompanyar a aquelles persones que ho necessitin.
- Oferir activitats i espais formatius a professionals i ciutadania.
- Promoure l'intercanvi i treball en xarxa dels diferents agents i dispositius.

6 Ajuntament de Barcelona (2018) “Cuidem qui ens cuida, és de justícia!": Guia de contractació i recomanacions per un treball just de provisió de les cures i de suport a la llar". Accessible en: http://ajuntament.barcelona.cat/tempscures/sites/default/files/guia_cuidem_qui_ens_cuida.pdf (Recurs web visualitzat l'1 de setembre de 2019).

7 Informació disponible a: <https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/ca/espai-barcelona-cuida/que-es> (Recurs web visualitzat el 3 de setembre de 2019).

Tenint present al públic a qui s'adreça (persones que cuiden familiars o persones properes, cuidadores remunerades a la llar –o precaritzades-, entre d'altres) l'Espai obre el primer dissabte i diumenge matí de cada mes.

5. Consideracions finals: preguntes obertes de futur

La Mesura de Govern de Democratització de la Cura té un abast temporal fins l'any 2020. Per tant, a mitjans de 2019 quan això s'escriu, i tot just constituït el nou consistori municipal, es preveu la seva continuïtat, amb alguns canvis en l'organigrama polític i tècnic. No obstant cal deixar obertes, a la manera d'un cert DAFO, algunes de les *preguntes* que caldrà anar donant *respostes* fins el 2020 i, en especial, en una segona *Mesura*. Alhora poden servir d'aprenentatge per d'altres administracions públiques locals i supralocals que vulguin plantejar polítiques de cures amb aquesta mateixa orientació i horitzó de democratització transformadora.

• REPTES:

Un dels principals reptes de la MGDC, és la necessitat que tota l'organització municipal, incorpori com a propi el nou marc conceptual que desenvolupa la mesura de govern, partint dels objectius que es proposen com el reconeixement, la corresponsabilitat i la reducció de les desigualtats en relació a les cures. Entenent que és una política amb una perspectiva transversal i que la visió de la que parteix ha de pol·linitzar totes les àrees, departaments i serveis.

- En conseqüència, s'esdevé la necessitat de replantejar les polítiques públiques que es vagin desenvolupant pels diversos serveis adaptades a aquest nou marc. Encara que no siguin aquells que tradicionalment han destacat per realitzar actuacions amb una major orientació en l'àmbit de cures.
- Definir amb una major concreció quins són els altres serveis que poden contribuir a desenvolupar el marc conceptual i els seus objectius i que encara no han desenvolupat actuacions en aquest aspecte. Per tant, abans d'ampliar actuacions, cal conceptualitzar-les amb l'experiència del desenvolupament de la MGDC durant 2018 i 2019.

- Perquè existeixi un reconeixement de les cures, una corresponsabilitat i una reducció de les desigualtats en l'àmbit de les cures, s'ha de realitzar una política molt ambiciosa, com ho és la Mesura de govern; tanmateix aquesta només és un primer pas. I en ser una política tan àmplia, és important plantejar la capacitat de sostenir-la, a través de la creació d'una estructura forta i la dotació de pressupost adient amb l'objectiu que es mantingui en el temps, malgrat els canvis que puguin existir en l'estructura de l'Ajuntament.
- Superar la tensió entre la visió "àmplia" de cura, que pren en consideració totes les diferents realitats de la societat, i la mirada més restringida que es centra específicament en la cura pal·liativa, la dependència; per tant cal entomar l'àmbit de l'activitat econòmica de cura i també la necessitat personal de cura associada. Per superar aquesta tensió cal adaptar els rols i rangs dins de la mateixa institució.

• DIFICULTATS:

El canvi de paradigma va més enllà de la política pública, on no només és suficient que la institució valori i socialitzi el treball de cura. Per tant, la capacitat que té la mesura de govern és limitada per transformar la societat en aquest aspecte si no s'acompanya d'altres canvis més globals.

- Les necessitats de cures cada cop són més creixents i aquestes són molt diverses, s'ha de destacar el fenomen de l'envelliment de la població. Per tant, es pot fer difícil abordar tots aquests aspectes, només i/o fonamentalment, des de les polítiques públiques locals.
- La necessitat de fer economia de les cures amb dignitat significa un canvi de model gran, on intervenen diversos factors com la legislació, el finançament i la conceptualització respecte a aquest aspecte.
- En aquest sentit, existeix una gran dependència de les altres administracions per realitzar canvis en pro de la democratització de les cures, com podria ser el terreny laboral, l'estrangeria o bé la mateixa dependència.

• **OPORTUNITATS:**

Amb l'elaboració i implementació de la mesura de govern, sorgeixen algunes oportunitats, entre elles la possibilitat de crear espais per compartir, dialogar, contrastar i esdevenir referències. En aquest aspecte, existeixen diferents qüestions que serveixen d'oportunitat per replantejar l'actuació en el marc de les cures.

- La necessitat d'avaluació i de generar dades i indicadors. A partir de la generació de la mesura de govern i l'especificació de mesures, s'obre la porta a fer un plantejament sobre el mode d'avaluació i alhora que serveixi per generar dades i indicadors que promoguin conèixer l'impacte de les polítiques de cures, així com la situació de la ciutat en aquesta qüestió.
- L'impuls d'aquesta política, pot comportar la formació i desenvolupament de capacitats en les mateixes persones tècniques que treballen en aquest àmbit.
- Pot ajudar a plantejar el divers paper de la institució dins el llarg cicle de vida, donat que cura no només és necessària en la infància i la vellesa.
- S'obre l'oportunitat de posar en valor la cura versus el reconeixement econòmic de la cura.

Com s'afirmava a la introducció, aquest article pretenia difondre i, en part reflexionar, donat que la MGDC té, encara, recorregut fins el 2020. Per tant les reflexions i anàlisi no s'esgoten ara i aquí i, per tant, no es pot concloure. Però si es pot acabar amb allò que va escriure Sandra Ezquerro (2017): “[la Mesura de Govern de Democratització de la Cura] politiza finalmente el cuidado y lo sitúa, en su globalidad y complejidad, y desde una mirada claramente feminista, como un ámbito de intervención de la política pública con el objetivo de contribuir a transformar el paradigma económico imperante, así como la posición histórica que las mujeres hemos tenido en él.”

Bibliografia

AJUNTAMENT DE BARCELONA (2017): *Mesura de Govern de Democratització de la cura. Barcelona 2017-2020.*

AJUNTAMENT DE BARCELONA (2019): *Informe de Seguiment de la MGDC.* Document intern.

CONSELL MUNICIPAL D'IMMIGRACIÓ (2017): *Propostes per a la dignificació i sensibilització en l'àmbit del treball de la llar i la cura de persones.* Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

CONSELL D'EUROPA (1999): *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas". Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming.* Madrid: Instituto de la Mujeres, Ministerio de Trabajo y asuntos sociales.

EZQUERRA, Sandra (2017): "La política feminista era esto". eldiario.es, 30 de maig de 2017. Disponible en web: https://www.eldiario.es/catalunya/opinions/politica-feminista_6_648895120.html [Consulta l'1 de setembre de 2019].

EZQUERRA, Sandra i MANSILLA, Elba (2018): *Economia de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona.* Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Col·lecció Estudis Temps i Cures.

ORGANITZACIÓ INTERNACIONAL DEL TREBALL (2015): *Women and the future of work- taking care of the caregivers.* Disponible en web: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_351297.pdf [Consulta l'1 de setembre de 2019].

PÉREZ OROZCO, Amaia (2014): *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital – vida.* Madrid: Traficantes de Sueños.

**POLÍTIQUES LOCALS PER MILLORAR LES CONDICIONS,
EL RECONeixEMENT I LA PROVISió DE CURES DES
D'UNA PERSPECTIVA FEMINISTA**

CHRISTEL KELLER GARGANTÉ I MIRIAM SOL TORELLÓ

1. Introducció

Les polítiques públiques enfocades a resoldre necessitats de cura de la població s'han centrat fins molt recentment en l'acció puntual de les polítiques de salut i les polítiques assistencials dirigides a problemes específics. Aquest model s'emmarca en els Estats del Benestar que, malgrat la seva diversitat, s'han construït sobre la base que les necessitats de cura quotidianes es resolen a les llars, majoritàriament per part de les dones. La divisió sexual del treball entre les tasques remunerades, desenvolupades a l'àmbit públic i considerades productives, i aquelles anomenades reproductives que es duen a terme a l'espai domèstic de forma gratuïta, continua perpetuant-se. Per aquest motiu, les crítiques feministes a l'Estat del Benestar s'han fonamentat en denunciar l'enquistament de les responsabilitats de cura a les llars en comptes de fer d'aquest un problema polític de primer ordre. La responsabilitat col·lectiva amb la cura ha estat la gran absència dels Estats del Benestar.

A partir d'aquesta crítica han sorgit diverses propostes feministes, posant l'èmfasi en una dimensió o altra del problema, que ofereixen marcs d'anàlisi per pensar mesures concretes. Les polítiques públiques no han quedat al marge d'aquests debats i han desplegat estratègies, programes i accions concretes que cerquen transformar l'actual organització de les cures. En aquest sentit, les polítiques d'igualtat de gènere han estat cabdals a l'hora de dialogar amb les polítiques assistencials, en les que s'emmarquen bona part de les polítiques de cures, per qüestionar les desigualtats que es reproduïen en el model de l'Estat del Benestar i incorporar-hi la perspectiva de gènere.

Bona part d'aquestes polítiques es materialitzen en el món local, malgrat el seu marc d'actuació vingui determinat a nivell estatal o autonòmic. Així, és en l'àmbit municipal on trobem exemples innovadors, transformadors i pioners que aterren les polítiques de cures al territori, tot incidint en el seu reconeixement, millorant les condicions en què es donen i garantint el seu aprovisionament.

En aquest text pretenem analitzar experiències concretes a nivell municipal que suposen un exemple de polítiques de cures des d'una perspectiva feminista en l'àmbit local, assenyalant tant les seves aportacions com les limitacions amb què es troben. El recull d'experiències cerca també visibilitzar la diversitat de polítiques de cures tenint en compte la realitat catalana, que es caracteritza per comptar amb un gran nombre de municipis petits.

El text s'estructura en dos grans blocs. D'una banda, es presenta un recorregut per les diferents aportacions feministes a les polítiques de cures, a partir de les seves contribucions però també de les limitacions i contradiccions que presenten. De l'altra, s'analitzen les experiències concretes de política pública dins el món local català que dialoguen amb les perspectives de polítiques de cures, fent emergir les bones pràctiques. Aquesta anàlisi permet identificar els elements de la política municipal que contribueixen a qüestionar i transformar l'actual organització social de les cures. Com a reflexió final, s'apunta cap a la necessitat d'articular aquests elements en una estratègia més àmplia i integral que involucri tots els agents i abordi totes les dimensions del problema des d'una perspectiva feminista.

2. Una aproximació feminista a les polítiques de cures

Les crítiques feministes a la conceptualització de l'Estat del Benestar han generat diferents propostes vers les polítiques de cures. Des del context anglosaxó s'ha desenvolupat el concepte de *social care* com a reclam per assumir la cura, amb totes les seves dimensions, com a responsabilitat pública. D'altra banda, i de forma encara emergent, s'està reivindicant un canvi d'enfocament per considerar la cura com un dret tridimensional que garanteixi (1) que totes les persones puguin rebre les cures que necessi-

ten, (2) que totes les persones puguin cuidar si ho decideixen i no es vegin obligades a fer-ho si no ho volen, i (3) que les persones que cuiden ho facin també en un marc de reconeixement efectiu de drets. Aquesta és la perspectiva que orienta les polítiques públiques a donar resposta a la vulnerabilitat que comparteixen totes les persones alhora que atorga la centralitat política que mereixen les cures.

Però, més enllà del compromís polític, com es concreten les polítiques de cures des d'una perspectiva feminista? Les mesures polítiques per sostenir la cura des del sector públic són diverses i, a vegades, fins i tot antagòniques. A continuació es presentaran algunes de les perspectives i instruments que s'han desenvolupat des d'una perspectiva feminista. Val a dir que la forma en què es concreten i combinen entre sí les diferents mesures és decisiva per assolir una transformació profunda i deixar enrere el model patriarcal d'organització social de la cura.

2.1. Estats del Benestar cecs al gènere

El model de l'Estat del Benestar va sorgir de la postguerra europea com un pacte institucional per amansir la lluita obrera. L'objectiu polític del moment era recuperar les economies, pel que era necessari apaivagar conflictes, i facilitar la reproducció de la força de treball al mateix temps que es preservava la pau social. Tal i com s'ha apuntat en el primer capítol (Ezquerra, en aquest volum), els Estats del Benestar s'erigeixen atorgant certs drets per garantir un mínim benestar material a la població, mentre que assumeixen que l'aportació imprescindible dels treballs de cures se segueix realitzant de forma gratuïta a les llars. Això implica una desresponsabilització política i de l'Estat en la reorganització de les cures, tot naturalitzant aquests treballs com a part de la responsabilitat femenina en l'esfera privada.

L'Estat del Benestar es presentava com un model cec al gènere i a la divisió sexual del treball. El subjecte de drets darrere les polítiques continuava sent un home, adult, blanc i heterosexual, una persona amb plena disposició pel mercat de treball i cap d'una família normativa, que en realitat

només pot sostenir-se gràcies al treball gratuït i invisibilitzat a les llars. Des de l'economia feminista s'ha confrontat aquest subjecte imaginari, l'homo economicus, egoista, racional i capaç de prendre les decisions que li permetin maximitzar el seu benefici; o l'home xampinyó hobbesià, que porta implícit l'ideal de l'autonomia i l'autosuficiència. Per contra, es reivindica la vulnerabilitat universal i la interdependència com a principi fonamental per repensar una organització social de les cures més justes. Totes les persones tenim necessitats de cura i les tenim al llarg de tota la vida, encara que varïi la seva intensitat, pel que totes necessitem a d'altres per poder sostenir el nostre benestar (Pérez Orozco, 2014).

Els límits de l'Estat del Benestar per assolir una organització social de les cures que no se sustenti en els privilegis (basats en el gènere, la classe, la procedència i l'edat) i que, al mateix temps, garanteixi a tota la població el dret a les cures, són substancials al model. Val a dir, a més, que el familiarisme que s'atribueix als règims mediterranis agreuja però no és l'element definitori de la desigualtat en el repartiment de les cures. Els Estats del Benestar es van fundar per preservar els interessos econòmics capitalistes, i això va ser possible mantenint una part variable dels treballs realitzats a les llars de forma invisible, gratuïta i naturalitzada, en mans de les dones.

2.2. La perspectiva del Social Care

Des d'aquesta perspectiva, la cura no es defineix únicament en termes de treball mercantil sinó com un espai més ampli de relacions, que pot donar-se dins o fora de les llars, però la seva rellevància rau en l'impacte que té sobre les condicions de vida de la població, i no sobre el mercat (Torns, 2008). Van ser Mary Daly i Jane Lewis (2000) les qui van desenvolupar el terme *social care* per mostrar la necessitat d'entendre l'organització social de la cura des de la perspectiva de la vulnerabilitat universal de les persones, i no com un conjunt de polítiques que atenen la cura com un problema excepcional i individual. El concepte *social care* s'ha desenvolupat precisament per referir-se a aquestes necessitats de cura més àmplies, que queden fora de les responsabilitats del *health care* (Moreno, Recio, Borrás i Torns, 2013). Aquest enfocament porta a ampliar la mirada del model d'Estat del Benestar per donar cobertura a les

necessitats de cura quotidianes, incloent les necessitats de cura de llarga duració que van en augment (Ezquerria, en aquest volum). Es presenta com una categoria heurística que permet incorporar la complexitat de la cura, incloent les seves dimensions materials i simbòliques, a la política pública.

La proposta del *social care*, seguint a Daly i Lewis (2000), inclou tres dimensions. La primera és la cura com a treball, posant l'atenció sobre les condicions en què aquest es desenvolupa, si es fa de forma remunerada o no, formal o informal, i quin és el paper que hi juga l'Estat en la seva reglamentació. La segona dimensió situa les cures en un marc normatiu d'obligació i responsabilitat, des d'un enfocament ètic i normatiu es fixa en les relacions socials de cures i el paper de l'Estat en atenuar o consolidar les normes socials vigents. La tercera dimensió concep els costos de la cura, financers, però també emocionals, per als diferents actors implicats.

Aquesta concepció obliga necessàriament a virar la mirada de l'enfocament familiarista, que relega la cura a les responsabilitats familiars en l'àmbit domèstic, cap a la individualització dels drets de cura. A més, la preocupació no se situa únicament en resoldre les necessitats de cura de la població sinó també en establir les condicions que permetin dur a terme la cura en el marc de les relacions interpersonals. És a dir, concebre la cura com un dret universal de ciutadania ens porta a reconèixer simultàniament la vulnerabilitat universal i la conseqüent responsabilitat col·lectiva i pública amb aquesta qüestió i, al mateix temps, la importància social de la cura com a conjunt de relacions, vincles i compromisos de les persones entre sí.

2.3. La cura com a dret

Quan ens referim a un enfocament de drets assumim que aquests són universals i que és responsabilitat dels Estats garantir-los. El dret a la cura és un dret social en construcció, que s'està materialitzant des de tres dimensions diferents: (1) el dret a rebre cura, (2) el dret a decidir tenir cura o no d'altres persones, i (3) el dret a unes condicions laborals dignes en el sector de la cura (Batthyany, 2015). Integrar la cura com el quart pilar de l'Estat del Benestar implica una alteració de les relacions entre família,

Estat i individu. El dret a la cura passa a ser un dret universal de totes les persones, independentment que comptin o no amb una família que les pugui sostenir i també dels recursos econòmics que facilitin les solucions per la via del mercat. En l'enfocament de drets, l'Estat deixa de considerar-se subsidiari i corrector de les fallides del mercat o de la família, i passa a ser considerat garant de drets. El dret a la cura opera sobre dos subjectes diferents: qui té cura i qui rep la cura. Cal reconèixer el dret a rebre cura quan emergeix aquesta necessitat, però també cal que les persones tinguin dret a decidir tenir cura o no tenir-ne. Això implica, d'una banda, que es proveeixin polítiques que permetin a una persona tenir-la quan ho desitgi (com els permisos parentals remunerats); i també les polítiques necessàries perquè aquelles persones que no vulguin tenir cura puguin decidir lliurement (bàsicament serveis que assumeixin aquesta tasca). El dret a no tenir cura és potser el més controvertit, perquè es pot interpretar com el risc socialment desmoralitzant de l'abandonament de les persones més vulnerables. Cal recordar, en aquest sentit, que aquest dret no vol dir «obviar les obligacions de cura incloses en lleis civils i tractats internacionals, sinó trobar mecanismes per compartir aquestes obligacions¹» (Ibid: 11). A més, cal tenir en compte que aquest és un dret del qual els homes han gaudit històricament a costa de les dones, del que es tracta ara és d'universalitzar i acabar amb l'obligació moral de les dones amb la cura.

A l'Estat espanyol, la *Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència*, coneguda com a Llei de Dependència (d'ara en endavant LAPAD), ha suposat l'avanç més significatiu en aquesta direcció. Com ja s'ha apuntat anteriorment (Ezquerria, Roca, en aquest volum), la LAPAD marca un punt d'inflexió deixant enrere el vell model contributiu i assistencial, orientat a les persones amb menys recursos, per donar pas a polítiques universals que defensin el dret social a l'autonomia de les persones (Tobio et. al, 2010). Per primera vegada es reconeix a l'Estat espanyol el dret individual a la cura com un dret de ciutadania.

Malgrat les bones intencions, com s'ha esmentat, la LAPAD ha tingut molts problemes des del seu plantejament fins a la seva execució, pel fet d'apostar

1 Traducció de les autores.

finalment per la prestació econòmica per a cures en l'àmbit familiar, d'afavorir el creixement del sector privat i, finalment, pels problemes de finançament en el marc de les polítiques d'austeritat que van minar dràsticament el desplegament de la LAPAD, tot i que els darrers anys ha remuntat parcialment (Observatorio de la Dependencia, 2019).

2.4. La justícia social i de gènere a les polítiques de cura: redistribució, reconeixement, reducció

Més enllà de les propostes per avançar en el reconeixement de la cura com a qüestió política, les propostes feministes no sempre han anat en una mateixa direcció, especialment a l'hora de concretar quines mesures desenvolupar de cara a una nova organització social de la cura. D'una banda, les perspectives que veien la cura com una càrrega i una forma d'explotació vers les dones van centrar la seva agenda política en treure gran part de la cura de les llars, transferint-la als serveis públics, i també en repartir la cura entre dones i homes, per acabar amb l'abús que suposa que els segons es beneficiïn del treball gratuït de les primeres. Altres perspectives, en canvi, han posat l'accent en procurar que la cura pugui desenvolupar-se amb la dedicació que es mereix, preservant les relacions interpersonals i afectives en la seva prestació, i reconeixent el paper fonamental de les persones que la duen a terme. Nancy Fraser (2015) ha situat aquestes dues perspectives feministes al voltant de dues demandes centrals en les polítiques de cura: la redistribució i el reconeixement.

Unir aquests dos tipus de polítiques no és un repte fàcil, atès que les dues dimensions interactuen entre si i, si es conceben per separat, avançar en una pot portar a retrocedir en l'altra. Fixar-se únicament en la redistribució, a parer de Fraser (2015), seria adoptar el model *proveïdor universal* que, seguint les tradicions del feminisme de la igualtat, proposa l'entrada de les dones al mercat de treball en les mateixes condicions que els homes, és a dir, a jornada completa i amb salaris suficients per constituir-se com a proveïdors principals de la família en igualtat respecte als homes. En canvi, centrar-se en el reconeixement, faria referència al model de *paritat per a qui té cura* que, lligat al feminisme de la diferència, busca compensar les

persones (dones) que emprenguin una carrera professional discontinua marcada per períodes de dedicació variable a les cures. Però aquests dos models es mostren insuficients per aconseguir la justícia social i de gènere. El primer, pel seu marcat androcentrisme que impossibilita la igualtat en el reconeixement de tots els treballs, i el segon, perquè no aconsegueix la igualtat econòmica real de dones i homes. Una tercera proposta supera les limitacions de les dues anteriors, a la qual l'autora anomena model de *cuidador universal*. En aquest, tots els llocs de treball estarien dissenyats per a persones que també tenen cura d'altres, el treball de cures informal tributaria en la seguretat social de la mateixa manera que l'ocupació, i la societat civil es faria càrrec d'una part creixent de les cures des d'una gestió democràtica i autogestionada.

Aquestes dues dimensions, la redistribució i el reconeixement, així com les tensions que comporta la relació entre totes dues, han d'estar molt presents a l'hora d'elaborar agendes polítiques de la cura en clau feminista. Partint d'aquestes tensions, Valeria Esquivel (2015) ha dut a terme una materialització de les propostes de Fraser en una agenda de cures transformadora, per això desenvolupa les mesures del reconeixement mitjançant la visibilització de la cura, incloent la seva mesura en temps i diners, la seva presència transversal en les polítiques públiques, i l'elaboració d'agendes discursives que qüestionin i presentin alternatives al model actual. Esquivel afegeix una tercera "R", de reducció, per apuntar la necessitat de desenvolupar infraestructures que alleugereixin la sobrecàrrega de la cura i disminueixin la pobresa de temps de les cuidadores que s'agreuja amb una infraestructura inadequada.

Aquest mateix model està a la base de la proposta política de Sandra Ezquerria i Elba Mansilla (2018) per a l'Ajuntament de Barcelona. Tal com s'ha exposat anteriorment (Rubio, en aquest volum), les autores proposen un marc de democratització de la cura que recull i concreta tant la proposta de Nancy Fraser com la de Valeria Esquivel.

2.5. Els efectes dels diferents tipus de polítiques de la cura des d'una perspectiva de gènere

Tot i que les diferents polítiques solen combinar-se entre si, cadascuna d'aquestes serveix millor per a un propòsit o un altre. A continuació, es presenten les polítiques orientades a donar resposta a les necessitats de cura que solen dividir-se en tres categories: les polítiques del temps, les transferències monetàries i els serveis de cura. A més, s'afegeix una quarta categoria de polítiques de transformació urbana específicament pensades per facilitar la cura.

2.5.1. Polítiques del temps

Les polítiques de temps són aquelles dirigides a reduir el temps de treball remunerat per possibilitar la cura a les llars, que representen una part important de les conegudes com a mesures de conciliació. No obstant això, hi ha un espectre més ampli de polítiques de temps que pren com a referent la proposta de llei que es va plantejar als anys 80 a Itàlia anomenada "Les dones canvien els temps". Aquesta va suposar una ampliació de la mirada sobre les polítiques de temps incloent, a banda d'aquelles centrades en el treball, les polítiques centrades en el cicle vital, per exemple, les d'envelliment actiu i també les polítiques de temps a la ciutat, que promouen l'adequació dels horaris dels diversos serveis i una organització que faciliti incorporar la cura en la vida quotidiana d'una manera més folgada (del Moral, 2012; Legarreta, 2014). Les polítiques de conciliació, en general, han tendit a reforçar el paper de les dones com a cuidadores i el seu rol secundari en el mercat de treball. D'una banda, la desigualtat en els permisos de maternitat i de paternitat ha estat en el focus de les crítiques feministes en considerar que aquesta reforça la divisió sexual del treball i la discriminació de les dones en el mercat laboral². D'altra banda, tots aquells drets laborals dels que cada treballador o treba-

² Actualment a l'Estat espanyol s'està donant un debat al voltant de l'aprovació dels permisos de paternitat iguals i intransferibles, una proposta feminista històrica, que està topant amb l'oposició des d'altres postures dins el feminisme per part d'aquelles que consideren que la proposta no respecta els drets de les mares i de les criatures. Critiquen que s'està prioritant la igualtat en el mercat, però no s'està reconeixent realment el valor social de la cura, la contribució que fan les mares i el seu dret a realitzar-lo en millors condicions, és a dir amb permisos de maternitat més llargs. A falta de l'allargament dels permisos de maternitat, des d'aquesta postura es reclama la transferibilitat dels permisos dels pares perquè cada família decideixi com distribuir-los.

lladora disposa “lliurement”, com excedències i reduccions de jornades, els prenen principalment les dones, al que cal afegir que en no ser remunerades reforcen la invisibilitat i gratuïtat d'aquests treballs i l'empobriment associat. Per superar les polítiques del temps lligades a la conciliació, es plantegen un altre tipus de mesures com la reducció generalitzada de la jornada de treball de totes les persones per ampliar els temps disponibles tant per a la cura com per a altres activitats de participació política i comunitària o d'oci.

Les polítiques de cycle de vida, per la seva banda, tenen l'objectiu de visibilitzar tant la vulnerabilitat universal com la diversitat de necessitats al llarg del cycle de vida, trencant amb l'ideal masculí «rígido, lineal i productivista de viure la vida: formació- treball-jubilació»³ (del Moral: 119). La proposta alternativa es refereix a possibilitar l'alternança, durant tota la vida, de cycles d'estudis, formació, excedències de treball, sense que res d'això suposi un perjudici en termes de renda. Les polítiques de temps a la ciutat es refereixen a l'adequació dels horaris entre el comerç i els serveis públics i privats pel que fa als horaris laborals. Aquesta mesura permetria disminuir la pobresa de temps que afecta les dones que assumeixen flexibilitzar els seus propis temps per possibilitar els diferents usos de la ciutat per a tota la família. Aquestes polítiques es vinculen sovint amb polítiques urbanes de reordenació del territori que tenen per objectiu influir en els temps de la ciutat, com pot ser el transport públic, encara que sovint ho facin obviant els treballs de cures (idibem).

2.5.2. Transferències monetàries

Es tracta de contraprestacions econòmiques per la dedicació a la cura en l'entorn familiar, inclou tant polítiques fiscals com el que es coneixen com a “xecs”, que serien transferències econòmiques destinades a un concepte de cura (per exemple, el xec nadó per a la cura a la primera infància o el xec per a contractació de treball de la llar). Aquest tipus de mesures reconeix el cost que suposa la cura, tot i que assumeix una part ínfima del mateix. Per això, per a l'Estat és una política molt barata en comparació amb d'al-

³ Traducció de les autores.

tres, com la creació de serveis públics. Quan és la persona cuidada qui rep la transferència, aquesta mesura reconeix el dret d'elecció individualitzada sobre quina cura vol rebre i per part de qui. Però aquestes mesures no interfereixen en com es presta la cura, és a dir, ni en la qualitat de tracte que reben les persones cuidades, ni en els drets i condicions laborals de les persones cuidadores, siguin remunerades o no. Per aquest motiu, tendeixen a reproduir l'assumpció de la cura per part de la família (dones) i a desresponsabilitzar a altres agents de la cura (Razavi, 2007) així com a contractar serveis en precari.

Les transferències monetàries tendeixen a produir el model de *paritat per a qui té cura* (Fraser, 2015), assimilant els drets de qui es dedica a la cura respecte als de qui es troba al mercat. S'adequa molt bé amb les reivindicacions de les tasques maternals i tradicionalment femenines i amb el reclam del dret a cuidar, però no qüestiona la divisió sexual del treball i reforça el fet que hi ha una part de la població que es troba "alliberada" de les seves responsabilitats de cura. El repte d'aquestes polítiques és reconèixer i valorar aquests treballs, atorgant drets econòmics i socials a les persones que els realitzen, sense reforçar la segregació sexual de la cura i l'exculpació d'algunes persones amb aquesta responsabilitat (Batthyany, 2015).

2.5.3. Serveis de cura

Els serveis de cura es poden realitzar a la llar, en espais institucionalitzats o poden ser proporcionats per part del lloc de treball (Íbid). Des d'una perspectiva feminista, s'acostuma a defensar que els serveis són la millor opció. Els principals avantatges són: revaloritzar el treball de cures al treure'l de les llars i remunerar-lo; generar llocs de treball de qualitat en el sector de les cures, ocupats fonamentalment per part de dones; donar a les cuidadores no remunerades més opcions de trobar una feina i millorar la qualitat tant per a les persones cuidadores com per a les cuidades (Razavi, 2007). El fet que es realitzin en el sector públic no garanteix una professionalització de tots els treballs de cures equiparable a altres sectors però, si més no dona unes mínimes garanties sobre les condicions laborals (Recio i Moreno-Colom, 2015). El principal inconvenient per al seu desenvolupament és que requereix d'un ele-

vat finançament. Els serveis es contempen tant en un model de *perceptor universal*, per alliberar totes les persones per al mercat de treball; com en un model de *cuidador universal*, on els serveis han de complementar-se necessàriament amb polítiques de temps que possibilitin el dret a tenir cura de totes les persones.

2.5.4. Infraestructures per a la cura

Les polítiques que generen infraestructures es podrien considerar mesures indirectes de cura, en tant que possibiliten que aquesta es pugui dur a terme en millors condicions. Aquestes polítiques incideixen tant en la qualitat de la cura, permetent que aquesta es dugui a terme en l'espai públic en bones condicions; com facilitant la tasca a les persones cuidadores, minvant la sobrecàrrega i fins i tot la pobresa de temps. L'urbanisme feminista ha denunciat l'ordenament urbà androcèntric, que prima els usos de l'espai públic vinculats a les tasques productives, amb una important presència del transport privat i una creixent privatització de l'espai públic (Muxí, Casanovas, Ciocoletto, Fonseca, i Gutiérrez, 2011). Com a contraproposta se suggereix el model de *ciutat cuidadora* per pensar "ciutats que ens cuidin, que tinguin cura del nostre entorn, ens deixin cuidar-nos i permetin tenir cura d'altres persones"⁴ (Valdivia, 2018: 79). Aquest model alternatiu inclou el desenvolupament del suport físic necessari per desenvolupar les tasques de cura que es concreta, per exemple, en espais públics amb jocs infantils, banys públics, espais amb vegetació, bancs i taules, a més de l'accessibilitat per a tot tipus de mobilitat. "La ciutat cuidadora afavoreix l'autonomia de les persones dependents i, a més permet conciliar les diferents esferes de la vida quotidiana"⁵ (Ibid: 80). Les infraestructures per a la cura no tenen un impacte directe sobre la redistribució de la cura entre persones, encara que el fet de treure-la de l'aïllament de les llars hauria de facilitar, com a mínim, que aquestes tasques siguin més compartides en col·lectiu. El que sí aconsegueix el model de *ciutat cuidadora* és el reconeixement, donant visibilitat i centralitat a la cura a la vida de les ciutats. A més, les infraestructures també

4 Traducció de les autores.

5 Ídem.

poden tenir un impacte directe en la reducció de la càrrega de treball que suposa el tenir cura, facilitant la mobilitat o proporcionant espais segurs per a infants en els que esdevinguin més autònoms.

3. Polítiques de cures a l'àmbit municipal

Els marcs generals que orienten les polítiques de cures són d'àmbit estatal, i pels municipis pot ser difícil fer front a les mancances derivades d'un model que no acaba de reconèixer la cura com a quart pilar de l'Estat del benestar. Hi ha algunes mesures crucials per al canvi de model que escapen de les competències i de les possibilitats reals dels municipis, com serien exemple: el desplegament integral de la LAPAD amb el consegüent reconeixement integral i universal del dret a la cura i del dret a les persones a decidir no cuidar algú i, sobretot, no fer-ho sense un suport significatiu; la ratificació del conveni 189 de l'OIT que obliga a igualar els drets de les treballadores de la llar a la resta de sectors d'ocupació, dignificant i professionalitzant completament aquest treball; o bé la revisió de les anomenades polítiques de conciliació, perquè incloguin el principi de corresponsabilitat dels homes, però també l'orientació cap a la sostenibilitat de la vida que es veu atacada per una legislació laboral que entorpeix cada vegada més posar les cures al centre.

Tanmateix, l'àmbit local és l'escenari on es materialitzen la major part de les polítiques de cures, especialment aquelles que tenen a veure amb serveis d'atenció directa a les persones, així com algunes polítiques de temps, transferències monetàries i gran part de les infraestructures. Tot i que els marges d'actuació es vegin definits per marcs legislatius més amplis, només algunes mesures passen directament de l'Estat a l'individu sense passar per la gestió i la política municipal. És en aquest espai on el paper dels ens locals és fonamental per proposar models i iniciatives que millorin les polítiques de cures en la seva concreció, tot ampliant la resposta política, millorant les condicions de treball i de vida de les persones cuidadores, i generant models de pobles i ciutats que donin a la cura la centralitat social que mereix.

3.1. Cinc exemples locals per pensar en les polítiques de cures

A continuació es presenten cinc polítiques municipals adreçades, des de diferents àmbits i dimensions, a modificar l'actual organització social de la cura: el Servei d'Atenció al Domicili d'Arbúcies, la cooperativa Cuidem Lluçanès, La Baldufa. Espai Municipal per a la Infància de Vilanova i la Geltrú, la Xarxa de suport a les famílies cuidadores de Tarragona i la Plaça d'en Baró a Santa Coloma de Gramenet. Tenint en compte els diferents tipus de polítiques abans esmentades, la majoria es refereix a serveis que atenen directament a persones amb necessitats de cura específiques vinculades al cicle de vida o a l'estat de salut, però també hi ha serveis adreçats a les persones cuidadores, infraestructures per a la cura i un exemple, petit però significatiu, de transferència monetària per a la cura. Els casos que es presenten han estat escollits perquè incorporen elements d'innovació des de diferents perspectives, ja sigui en la mirada sobre el problema, en les solucions que es proposen o en la forma de gestió que han triat per fer-ho. La narració d'aquestes experiències ha estat gràcies a entrevistes semiestructurades en profunditat realitzades amb les persones referents de cada política entre els mesos d'abril i juny de 2019⁶ i a la consulta online d'informació relacionada en aquest mateix període. Després de presentar aquests cinc casos es recuperen aquells elements que hem considerat que permeten parlar de bones pràctiques i orientar la política municipal cap a un model de cures amb perspectiva feminista.

3.1.1. El Servei d'Ajuda al Domicili d'Arbúcies

El Servei d'Ajuda al Domicili (d'ara endavant, SAD) és un dels serveis que ofereix el catàleg de serveis socials lligat a la LAPAD, tal i com s'ha descrit anteriorment (Ezquerria, Roca, en aquest volum). El servei engloba tant l'atenció de les necessitats domèstiques i de la llar com l'atenció personal de la persona en situació de dependència acreditada, i té lloc al domicili.

6 Regidor d'Atenció a les Persones, Cooperació i Personal Municipal de l'Ajuntament d'Arbúcies; tècnic del Consorci del Lluçanès; membre de la cooperativa Cuidem Lluçanès; directora de La Baldufa. Espai Municipal per a la Infància de Vilanova i la Geltrú; tècnica de l'Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona; tècnica de Serveis a les Persones de l'Ajuntament de Tarragona; membre de la cooperativa d'arquitectura feminista Equal Saree; directora d'Urbanisme, Espai Públic, Via Pública i Civisme a l'Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet.

Aquest servei és de titularitat municipal, malgrat que la majoria d'ajuntaments han externalitzat la gestió a empreses del sector. Tal i com s'ha apuntat anteriorment (Roca, en aquest volum), la concertació del servei a través d'empreses del sector ha contribuït a la ràpida generació d'un nou nínxol de mercat associat a l'aprovisionament de cures i treball a la llar, que ha prioritzat la cerca del benefici econòmic en detriment de la qualitat del servei i de les condicions laborals de les professionals.

Segons la persona entrevistada, en aquest context, el 2011 l'equip de govern de l'Ajuntament d'Arbúcies decideix realitzar un estudi sobre les necessitats de les persones grans al municipi que evidencia mancances en el SAD, entre d'altres problemes. Paral·lelament, el govern local aposta per confrontar la lògica lucrativa, recuperant les competències municipals en la matèria, d'una banda, i enfortint les economies socials i transformadores, de l'altra. Amb aquest doble propòsit es crea un model de cogestió públic-privat entre l'Ajuntament i una cooperativa local del sector, que funciona com un sol equip a partir d'una comissió gestora formada per càrrecs tècnics municipals, càrrecs polítics i personal de la cooperativa.

El SAD respon, en si mateix, a una política de serveis de suport al treball de cures, que contribueix a la seva revalorització a través de la professionalització i remuneració, alhora que genera llocs de treball en un sector altament feminitzat. Ara bé, l'aposta de l'Ajuntament d'Arbúcies va un pas més enllà, perseguint la millora de la qualitat, tant de les condicions laborals de les professionals com de l'atenció domiciliària. La proximitat i el seguiment de l'Administració a la tasca que realitza el servei garanteix la coordinació, el control, l'apropiació del coneixement, la transparència i l'avaluació del mateix. Sota aquest paraigües, el catàleg de serveis s'ha anat ampliant poc a poc, incloent un servei de neteja domiciliària i l'adjudicació del SAD més enllà de les condicions d'acreditació de dependència que estableix la Llei, afavorint una tendència d'universalització del servei.

La persona referent comenta que en aquests darrers quatre anys, el servei ha multiplicat per cinc el nombre de persones usuàries i per quatre el nombre de treballadores i d'hores d'atenció. El fet de treballar amb una entitat del municipi ha suposat importants millores, ja que ha possibilitat

contractar a professionals residents al mateix municipi. Això implica reduir els desplaçaments associats a aquesta feina i facilita l'accés a l'ocupació a persones que no disposen de vehicle propi ni poden destinar gaires recursos al transport. Implica també més proximitat en la coordinació amb les figures referents municipals, que es tradueix en un major suport a la feina i una millor qualitat del servei. La gestió del servei per part d'una entitat de l'economia social també implica un canvi de paradigma en la forma d'entendre les relacions laborals. En primer lloc, es democratitzen les decisions a l'hora d'assignar noves persones usuàries a les professionals, facilitant l'organització i la conciliació dels seus temps de vida. D'altra banda, es fomenta la professionalitat i l'atenció centrada a la persona, amb formacions específiques que emfatitzen la gestió emocional del treball de cures, sovint poc reconeguda per les grans empreses del sector. Un dels aspectes més destacats per les persones que es beneficien directament del servei, així com per altres membres de la família, és el vincle de confiança que estableixen amb les professionals.

La plantilla del servei està formada per 16 persones, 3 de les quals són homes i 13 dones. Rebatre la feminització del treball de cures és un repte que el servei assumeix i sobre el qual s'ha començat a treballar amb la figura referent de les polítiques d'igualtat del consistori.⁷

3.1.2. Cuidem Lluçanès

Romandre a la llar és l'opció prioritària de la gent gran a l'hora de decidir sobre el seu envelliment i, a més a més, és el format que es considera òptim per mantenir el màxim possible l'autonomia de les persones, així com la seva participació social i comunitària, que es poden veure afectades per la institucionalització (Torío, Viñuela i García-Pérez, 2018). Tanmateix, per seguir vivint al domicili propi cada vegada més persones requereixen d'un suport extern. Si bé la LAPAD ha desplegat una sèrie de serveis i recursos per a les persones que tenen reconegut algun grau de dependència, aquesta no

⁷ Per més informació sobre el Servei d'Ajuda al Domicili d'Arbúcies accedir a: https://xmess.cat/wp-content/uploads/2019/04/ABC_XMESS_digital.pdf (Recurs web visualitzat el 30 de juliol de 2019).

aconsegueix donar una resposta integral i satisfactòria a totes les necessitats de cura de la població envellida. Aquesta problemàtica s'ha abordat, en gran part, a partir d'un creixement exponencial del sector del treball de la llar, caracteritzat per la seva precarietat i informalitat (Roca, en aquest volum).

En aquest context sorgeix la iniciativa Cuidem Lluçanès. A l'entrevista es comenta que el projecte busca, d'una banda, contribuir a millorar les condicions del sector de treballadores de la llar que desenvolupen la seva activitat sense reconeixement de drets laborals i, de l'altra, fomentar l'ocupabilitat entre les dones majors de 50 anys en situació d'atur. La idea del projecte neix del Consorci del Lluçanès que l'any 2017 rep el finançament públic per engegar-ho, en el marc del *Programa Singulars* de promoció de l'economia social i solidària de la Generalitat de Catalunya. A partir de la idea inicial es van convocar unes jornades obertes per generar un grup impulsor format per les pròpies persones interessades. Aquest, amb el suport tècnic del Consorci i l'acompanyament de l'Ateneu Cooperatiu de la Catalunya central i Creació (Agència d'Emprenedoria, Innovació i Coneixement d'Osona), va acabar materialitzant la cooperativa Cuidem Lluçanès que va iniciar la seva activitat el 2018.

Es tracta d'una cooperativa de consum en què la majoria de les persones sòcies o bé estan contractant els serveis de la cooperativa, o bé estan interessades en donar-hi suport perquè consideren que la tasca que desenvolupa és important pel territori. També hi ha alguns socis col·laboradors, fonamentalment ajuntaments del Lluçanès, i es preveu que en un futur compti també amb sòcies de treball. Actualment, les treballadores contractades per la cooperativa són set, sis de les quals són dones, que provenien de diferents àmbits relacionats amb la cura de les persones com la infermeria, el treball social o les teràpies alternatives. Les activitats que desenvolupen es poden dividir en tres tipus: els serveis a les persones en l'àmbit domiciliari, que inclou acompanyament a la llar i neteja; els serveis a les entitats i empreses, de suport a esdeveniments i neteja; i el que anomenen "Cuidem Plus", un conjunt de serveis relacionats amb la cura de les persones, que inclou des de teràpies alternatives fins a cursos i tallers sobre temes com l'autocura i la cura d'altres persones⁸.

⁸ Accessible a : <http://www.cuidemllucaenes.cat/serveis/> (Recurs visualitzat el 15 de maig del 2019).

Segons la persona referent del projecte, l'impacte més important de la mesura és contribuir al reconeixement dels treballs de l'àmbit de les cures mitjançant la generació d'ocupació de qualitat al sector. Els canvis són lents perquè impliquen transformar els imaginaris socials que envolten aquests treballs i les relacions que es generen al seu voltant, i que afecten tant a les famílies contractants com a les mateixes persones cuidadores. D'altra banda, l'economia social i solidària apunta a un altre canvi relacionat amb la forma de produir i de consumir, basant-se en el suport mutu entre les parts implicades i en el compromís amb l'impacte social de l'activitat econòmica. Això també xoca frontalment amb un sector que s'ha caracteritzat per donar molt poques garanties i seguretat a les seves treballadores. La cooperativa està aconseguint tenir una gran capillaritat, amb 200 sòcies fins al moment, als 13 municipis de la comarca. Aquest compromís del territori amb el projecte suposa un clar reconeixement de l'activitat que duu a terme. En aquest sentit, un altre efecte del projecte de cara a la reorganització de la cura és la capacitat que està tenint per donar-li visibilitat i centralitat social.

El principal repte que afronta el projecte és fer-se sostenible en el temps, ja que les activitats de cura en un règim mercantil o són inaccessibles per la major part de la població o bé són deficitàries. Per tal d'avançar cap al reconeixement del dret a la cura per a totes les persones, aquesta no pot dependre dels recursos econòmics propis, com succeeix amb totes aquelles necessitats de suport que queden al marge de la LAPAD. Per aquest motiu, iniciatives com Cuidem Lluçanès només són viables si els diferents ens públics s'hi comprometen, tant a atendre les necessitats de cura de la població com a fer-ho a través d'empreses que posin en valor i dignifiquin aquests treballs. Un exemple d'aquest compromís és l'actuació de l'Ajuntament de Sobremunt, que a partir de l'estudi de les necessitats de suport a la cura al municipi està treballant per desplegar un sistema de copagament dels serveis de Cuidem Lluçanès, a partir del sistema de xec servei i d'acord als criteris fixats pels serveis socials.⁹

⁹ El programa Xec Servei s'ha aprovat enguany en el ple de l'Ajuntament de Sobremunt del 2 de juliol. L'acta es troba accessible a: <http://www.sobremunt.cat/ajuntament/ple-municipal/acta-ple-2-de-juliol-de-2019.html> (Recurs web visualitzat el 1 d'agost de 2019).

3.1.3. La Baldufa. Espai Municipal per a la Infància a Vilanova i la Geltrú

La primera infància és una de les etapes de la vida en què les persones requerim una cura més intensa. En el model *stricto sensu* de família d'home guanyador de pa i dona cuidadora, és aquesta qui s'encarrega de forma gairebé exclusiva de la cura dels infants. A l'Estat espanyol, l'educació obligatòria comença als 6 anys, i la universalitat dels recursos educatius per a infants als 3 anys. Abans d'aquesta edat les famílies, o bé reproduïen alguna variant del model tradicional de família, abandonant les dones total o parcialment el mercat de treball, o bé cerquen el suport en els recursos existents. Els serveis més coneguts són les Llars d'Infants o Escoles Bressol, recursos educatius per a infants de 0 a 3 anys, pensats com a política de conciliació i per fomentar l'ocupació de les mares. Altres, com els Espais Familiars, tenen també una llarga trajectòria tot i que la seva presència als municipis catalans és força més reduïda. A diferència de les Llars d'Infants, aquest és un recurs adreçat a les famílies, és a dir, a nens i nenes en companyia d'un referent familiar, per generar un espai on compartir la cura i educació dels infants amb suport professional (Blasco, 2016).

L'Espai municipal per a la Infància La Baldufa a Vilanova i la Geltrú, és un bon exemple de com es poden combinar aquests diferents recursos, donant resposta a les necessitats diverses de les famílies, i contribuint des de diferents vessants a una reorganització de les cures. La Baldufa, com a equipament integral adreçat a la primera infància i a les seves famílies, va néixer l'any 2003 de la mà de les regidories d'Educació i Serveis Socials. Amb la construcció d'una nova Llar d'Infants al municipi davant la insuficiència de places, es va pensar en un equipament que pogués donar cabuda també a diferents recursos que existien prèviament i que depenien de serveis socials: els espais familiars "Espai Nadó" (de 0 a 9 mesos) i "Racó dels Menuts" (de 9 a 36 mesos) i l'espai de joc el "Cau dels Petits" (de 0 a 36 mesos). D'aquesta manera, les dues regidories passaven a articular-se per posar en marxa un únic equipament integral. La gestió del recurs està externalitzada a una entitat del Tercer Sector que ha estat al capdavant del projecte des que va obrir.

Els Espais Familiars es duen a terme en horari de matí, generant un grup tancat i estable, pel que es demana un cert compromís d'assistència a les

famílies. La persona referent del projecte explica que es tracta d'un espai dinamitzat per professionals que rep als infants acompanyats per algun familiar (en la majoria dels casos mares) i que ofereix, d'una banda, una escolta activa als dubtes i neguits que sorgeixen en la criança i, d'altra, orientacions sobre diversos temes com ara la salut o l'educació de cara a millorar l'atenció als infants. Aquest acompanyament professional té un impacte tant sobre la qualitat de la cura que reben els infants com sobre les persones que els acompanyen. El fet de generar un espai on compartir la cura permet trencar l'aïllament en què es dona molt sovint la primera etapa de la criança que afecta principalment a les dones. En aquest moment sorgeixen moltes inseguretats i dubtes que recauen sobre les cuidadores principals dels infants. En el cas de les mares, el rol socialment establert provoca sovint que les necessitats dels nadons passin per sobre de les pròpies, arribant al punt que moltes dones anul·len totalment els espais i projectes propis. Els Espais Familiars també s'adrecen a fer emergir aquests problemes i necessitats de les cuidadores, així com a minvar els efectes que la criança pot tenir sobre la salut, física però sobretot emocional. Considerant que els espais familiars són competència dels serveis socials, aquests són gratuïts i s'adrecen especialment a aquelles famílies amb necessitats afegides, i per a les que aquesta criança pot ser especialment difícil i solitària, com ara les famílies monoparentals; aquelles que no tenen xarxes de suport, per exemple, perquè han passat recentment per un procés migratori; mares adolescents o molt joves; o aquelles famílies amb problemes derivats de la situació econòmica, del desconeixement de l'idioma o de la desvinculació amb els serveis del municipi. Per tant, es tracta d'un servei adreçat a totes les famílies del municipi però que, mitjançant els serveis socials, compta amb els mecanismes per incloure aquelles que més necessiten un espai de suport a la criança.

D'altra banda, els espais de joc en família, com és el cas del Cau dels Petits, ofereixen una infraestructura on les persones adultes poden compartir un temps de qualitat amb nens i nenes. El servei també depèn de serveis socials i és gratuït, però la participació i el compromís que requereix és més flexible.

Finalment, la Llar d'Infants, és el recurs per excel·lència que facilita la participació de les mares al mercat laboral i, per tant, continua sent imprescindible

per tal que les dones no perdin l'autonomia econòmica i perquè com a mínim una part de la cura dels infants sigui socialitzada.

En síntesi, aquest tres tipus de recursos miren una mateixa necessitat de cura des de diferents òptiques per donar suport a famílies amb diferents necessitats. La Llar d'Infants s'adreça fonamentalment a famílies en què totes les persones adultes treballen en feines remunerades i permet treure una part de les responsabilitats de cura de la família. Els Espais Familiars, per la seva banda, s'adrecen sobretot a famílies on una de les adultes, normalment les mares, no estan al mercat laboral; permeten alleugerir els efectes que la cura té sobre una persona cuidadora quan aquesta ho fa de forma intensiva i amb poc o gens de suport, compartint amb altres famílies i millorant també la cura cap als infants amb consells professionals. En darrer lloc, El Cau dels Petits, genera un espai de qualitat, facilitant unes condicions òptimes per poder cuidar disminuint la sobrecàrrega que poden tenir les cuidadores.

3.1.4. Xarxa de suport a les famílies cuidadores de Tarragona

Ser la cuidadora principal d'una persona depenent, sovint, implica estar-ne pendent 24 hores al dia. Més enllà de les tasques concretes d'atenció, higiene o donar el menjar, i justament per respondre a totes elles, la planificació, organització i gestió esdevenen imprescindibles. Això té importants efectes sobre la persona que assumeix aquesta responsabilitat, ja que la dedicació que requereix la cura va en detriment del temps propi: el dedicat a treballar de forma remunerada, el temps per a les relacions socials, la família, l'oci i les amistats i el gaudi personal, així com el que pugui dedicar a l'autocura. Desatendre aquestes altres dimensions de la vida té impactes sobre la salut física i emocional, l'autonomia econòmica, les relacions socials i el benestar de qui cuida, tot minvant la seva qualitat de vida (Spora Sinergies, 2018).

A Tarragona, les persones referents del projecte expliquen que les demandes de les que exercien de cuidadores d'algun membre de la família, relacionades amb la pressió i sobrecàrrega del treball de cures, van fer saltar l'alerta d'alguns i algunes professionals dels recursos socials i sanitaris. La

problemàtica es va acabar de fer evident en els processos participatius de dos plans municipals: el Pla Local de Polítiques d'Igualtat 2014-2018 i el Pla Local d'Inclusió i Cohesió Social 2009-2012. En aquest context, sorgeix la Xarxa de suport a les famílies cuidadores, gràcies a l'impuls de les tècniques referents de polítiques d'igualtat, d'inclusió i cohesió social, de serveis socials i de salut de l'Ajuntament de Tarragona, i a les entitats, associacions i organitzacions de la ciutat que ràpidament van fer la seva la proposta. La Xarxa s'organitza principalment a partir de trobades en sessions plenàries de caràcter bimensual, de les que se'n deriven grups de treball. Actualment, formen part de la xarxa 34 organitzacions: 14 serveis sanitaris, 4 col·legis professionals, 8 entitats de persones afectades per alguna malaltia o discapacitat, 7 entitats d'altre tipus i la Universitat Rovira i Virgili.

Tal com expliquen en el seu *blog*¹⁰, els objectius de la Xarxa s'orienten en diversos sentits. En primer lloc, cerca millorar la qualitat de vida de les persones cuidadores, oferint-los acompanyament i suport, facilitant assessorament i formació per enfortir la seva capacitat per afrontar la situació. Amb aquest motiu s'ha creat un Grup de suport i ajuda mútua, orientat a compartir les inquietuds de les cuidadores, reduir la situació d'aïllament i el sentiment de culpa que sovint comporta el rol de cuidadora. En segon lloc, la Xarxa interpel·la als serveis i administracions en la seva responsabilitat vers les polítiques de cures, tot incorporant aquest tema a l'agenda pública i construint canals i fórmules de col·laboració amb els i les professionals dels àmbits de la salut, la psicologia, el treball social, etc., implicats en l'atenció a les famílies cuidadores. Durant els darrers dos anys transcorreguts des de l'inici de la Xarxa, s'ha pogut unificar la informació sobre els recursos, serveis i entitats per a famílies cuidadores a través d'una "Guia de Recursos per cuidadors"¹¹, i s'ha elaborat un "Manual de Bona Praxi en l'atenció a persones cuidadores"¹² per als serveis sanitaris. Aquest manual és especialment interessant ja que insta als recursos sanitaris que, a par-

10 Accessible a: <https://xfct.blogspot.com/p/qui-som.html> (Recurs web visualitza el 30 de juliol de 2019).

11 Accessible a: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/fixers/altres/politiques-digualtat/xarxa-families-cuidadores/guia-de-recursos-jo-cuido>. (Recurs web visualitzat el 30 de juliol de 2019).

12 Accessible a: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/fixers/altres/politiques-digualtat/xarxa-families-cuidadores/manual-de-bona-praxi-en-latencio-a-les-persones-cuidadores/view> (Recurs web visualitzat el 30 de juliol de 2019).

tir de l'atenció a una persona amb necessitat de cures, s'incorpori també l'atenció a la persona cuidadora, reconeixent la centralitat de la seva tasca, així com els efectes negatius que aquesta pugui tenir en la seva salut i qualitat de vida. En tercer lloc, la Xarxa promou activament la visibilitat del treball de cures i de la seva centralitat en la societat, a partir de jornades i campanyes de sensibilització.

Aquesta iniciativa destaca com a bona pràctica en diversos sentits. En primer lloc, per l'enfocament del qual parteix, atès que vincula les polítiques de cures amb les polítiques d'igualtat, fent palès el principi de transversalitat de gènere. En aquest cas, la Xarxa assumeix explícitament i com a punt de partida que les dones són les cuidadores principals dins els nuclis familiars, de manera que l'estratègia d'acompanyament, escolta, assessorament i formació pretén facilitar aquesta tasca i incidir en la seva qualitat de vida. En segon lloc, la Xarxa situa el rol de l'Administració i de les polítiques públiques com a garants del suport a la cura i del dret de les persones a decidir cuidar en condicions, tot liderant aquesta iniciativa i desplegant les diferents estratègies. Alhora, involucra al conjunt d'agents implicats en l'acompanyament i l'atenció de les necessitats de qui cuida, des de les farmàcies fins als serveis sanitaris i socials, a entitats de voluntariat o grups de cuidadores. Per últim, emfatitza el reconeixement públic i la visibilitat del treball de cures i de les persones que l'assumeixen, contribuint a la sensibilització d'aquesta realitat social i de la seva centralitat en l'organització social.

3.1.5. La Plaça d'en Baró a Santa Coloma de Gramenet

L'espai públic sovint no ha tingut en compte les necessitats de cura de les persones, reproduint el biaix androcèntric de la majoria de polítiques que històricament han estat pensades per part d'homes i des del seu prisma. Alguns exemples evidents són les voreres massa estretes per caminar amb cotxets o carros de la compra, o bé la manca d'elements com rampes, lavabos públics o bancs adients on descansar (Muixí et al., 2011). Per introduir la perspectiva feminista a l'urbanisme s'han dissenyat estratègies que permetin fer emergir aquelles necessitats que històricament s'han obviat, com ara les de les cuidadores o les de les pròpies persones amb necessi-

tats específiques de cura. En aquest sentit, els processos participatius són imprescindibles per conèixer les mancances i biaixos de l'urbanisme. Una de les tècniques més utilitzades i originals són les marxés exploratòries: passejades col·lectives per reflexionar sobre tots aquells elements d'urbanisme, presents o absents, que condicionen la vivència de l'espai públic (Ortiz, 2018).

La reforma integral de la Plaça d'en Baró de Santa Coloma de Gramenet s'ha plantejat per donar cabuda a la diversitat de necessitats dels infants i de les persones que els acompanyen a l'espai públic, potenciant l'autonomia dels primers i alleugerint la càrrega de la cura de les segones. El fet de pensar-lo com un espai de joc infantil ha estat compatible amb facilitar el seu ús per part de la gent gran, una combinació que no sempre és fàcil, especialment quan s'associa i es redueix el joc infantil a la pilota, un altre biaix androcèntric que ha estat repetidament denunciat. Per fer-ho, la regidoria d'Urbanisme va iniciar un procés participatiu amb nens i nenes i les persones adultes que els acompanyaven, per tal de debatre sobre la diversitat de persones i usos als que calia donar resposta a l'espai, al procés el van anomenar "Fem dissabte"¹³. Les jornades van ser considerades un èxit, de manera que la regidoria d'Educació va proposar donar continuïtat a l'activitat comptant amb els nens i nenes de cinquè curs de l'escola que es troba a tocar de la plaça. En aquesta segona fase, la participació va estar orientada a dissenyar el futur espai. Tot el procés participatiu va ser dinamitzat per part d'una entitat especialitzada en arquitectura amb perspectiva de gènere, que va guiar el procés participatiu per materialitzar-lo en una proposta tècnica. Després de revisar i introduir alguns canvis en el projecte, la regidoria d'Urbanisme va iniciar les obres de la plaça que finalitzen el mes de juliol del 2019.

Les persones referents del projecte expliquen que el disseny final de la plaça compta amb diverses zones de joc: un espai de sorral amb estructures de fusta; una àrea de taules per activitats més tranquil·les, com jugar a jocs de taula, dibuixar, parlar o menjar; i una pista per activitats de més

¹³ Per més informació de la jornada "Fem dissabte a la plaça d'en Baró" accedir a: https://www.gramenet.cat/fileadmin/Files/Ajuntament/participacio/memories/memoria_pl_Baró.pdf (Recurs web visualitzat el 30 de juliol de 2019).

moviment, com jugar a pilota o patinar. Les diferents zones se separen per vegetació de poca alçada i per un mur baix que actua com a frontera amb el tràfic rodat, generant un espai segur i permetent la visibilitat de tota la plaça, promovent així l'autonomia de nens i nenes. El centre compta amb un espai pensat per a que les adultes que acompanyen als infants s'hi trobin confortables, així com les persones grans o qualsevol persona que vulgui fer-ne ús. L'accessibilitat, els materials de fusta, la vegetació, les ombres a l'estiu i el sol a l'hivern fan d'aquest un lloc agradable on estar-s'hi. A més, el fet de situar-se al centre de la plaça trenca amb la direccionalitat cap a l'espai de joc que tendeix a generar una actitud de vigilància i monofocal cap a les criatures, permetent una postura i una mirada més relaxades. A banda dels elements físics i més funcionals, la plaça resultant de la participació dels infants és molt acolorida, incorporant arbres amb flors, fanals de colors i un gran mural a la mitgera. Així, s'aconsegueix un espai agradable no només en un sentit físic, sinó també visual.¹⁴

Els processos participatius a vegades generen resistències, es posa en dubte l'expertesa de les persones que parlen a través de l'experiència en primera persona i, al mateix temps, es pressuposa una neutralitat del coneixement tècnic, com si aquestes persones no visquessin també l'espai en primera persona. Cal fer notar que les persones que fan ús de l'espai són les que tenen una visió més acurada de les necessitats i cal autoritzar-les per definir com han de ser aquests espais. Sense que això tregui la necessitat de comptar amb els coneixements tècnics que finalment ho materialitzin.

3.2. Elements per unes bones pràctiques

En aquest apartat es detallen, a títol de conclusions, aquells elements detectats a les polítiques que acabem d'analitzar i que permeten parlar de bones pràctiques a estendre en la política municipal. El propòsit, a més de reconèixer-les, és sobretot orientar unes polítiques municipals compromeses amb una organització social de la cura que confronti tots els pro-

¹⁴ Per visualitzar imatges accedir a la pàgina web del projecte realitzat per Equal Saree: <http://equalsaree.org/es/blog/2017/12/02/fem-dissabte-placa-baro/> (Recurs web visualitzat el 30 de juliol de 2019).

blesmes i desigualtats que envolten el model actual. Els elements que hem desenvolupat són: el reconeixement de la centralitat social de la cura; la socialització de la cura més enllà de les famílies; la responsabilització en vers les condicions de treball que es generen a l'àmbit de les cures; l'aposta per la qualitat de la cura en la seva integritat; la reducció dels efectes negatius que genera la sobrecàrrega de la cura; i la generació de processos participatius i de codisseny que posin al centre a les persones implicades.

3.2.1. Reconèixer la centralitat social de la cura

El primer element que volem assenyalar es conceptualitza a partir del marc de democratització de la cura, elaborat per Sandra Ezquerra i Elba Mansilla (2018). El primer dels eixos que les autores defineixen per l'anàlisi de polítiques de cures és el reconeixement de la centralitat social de la cura. Considerem que tots els casos analitzats contribueixen d'una manera o altra a reconèixer la cura com a una qüestió política, una necessitat que afecta a tota la població i un importantíssim generador de benestar. Així mateix, aquest reconeixement implica també visibilitzar qui està assumint ara mateix aquests treballs i en quines condicions ho està fent. Aquest exercici es fa generant discursos i espais d'enunciació que evidencien les contribucions, el valor social de la cura i els seus costos, econòmics però sobretot humans, des d'una perspectiva de la vulnerabilitat universal i la interdependència.

Un exemple concret el trobem a la cooperativa Cuidem Lluçanès, que aposta per fer emergir el treball de la llar que es du a terme a l'economia informal i contribuir a la seva completa professionalització. Per fer-ho, assumeix que cal transformar radicalment els imaginaris que envolten el treball de la llar, ja que aquest encara és vist socialment com una feina més pròpia del mercat informal, que no requereix formació, no té drets associats i es defineix en una relació personal, més que no professional, entre qui contracta el servei i qui el presta (Recio i Moreno, 2015). El fet que la legislació laboral, mitjançant el Règim Espacial de Treballadors de la Llar, (Díaz Gorfinkiel, en aquest volum), tampoc reconegui aquesta ocupació

amb els mateixos drets i garanties que la resta de sectors alimenta aquesta idea més propera a altres èpoques en què aquesta feina es donava en relacions de servitud. En aquest sentit, les famílies contractants mantenen en molts casos aquest imaginari, però també les mateixes treballadores, que acostumades a la lògica del sector informal poden dubtar en assumir les obligacions fiscals a canvi de drets que, cal recordar, no han gaudit mai. Un segon exemple l'hem vist en la transformació de la Plaça d'en Baró, que respon al paradigma de ciutat cuidadora (Valdivia, 2018). Quan es fan emergir aquelles veus que normalment no estan representades al *policy making*, es visibilitzen les necessitats de cura i de les persones que les ressolen, així com la seva importància i centralitat social. Si un municipi qüestiona l'omnipresència dels cotxes i de les activitats considerades productives està enviant un missatge a la ciutadania i generant canvis en els imaginaris per passar a donar valor i centralitat a les cures.

3.2.2. Socialitzar la cura més enllà de les famílies

El segon eix que defineixen Ezquerria i Mansilla (2018) és el de socialització de la cura, ja sigui en vers l'àmbit comunitari, les administracions públiques o el sector privat, amb o sense ànim de lucre. El fet de que les administracions locals s'erigeixin com a proveïdores de cures té implícit l'objectiu d'alliberar a les famílies de part d'aquests treballs, a més d'assumir que es tracta d'un problema polític. En aquest sentit, tots els serveis de cures prestats directament o promoguts des dels municipis estan contribuint a socialitzar part de les cures. El cert és que molts d'aquests serveis venen definits per marcs legislatius més amplis, com és el cas del SAD o les Escoles Bressol. En aquest sentit, considerariem que la bona pràctica consisteix en sobrepassar el que està establert, tal com s'ha proposat l'Ajuntament d'Arbúcies ampliant els serveis i la població atesa pel SAD més enllà del que estrictament estableix la Llei. O bé assegurar que s'amplien les places de les Escoles Bressol quan la demanda de la població no s'està satisfent.

3.2.3. Responsabilitzar-se de les condicions de treball que es generen a l'àmbit de les cures

L'externalització dels serveis que proveeixen cures sovint comporta un empitjorament de les condicions laborals de les persones que hi treballen (Razavi i Staab, 2010). Una proposta cada cop més estesa és la d'incloure clàusules socials als plecs de contractació (Fresnillo, 2018), així com fer prevaldre els aspectes tècnics sobre els econòmics, mesures que fomenten millors condicions de treball i que, per tant, contribueixen a dignificar el treball de cures. Això és important, no només perquè reconeix el seu valor social i econòmic, sinó perquè al fer-ho es converteix en una ocupació més atractiva i ajuda a trencar amb la segregació sexual, racial i socioeconòmica que defineix el sector. És a dir, quant millors siguin les condicions laborals i quant més professionalitzada es consideri aquesta feina, més incentius hi haurà perquè aquelles persones que estan absents al sector (de forma rotunda els homes i en menor mesura les dones autòctones) s'hi incorporin (Fernandez, Artiaga i Dávila, 2013).

El reconeixement de drets laborals està en l'origen de la cooperativa Cuidem Lluçanès i és també un dels propòsits principals de l'Ajuntament d'Arbúcies en la gestió que fa del SAD. En ambdós casos, s'ha optat per comptar amb l'economia social i solidària com a model que vetlla per posar les persones al centre, no només en l'atenció, sinó també en les condicions de treball a l'interior de les cooperatives. Això suposa un canvi radical de plantejament respecte la cerca del màxim benefici que guia el funcionament de grans empreses proveïdores dels serveis de cura arreu de l'Estat (Keller, 2017). La dignificació d'aquests treballs pot passar per formalitzar treballadores del sector informal, ampliar la seva formació a partir de programes específics, millorar les condicions fixades per conveni i també per donar a les persones treballadores capacitat per decidir com organitzar el seu temps i el seu treball. Tanmateix, confiar la prestació d'un servei a una entitat de l'economia social i solidària no eludeix que els consistoris adoptin un compromís i facin un seguiment específic i permanent d'aquestes condicions de treball.

3.2.4. Apostar per la qualitat de la cura en totes les seves dimensions

Si l'externalització dels serveis va acompanyada de pitjors condicions de treball, pot comportar també una pitjor qualitat de la cura que es presta. De fet, una cosa es relaciona amb l'altra, ja que una major precarietat laboral implica, entre d'altres efectes, una major rotació i malestar entre les treballadores que va en detriment de la qualitat del servei (Razavi i Staab, 2010). En aquest sentit, quan la contractació pública fa prevaldre els aspectes econòmics sobre els tècnics, està fomentant aquests dos efectes negatius.

En estreta relació amb el reconeixement de la importància social de la cura es troba el fet de comprometre's amb la seva qualitat des d'una visió integral. La cura no és només una qüestió material de manteniment dels cossos, la dimensió emocional i relacional de les cures és central perquè aquesta compleixi amb el propòsit de generar benestar en les persones (Carrasco, 2013; Comas d'Argemir, 2017; Daly i Lewis, 2011). En aquest sentit, les formes d'atenció despersonalitzades i híper protocol·litzades que encara avui caracteritzen molts serveis, també els que són de gestió pública, són cada vegada més qüestionades (Torío et al., 2018). La contraproposta que s'està fent és la de tenir en compte a totes les persones implicades en la relació de cures. D'una banda, donar la capacitat a les cuidadores de flexibilitzar i adaptar els processos. De l'altra, atorgar centralitat a les veus de les persones cuidades, des del reconeixement de la seva agència per decidir com volen ser cuidades i des d'una atenció que potencii al màxim la seva autonomia (íbid). El principi de la vulnerabilitat universal contribueix directament a combatre l'estigma que envolta sovint les persones amb necessitats de cures i que les considera *outsiders* de la societat, una idea que transforma necessàriament els models d'atenció.

Un exemple n'és el del SAD d'Arbúcies, que aposta per un model de cogestió entre l'Ajuntament i la cooperativa per mantenir el control de qualitat, el seguiment i la supervisió del servei. L'atenció centrada en les persones és també el paradigma que defineix els serveis de Cuidem Lluçanès, pel que la contractació pública dels seus serveis suposa també un compromís amb una cura que tingui en compte a totes les persones implicades. Establir aquests mecanismes és una forma que tenen els ajuntaments per responsabilitzar-se de la qualitat dels serveis.

3.2.5. Reduir els efectes negatius de la sobrecàrrega que pateixen moltes persones cuidadores

Els ajuntaments han d'abordar les condicions en què es dona la cura no remunerada, ja que té un fort impacte negatiu sobre la salut de les dones que la realitzen, afectant una part important de la població. A banda de les mesures adreçades a alleugerir i redistribuir aquests treballs, cal treballar per millorar la situació de les cuidadores. D'una banda, els ajuntaments poden generar espais de trobada entre aquestes persones, trencant l'aïllament en què sovint es troben i el malestar que genera. De l'altra, cal oferir un suport psicosocial que les acompanyi en el procés i ajudi a les cuidadores a recuperar una vida pròpia més enllà de la relació de cura. En tercer lloc, també es poden donar orientacions de caire més pràctic sobre com exercir aquesta cura, reduint els esmentats efectes negatius. Tant la Xarxa de famílies Cuidadores de Tarragona com els Espais Familiars de la Baldufa de Vilanova i la Geltrú aconsegueixen de diferent manera aquests objectius. Els projectes i programes de cuidar a les cuidadores es troben, en general, amb la limitació que les dones tenen molts problemes per participar-hi ja que, sovint, les mateixes responsabilitats de cura no els hi permeten. En el cas dels espais familiars, aquesta limitació queda resolta ja que estan específicament pensats per portar-hi les criatures. En ambdós casos es donen consells pràctics sobre com realitzar la cura, des de postures corporals a l'hora d'aixecar a una persona gran, fins com fer la higiene d'un nadó. Pel que fa a l'acompanyament psicosocial, és cabdal que aquest tingui un enfocament de gènere que contribueixi a potenciar l'autonomia de les cuidadores i a minvar els sentiments de culpa i sacrifici que pateixen sovint les cuidadores.

3.2.6. Generar processos participatius i de codisseny que posin al centre les persones implicades

Vetllar per una cura de qualitat que satisfaci les necessitats de les persones en la seva diversitat i tenint en compte les dues dimensions de la cura (la material i l'emocional), passa per escoltar a persones implicades. Per fer-ho, algunes iniciatives parteixen, ja des de la seva conceptualització, de processos de participació que atorguen poder efectiu a les persones

per decidir com volen ser cuidades. El cas més clar de bona pràctica en aquest sentit és el del procés de reforma de la Plaça d'en Baró, que ha estat definida en les seves diverses fases per les qui seran les seves usuàries principals: nenes i nens, i persones adultes que els acompanyen. Si es vol generar una ciutat que cuidi cal parlar amb les persones que cuiden, i si es vol generar una ciutat jugable cal parlar també amb qui hi juga, si es vol generar una ciutat amiga de la gent gran cal escoltar les seves veus.

3.3. Reflexió final: cap a unes agendes polítiques de cures

Hem apuntat els principals elements que cal potenciar en les polítiques de cures en l'àmbit local. Tanmateix, no podem donar per tancades aquestes orientacions sense esmentar que cada mesura, per si sola, és insuficient i que cal una mirada global de la política municipal per assolir canvis profunds i socialment rellevants.

Cal tenir en compte que els ajuntaments sovint es veuen abocats a fer polítiques pal·liatives, és a dir, que actuen vers els efectes negatius del sistema social i econòmic sobre les persones, però que rarament aconsegueixen (a vegades ni tan sols s'ho proposen) incidir sobre les bases que generen aquests problemes. Tal com s'ha apuntat, per fer trontollar les estructures socioculturals que apuntalen el sistema actual serà imprescindible qüestionar els rols de gènere que atribueixen a les dones l'obligació de cuidar i n'eximeixen els homes; posar en dubte la dicotomia entre els espais i els treballs productius i reproductius i combatre la ceguera en vers el valor econòmic que es genera dins les llars; reconèixer i dignificar tots els treballs, molt especialment aquells que són essencials per al benestar de les persones. Es tracta d'una feina titànica aconseguir que aquests valors s'estenguin a la nostra societat patriarcal, però cal posar-s'hi a fons. En aquest sentit, les polítiques de cures seran insuficients si no incorporen de forma específica mesures de sensibilització per canviar els imaginaris, des de les escoles fins a les polítiques socials i de salut, que promoguin canvi de mirada sobre la cura (Keller, 2017).

Així, la nostra proposta rau en articular les diferents mesures en una estratègia global i coordinada. De fet, una de les claus que travessa les experiències

municipals analitzades com a bones pràctiques és la capacitat de posar en relació les diferents àrees dels ajuntaments, superant així la fragmentació dels problemes socials que caracteritza la lògica municipal. Les polítiques de cures requereixen d'una mirada polièdrica, tant en la definició del problema com en l'organització de la seva resposta, que interpel·li a les polítiques socials i d'atenció a la dependència, a les polítiques de salut, però també, i de forma imprescindible, a les polítiques d'igualtat o feministes, així com les polítiques de promoció econòmica, d'urbanisme i espai públic. En definitiva, és necessari traçar una estratègia planificada i articulada que incideixi sobre les diferents dimensions que afecten l'organització social de les cures, interpel·lant el conjunt d'àrees municipals.

Materialitzar aquesta estratègia global requereix de mecanismes d'intersectorialitat i de transversalitat de gènere. Els primers cerquen la coordinació de les diferents àrees i polítiques municipals per afavorir espais de trobada, de reflexió compartida, que permetin anar més enllà de la pròpia mirada i trobar punts en comú per una anàlisi integral de la realitat social. D'altra banda, el principi de transversalitat de gènere, encunyat a partir de la Conferència Mundial de les Dones a Pequín al 1995 i introduït als marcs legislatius espanyols i catalans, insta als Ajuntaments a incorporar la perspectiva de gènere a totes les polítiques municipals. Aquest imperatiu legal suposa que cap política contribueixi a reproduir la desigualtat de gènere que comporta l'actual organització social de la cura, ans al contrari, a revertir-la. Una forma de concretar la intersectorialitat i transversalitat de les cures en la política municipal seria a través dels Plans Locals, que és l'eina de què disposen els ajuntaments per planificar la política municipal sectorial. Així, convindria que aquesta estratègia global de cures estigués reflectida als Plans d'Acció Social, d'Igualtat, de Salut, de Desenvolupament Econòmic i fins i tot als Plans d'Ordenació Urbanística Municipal.

Tanmateix, i com s'ha apuntat anteriorment, els ajuntaments tenen poca capacitat i recursos limitats per impulsar aquestes polítiques en solitari, especialment els que tenen pocs habitants. Per això, sovint compten amb el suport dels ens supramunicipals, com ara els Consells Comarcals, les Diputacions o la Generalitat de Catalunya. Aquests tenen un paper que va més enllà de la gestió de recursos o el desplegament de mesures concretes, i que comporta

definir el marc conceptual i estratègic en el què s'hi inscriuen les polítiques locals. Així, cal interpel·lar les diverses instàncies supramunicipals en la seva responsabilitat per generar un paraigües que faciliti una estratègia global de polítiques de cures des d'una perspectiva feminista per a l'àmbit local.

Davant el repte que suposa la gestió de la cura a la nostra societat, és necessari que cadascun dels agents assumeixi la seva responsabilitat en la reorganització de l'actual model, tot revertint les desigualtats que l'envolten. El propòsit d'aquest text és contribuir i aportar reflexions i eines per avançar vers una societat que atorgui a les cures la centralitat que els correspon, pel benestar de totes les persones.

Bibliografia

BATTHYANY, Karina (2015): *La políticas y el cuidado en América Latina*. CEPAL.

BLASCO, Jaume (2016): *De l'escola bressol a les polítiques educatives per a la primera infància*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill. Esborrany.

CARRASCO, Cristina (2013): "El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 39–56.

COMAS D'ARGERMIR, Dolors (2017): "El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados". *Quaderns-e Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 17–32.

DALY, Mary i LEWIS, Jane (2011): El concepto de social care y el análisis de los estados de bienestar. A CARRASCO, Cristina, BORDERÍAS, Cristina i TORNÉS, Teresa (Eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. (pp. 225–251). Madrid: La Catarata.

DEL MORAL, Lucía (2012): "Sobre la necesaria reorganización social de los tiempos: políticas de tiempo, espacios económicos alternativos y bienestar". *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 119, 77–91.

ESQUIVEL, Valeria. (2015): "El cuidado: de concepto analítico a agenda política". *Nueva Sociedad*, 256, 63–74.

EZQUERRA, Sandra i MANSILLA, Elba (2018): *Economía de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

FERNÁNDEZ VILLANUEVA, Concepción, ARTIAGA LEIRAS, Alba i DÁVILA DE LEÓN, María Celeste (2013): “Cuidados, género y transformación de identidades”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31, 57–89.

FRASER, Nancy (2015): *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de sueños.

FRESNILLO, Iolanda (2018): “Contractació pública responsable i clàusules socials per revertir la desigualtat de gènere. Oportunitats i límits”. A DE LA FUENTE, Maria (Coord.) *Innovacions locals contra la desigualtat de gènere a l'ocupació* (221-268). Barcelona: Institut de Ciències i Polítiques Socials.

KELLER GARGANTÉ, Christell (2017): “Hacia una agenda feminista de los cuidados”. *Boletín ECOS*, 38, 1–8.

LEGARRETA, Matxalen (2014): “Cuidados y sostenibilidad de la vida: Una reflexión a partir de las políticas de tiempo”. *Papeles Del CEIC*, (1), 93–128.

MORENO, Sara, RECIO, Carolina, BORRÁS, Vicent i TORNS, Teresa (2013): “El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar: ¿más dependencia y menos profesionalidad?” A *Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS)*. “Las políticas sociales entre crisis y post-crisis” celebrado el 6 y 7 de junio en la Universidad de Alcalá (Vol. 1).

MUIXÍ, Zaida, CASANOVAS, Roser, CIOCOLETTO, Adriana, FONSECA, Marta i GUTIÉRREZ VALDIVIA, Blanca (2011): “¿Qué aporta la perspectiva de género al urbanismo?”. *Feminismo/s*, 17, 105-129.

OBSERVATORIO DE LA DEPENDENCIA (2019): *XIX Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Asociación estatal de directores y gerentes en Servicios sociales.

ORTIZ ESCALANTE, Sara (2018): “La seguridad urbana desde el urbanismo feminista”. *Barcelona Societat. Revista de Investigació y Análisi Social*, 22, 1–16.

PÉREZ OROZCO, Amaia (2014): *Subversión Feminista de la Economía*. Madrid: Traficantes de sueños. **RAZAVI, Shahra (2007):** *The Political and Social Economy of Carre on a Development Context: conceptual Issues, Research Questions and Policy Opciones*. Gender and Development Programme, 3. United Nations Research Institute for Social Development.

RAZAVI, Shahra i STAAB, Silke (2010): “Mucho Trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado”. *Revista Internacional del Trabajo*, 4 (129), 449-467.

RECIO CÁCERES, Carolina, MORENO-COLOM, Sara, BORRÀS, Vicent i TORNS, TERESA (2015): “La profesionalización del sector de los cuidados”. *Zerbitzuan*, 60, 179–193.

SPORA SINERGIES (2018): *Salut i qualitat de vida de les dones cuidadores de familiars. Resultats i valoració dels serveis municipals de suport a les cures*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

TOBÍO, Constanza, AGULLÓ, María Silverio, GÓMEZ, María Victoria i MARTÍN, María Teresa (2010): El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Colección Estudios Sociales, 28. Barcelona: Fundación la Caixa.

TORÍO LÓPEZ, Susana, VIÑUELA HERNÁNDEZ, Paulina i GARCÍA-PERÉZ, Omar (2018): “Experiencias de vejez vital. Senior Cohousing: autonomía y participación”. *Aula Abierta*, 47, 79-86.

TORNS, Teresa (2008): “El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico- metodológicas desde la perspectiva de género”. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53–73.

VALDIVIA, Blanca (2018): “Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora”. *Habitat y sociedad*, 11, 65–84.

CONCLUSIONS

SILVIA CARRILLO GÓMEZ

En aquesta publicació s'ha reflexionat sobre els diversos canvis que han sorgit en els últims anys entorn a l'organització social de la cura, tot mostrant propostes i experiències per abordar-la des de l'àmbit local. La cura, com s'ha mostrat al llarg del volum, és central en el nostre dia a dia i la nostra quotidianitat. Tanmateix, apareix una clara contradicció entre la seva rellevància i la seva invisibilitat en l'àmbit públic, en tant que s'ha tendit a entendre com una qüestió privada, vinculada a les famílies, i especialment a les dones. I, d'aquesta manera, dificultant que aquesta sigui subjecte d'abordar-se des de les polítiques públiques amb la centralitat i globalitat que requereix. Com s'apunta al monogràfic, sobretot al capítol de Keller i Sol, és important entendre que totes les persones som vulnerables i interdependents, i les cures es troben en totes les dimensions socials i al llarg de tot el cicle vital.

Una de les qüestions centrals que recorren la publicació és la importància de continuar visibilitzant les cures com un aspecte que requereix ser abordat per tots els àmbits de la societat i, especialment, des de les polítiques públiques. Com mostra Ezquerra, però també Keller i Sol, els Estats de benestar s'han caracteritzat per partir d'una construcció sexuada de les esferes socials, és a dir, s'han fonamentat en la divisió entre l'esfera pública i l'esfera privada, entrecreuada amb l'anomenada divisió sexual del treball. Essent l'esfera pública un àmbit de reconeixement polític, on es realitzen les tasques productives, i, per contra, l'esfera privada aquella vincu-

lada amb el rol femení i el treball reproductiu, no remunerat i realitzat en l'àmbit de la llar. Com bé esmenta Ezquerria, les problemàtiques de l'àmbit privat han tendit a ser: "particulars, constretes a la necessitat i, per tant, no polititzables". Generant així que la construcció de l'Estat de benestar es faci entenent que les necessitats vinculades amb les cures poden ser cobertes per les famílies, particularment les dones, de manera gratuïta, sense necessitat de garantir-la a través de la provisió pública.

No obstant, aquest equilibri en l'organització social, fonamentat en la provisió d'aquestes per part de la família, comença a trontollar-se i modificar-se, fruit dels diferents canvis que es fan presents a les últimes dècades i que han promogut l'anomenada crisi de les cures. És amb relació a aquestes transformacions que partia el primer objectiu apuntat a l'inici del monogràfic, i que feia referència a conèixer i a analitzar els canvis que s'han donat al voltant de l'esmentada crisi.

Però, a què fem referència quan parlem de crisi de les cures? Sandra Ezquerria, al primer capítol, ens mostra que és el resultat del desequilibri entre l'oferta i la demanda de cures, és a dir, entre les necessitats de cures i la seva provisió. I, també, faria referència a les desigualtats que sorgeixen a partir d'aquesta realitat.

Així doncs, els principals canvis actuals que podríem destacar serien de caràcter sociodemogràfic; com seria l'envelliment demogràfic, vinculat amb una taxa de natalitat crònicament baixa des dels anys vuitanta, l'augment de l'esperança de vida i la reducció de la mortalitat infantil, una situació que ha provocat el creixement de les necessitats de cures i d'atenció, sobretot, de l'anomenada cura de llarga durada. Aquest factor es conjuga amb el desplaçament de la família com a espai principal de cures, fruit de l'increment de la participació laboral de les dones. Com s'ha evidenciat, les dones han passat a dedicar-se menys exclusivament a la cura en l'àmbit familiar, quan tradicionalment han sigut les que principalment han realitzat aquestes tasques. Juntament amb els canvis en els models de convivència familiars, que evidencien com aquestes estructures tradicionals cada cop perden més pes. És en aquest aspecte que Ezquerria esmenta que sorgeix la necessitat: "d'ampliar les fronteres de la família com a àmbit

proveïdor de cura i benestar, així com d'implicar a diverses institucions i agents socials en la seva gestió i realització”.

Tanmateix, aquestes transformacions s'han d'entendre en un marc de canvis en matèria de polítiques públiques. Tal com mostren Ezquerria i Roca, sovint com a resposta a la situació prèviament esmentada, és al voltant dels anys noranta quan apareix a l'agenda política catalana i espanyola de manera més clara la necessitat d'impulsar polítiques de suport a la provisió de cures. Però és a partir de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* (anomenada com a llei de dependència o LAPAD) i la llei de Serveis Socials (Llei 12/2007, de serveis socials), quan es promou un canvi de prisma des d'on abordar la cura, sobretot la que està vinculada amb l'anomenada dependència, tendint així a redefinir-la com un problema social i desvinculant a la família com a principal proveïdora. Per tant, assumint que ha d'haver-hi un desplaçament de la cura familiar cap a d'altres esferes.

Tot i així, seguint els tres primers capítols de la publicació, s'han fet presents diferents estratègies per fer front a les creixents necessitats, podent-ne destacar tres – que es troben vinculades entre elles - : (1) a partir del treball remunerat proveït a través dels serveis i d'algunes prestacions econòmiques potenciades amb les polítiques prèviament esmentades, (2) amb la contractació, per part de les famílies, de persones per dur a terme aquestes tasques en l'àmbit de la llar, (3) o bé a partir del treball no remunerat realitzat per les mateixes famílies.

Respecte a la primera, s'ha mostrat un augment de les polítiques per fer front a la cura que tradicionalment s'ha realitzat en l'àmbit familiar. Aquest fet, aspecte en el qual s'ha centrat Mireia Roca, ha promogut un augment de l'ocupació en el sector de les cures remunerades i de manera formal. De fet, en les pròpies legislacions que regulen els serveis sobre aquest aspecte en l'àmbit català també s'aborda l'ocupació i, per tant, es configura alhora com una política per abordar les cures i la inserció laboral. Tanmateix, l'autora ens mostra com, malgrat els esforços per professionalitzar aquest treball amb l'objectiu de dignificar el sector i millorar les seves condicions, continua sent poc valorat. Aquesta qüestió es vincula amb el fet que la

dimensió de gènere està molt present, sent entès com un treball feminitzat que s'associa a les competències tradicionalment vinculades amb les dones, -malgrat que amb la crisi econòmica ha existit un lleu augment del percentatge d'homes-. De fet, aquest sector ocupacional encara no s'ha equiparat amb altres sectors qualificats, que es troben reconeguts socialment. Relacionat amb això, les condicions laborals mostren salaris baixos, jornades parcials, temporalitat i una demanda d'una alta flexibilitat, que conjuga amb el fet que aquestes condicions continuen en procés de negociació.

La segona estratègia per fer front a les creixents necessitats de cures ha sigut la contractació de treballadores de la llar i de les cures per part de les famílies. Com expressa Díaz Gorfinkiel, "el empleo del hogar pasa a plantearse tanto como una realidad social inevitable como una dinámica socio-laboral constituyente de un sistema de cuidados más amplio. [...] Potencia la resolución individualizada de una problemática que se interpreta como colectiva y, de esta manera, indirectamente ayuda a mantener el statu quo respecto a la distribución sexual del trabajo y a la redistribución social del trabajo reproductivo". No obstant, com es comentarà a la següent estratègia i tal com explicita Roca, el treball de la llar i de les cures remunerat té una vinculació amb la manca d'abordatge per part dels serveis públics d'aquesta situació, ja que ha existit una clara preeminència de les prestacions econòmiques per a la cura familiar per davant dels serveis. Aquestes prestacions sovint s'han utilitzat per contractar a aquestes persones, majoritàriament dones (segons dades presentades per Díaz Gorfinkiel, el 95,1% en el cas espanyol) i moltes d'elles migrades (representant un 63,1% del total). Per tant, es pot dir que el treball remunerat realitzat a la llar a través de la contractació familiar ha sigut un reflex de les desigualtats que es donen entre el nord i el sud global, en tant que les necessitats de cures han estat sostingudes en gran part a les esquenes de dones migrades.

L'anteriorment esmentat és indissociable de les condicions que envolten aquest tipus de treball. Segons argumenta Díaz Gorfinkiel, aquest destaca per ser un sector construït de manera "no laboral" i desenvolupat en un context d'aïllament. A més, l'històric ocultament d'aquestes relacions laborals ha portat a la invisibilització de diferents situacions vulnerabilitzants.

Les relacions laborals que es donen, a parer de Díaz Gorfinkiel, produeixen tres tipus d'efectes. Un és l'extensió de l'economia informal, promogut per una escassa consideració del sector com una activitat laboral i també per la seva realització en l'àmbit privat de la llar. Un altre es vincula amb les característiques en que es realitzen aquests treballs, essent treballs temporals, que mostren parcialitat, on les contractacions han tendit a ser pensades com a relacions personals, i comportant així grans conseqüències en com es realitza aquest treball. Alhora, un tercer efecte, es vincula amb elements normatius de precarització; malgrat que hi hauria moltes qüestions a destacar sobre aquestes, en podríem assenyalar que la llei no inclou el dret a l'accés per prestació d'atur, o el fet que la part contractant pugui extingir el contracte a través del desestiment, és a dir, al·legant en qualsevol moment i sense causes justificants que es posa fi a la relació laboral. En aquest sentit, cal tenir en compte que a finals de l'any 2011 es realitza el Conveni 189 sobre les treballadores i els treballadors domèstics, juntament amb la recomanació 201 per part de l'Organització Internacional del Treball (OIT). En aquest es desenvolupa per primera vegada una normativa sobre aquest sector d'activitat, establint articles amb drets mínims per dignificar el sector en els seus diversos àmbits. Així i tot, a data d'octubre del 2019, encara no ha sigut ratificat per part de l'Estat espanyol.

A aquesta situació, tal com fa menció Espinosa, cal afegir els condicionants i requeriments que estableix la legislació en matèria d'estrangeria com a eines restrictives per als drets i garanties fonamentals de les persones migrants, els quals tenen un especial impacte sobre les treballadores de la llar i de les cures. Segons les paraules de l'autora, es genera una divisió entre la població "autòctona" i "estrangera", sent aquesta segona la que realitza majoritàriament els treballs difícils de cobrir, poc reconeguts i amb els salaris més baixos. Entre altres requisits, per obtenir la residència temporal i el treball per compte aliè s'exigeix tenir una relació laboral i/o signar un contracte de treball d'almenys un any. Alhora, per tal que una persona pugui regular la seva situació administrativa s'exigeix haver d'estar en possessió d'un contracte signat i demostrar estar vivint durant tres anys en territori espanyol per poder iniciar la seva sol·licitud. Entre d'altres qüestions, cal fer èmfasi en les dificultats que suposa que les treballadores de llar i de les cures siguin contractades a través d'un contracte laboral signat. Aquestes situa-

cions s'entrecreuen, a més a més, amb problemes d'habitatge, autonomia personal i requisits econòmics. Amb tot, a l'hora d'analitzar les seves condicions de vida, com apunta Espinosa, "es necesario comprender que las trabajadoras no son vulnerables, sino que son las herramientas legales, entre otras cuestiones, las que las vulnerabilizan".

En tercer lloc, Ezquerra i Roca, mostren com, malgrat les transformacions que hauria de realitzar la legislació en matèria de polítiques públiques en pro del desplaçament de la família com a proveïdors principals i el fet d'entendre les cures des d'una perspectiva de drets, s'ha pogut evidenciar com una gran part d'aquestes continuen realitzant-se en el marc familiar. Aquesta qüestió es veu fonamentada per diversos factors, com podria ser perquè existeix una visió generalitzada que l'opció familiar és la socialment més acceptable. Però també podria ser perquè, tot i els canvis produïts per la crisi econòmica i les mesures d'austeritat, s'han prioritzat les prestacions econòmiques per la cura en l'entorn familiar abans que els serveis o la prestació econòmica vinculada al servei, aquesta primera caracteritzant-se per tenir un menor cost i per la seva facilitat de concessió i d'expansió del sistema. Ezquerra, a més, apunta que la cura en l'entorn familiar és sovint la primera preferència, davant les valoracions crítiques sobre els serveis d'ajuda domiciliària, ja que es considera que tenen una oferta fixa d'horaris, una durada i una tipologia de tasques de suport que les famílies perceben com a rígides, que ofereixen un model de cura sense referents estables, sense adaptar-se a la vida quotidiana i també per ser considerats insuficients. A més, aquests serveis, com s'ha esmentat, han comptat amb una forta presència i participació del sector privat – situació ja prevista en el marc regulador de la LAPAD i la Llei de serveis socials-, que ha crescut de manera clara respecte al públic, tant de manera privada com concertada i amb una oferta pública deficient. I, entre altres conseqüències, seguint a Roca, si els serveis s'ofereixen de manera privada i concertada es corre el risc d'escapar dels controls de qualitat de les administracions públiques.

En definitiva, tot i les transformacions, no ha existit l'esperat desplaçament de la família. Alhora, continua essent un treball poc visible, que s'associa a la domesticitat i que comporta un escàs reconeixement d'aquest, generant i promovent diferents tipus de desigualtats. Malgrat els canvis produïts, totes

les reflexions de les autores fan evident la necessitat de donar passos cap a abordar les cures per mitjà de les polítiques públiques d'una manera global. En la línia del que expressen els capítols més pràctics, s'ha d'anar més enllà d'efectuar actuacions en vers l'atenció a la cura de llarga durada, i tal com es mostra a l'experiència de l'Ajuntament de Barcelona, cal realitzar passes cap al reconeixement, la disminució de les diferents desigualtats associades a les cures i la redistribució d'aquestes. Com assenyalen Keller i Sol, s'està reivindicant un canvi d'enfocament que les consideri com un dret tridimensional: que totes les persones puguin rebre cura, que totes les persones puguin cuidar si ho decideixen i, per últim, que les persones que cuiden ho facin en un marc de reconeixement de drets. Així doncs, les reflexions analítiques s'entronquen amb el segon objectiu plantejat en l'inici de la publicació. Aquest faria referència a mostrar, des d'una visió pràctica, com es poden abordar les cures per mitjà de les polítiques locals.

Val a dir que tot i ser un fenomen global, la crisi de les cures té un impacte local. En la línia del que expressen Keller i Sol, aquest és un terreny on, des de diferents punts de partida, s'acaben materialitzant la major part de les polítiques públiques de cures, com podrien ser el cas dels serveis d'atenció directa a les persones, polítiques de temps, transferències monetàries i gran part de les infraestructures que es porten a terme. Tal com mostren aquestes autores a través de cinc exemples, Rubio amb l'experiència de l'Ajuntament de Barcelona i Espinosa amb l'agenda local per millorar les condicions de les treballadores de la llar i de les cures, des de l'escala local hi ha marge d'actuació per ampliar les polítiques que s'han tendit a realitzar, malgrat les diferències que poden existir a nivell de recursos, de dimensió i de context en el món local català.

Així, a més de les bones pràctiques i propostes que s'han exposat, també en podem extreure aprenentatges i reptes, que s'han de tenir força en compte i que es podran anar abordant amb el pas dels anys segons l'impuls de les administracions.

Un dels reptes més evidents és el de poder realitzar polítiques locals, malgrat que sovint les polítiques de cures no estan del tot desenvolupades des d'altres nivells administratius, com l'autonòmic o l'estatal. Per tant, per

realitzar un canvi que abordi totes les dimensions que s'han fet evidents al llarg del monogràfic, és important que aquest no es faci només a partir de l'escala local, sinó que s'acompanyi a partir de canvis, entre d'altres, en relació a la legislació laboral, inclosa la ratificació del Conveni 189 de l'OIT, la llei d'estrangeria, les polítiques de conciliació o el desplegament de les polítiques en matèria de dependència. D'aquí s'evidencia la necessitat que tots els àmbits institucionals assumeixin el seu paper en aquest aspecte, i que també es despleguin noves pràctiques des d'institucions supramunicipals, tenint en compte la realitat municipal catalana.

Més enllà d'aquesta limitació, existeixen experiències que aborden les cures en aquest terreny; tanmateix, cal que es faci des d'una visió àmplia i global. En aquest sentit, es proposa el reconeixement de la centralitat d'aquestes com una qüestió que afecta a tota la població, tenint en compte la noció de vulnerabilitat universal i també la interdependència que existeix entre les persones. A més, sorgeix la necessitat de desvincular a les famílies com a úniques proveïdores de cures i d'assegurar una corresponsabilitat de tots els actors socials. És a dir, cal garantir unes bones condicions, tant de les persones que proveeixen (des d'un àmbit remunerat com no remunerat) com de les persones cuidades. En aquesta línia, seguint amb l'esmentat anteriorment, generalment les competències vinculades amb els treballs de cures continuen partint d'una noció d'allò domèstic i femení. El repte també, seguint a Roca, és procurar que no es reproduïxin els rols de gènere en relació a la provisió de les cures promovent una major implicació dels homes en aquests treballs i, avançar cap a la qualitat i la qualificació de les persones que hi treballen. I, tal com apunta Espinosa, donar passos cap a la dignificació i reconeixement d'aquests treballs.

A diferència d'altres polítiques, cal tenir en compte que no es poden implementar només a través d'un sol àmbit, sinó que afecta a diferents àrees (salut, drets socials, educació, infraestructures, etc). En aquest sentit, el canvi requereix una mirada global i accions locals que parteixin, tal com recorden Keller i Sol i també Rubio, d'una estratègia planificada i amb una mirada polièdrica, que contempli les diferents àrees, serveis i actuacions. Rubio, a partir de l'experiència de la Mesura de govern de l'Ajuntament de Barcelona, esmenta que un dels principals reptes és que l'estructura

municipal incorpori el marc conceptual de la democratització de les cures. Així mateix, per contribuir a tenir aquesta visió global, cal que també s'involucrin aquelles àrees que no sempre s'han vinculat amb les polítiques assistencials o bé amb les polítiques de gènere. Com a estratègia, Keller i Sol aposten per incloure les cures en tots els plans locals que es realitzin des dels Ajuntaments o els òrgans supramunicipals. A més a més, per tal de realitzar polítiques que superin la noció tradicional de cures, només vinculades a l'assistència, s'ha de fomentar en un marc més ampli, tenint en compte tot el cicle de vida, àmbits i actors socials. Per poder fer una bona planificació, s'ha mostrat com és rellevant que les polítiques de cures parteixen d'una diagnosi de les necessitats de la població i, de la mateixa manera, que comptin amb dades i indicadors, per tal de realitzar una diagnosi i una avaluació adient que permeti continuar avançant.

D'aquesta manera, tant Rubio com Keller i Sol, aposten per destacar la necessitat d'abordar-les a partir de mecanismes d'intersectorialitat i transversalitat de gènere, segons Keller i Sol: "Els primers cerquen la coordinació de les diferents àrees i polítiques municipals per afavorir espais de trobada, de reflexió compartida, que permetin anar més enllà de la pròpia mirada i trobar punts en comú per una anàlisi integral de la realitat social. D'altra banda, el principi de transversalitat de gènere [...] insta als Ajuntaments a incorporar la perspectiva de gènere a totes les polítiques municipals". D'altra manera, també és important contemplar, en la línia del que expressa Espinosa, que les cures estan creuades per diferents desigualtats que interseccionen, i és per això que s'ha de tendir cap a unes actuacions que tinguin en compte la varietat de situacions que se sustenten en aquestes i les generen.

Per últim, com expressen Keller, Sol i Rubio, s'han de generar processos participatius, atorgant un poder efectiu a les persones que realitzen treballs de cures i també a les receptores. En aquest aspecte, Espinosa mostra, a través de l'experiència de la *Taula de defensa dels drets de les treballadores de la llar, la neteja i les cures*, la necessitat d'abordar les polítiques a partir de les pròpies treballadores i, per tant, de les seves protagonistes. Sovint aquestes s'entenen com un objecte d'anàlisi i d'intervenció, però no com a subjectes actives. Si no es té en compte aquesta realitat i si no

es generen espais de participació real, es continuaran realitzant polítiques que no contemplin les experiències i les necessitats de les seves protagonistes, podent tenir com a resultat la continuació i/o la generació d'altres tipus de desigualtats. Alhora, s'ha de tenir present que els canals institucionals de participació poden tenir limitacions i que existeixen dificultats estructurals perquè algunes persones hi participin, tal com assenyala Espinosa, sobretot si ens referim a dones migrades i que treballen en l'àmbit de les cures. A més, seguint a l'autora, cal considerar que existeixen altres formes de participació diferents de les que considerem com tradicionals, com és la generació de xarxes informals de suport. En aquest sentit, s'han de generar espais d'horitzontalitat, amb horaris adaptables, estudiant les diferents necessitats i on les persones siguin les principals protagonistes enteses com a subjectes actives en el disseny i la implementació de polítiques públiques.

De manera conjunta, les reflexions d'aquest volum assenyalen la necessitat de polititzar la cura, entenent-la com un àmbit clau on les polítiques públiques tenen un gran camí a fer, fent passes per posar-la en el centre d'acció i promovent-ne una organització social d'aquesta més justa, socialitzant-la i garantint que no se sustenti en cap tipus de privilegi ni desigualtat.

AUTORIES

SILVIA CARRILLO GÓMEZ

És graduada en Ciències Polítiques i de l'Administració per la Universitat Pompeu Fabra (UPF) i ha realitzat el màster en Estudis de Dones i Ciutadania impulsat per l'Institut Interuniversitari d'Estudis de Dones i Gènere (IIE-DG). Actualment coordina la línia de recerca Ciutats i Persones a l'Institut de Ciències Polítiques i Socials (ICPS), que entrecreu els estudis en clau de gènere amb l'àmbit local. A més, també col·labora realitzant tasques de consultoria amb perspectiva de gènere a l'associació Institut Quotidiana.

MAGDALENA DÍAZ GORFINKIEL

És doctora en Sociologia i professora visitant lectora en el Departament d'Anàlisi Social de la Universitat Carlos III de Madrid, així com consultora de l'Organització Internacional del Treball (OIT) en matèries relacionades amb el treball de la llar. Els seus temes fonamentals de recerca són els relatius al gènere i la migració, i més concretament al camp de la internacionalització de les cures de menors i el desenvolupament del treball de domèstic i de la llar d'origen migrant. En aquesta línia ha participat en diferents projectes d'investigació i ha publicat en diverses revistes nacionals i internacionals.

WENDY RAQUEL ESPINOSA SÁNCHEZ

És llicenciada en Ciències Jurídiques a la Universitat Marítima de Xile, Màster en Dret amb menció en Dret Privat a la Pontificada Universitat Catòlica de Valparaíso (Xile) i Màster en estudis de Dones, Gènere i Ciutadania amb menció en Polítiques públiques a l'Institut Interuniversitari d'Estudis de Dones i Gènere (IIEDG). Ha sigut Advocada de la Cort Suprema de Justícia de Xile, exercint com a advocada litigant a la Casa d'Acollida i el Centre de la Dona de Valparaíso, especialitzant-se en tramitació judicial de causes de violència masclista, en seu penal i tribunals de família. A partir del 2017, és coordinadora de projectes i assessoria jurídica en gestió d'immigració a l'Associació Mujeres Pa'lante a Hospitalet de Llobregat.

SANDRA EZQUERRA SAMPER

És doctora en sociologia per la University of Oregon (EEUU) i directora de la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. L'any 2013 va fundar el grup de recerca Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI), del qual n'ha estat des de llavors coordinadora. Les seves investigacions han estat centrades des de fa anys en qüestions relacionades amb l'economia feminista i l'economia de les cures. I la seva producció científica ha girat al voltant de les relacions entre la crisi econòmica i la crisi de les cures i sobre les potencialitats que ofereix el feminisme per a una organització social de les cures més democràtica.

CHRISTEL KELLER GARGANTÉ

És llicenciada en Ciències Polítiques i de l'Administració (UAB) i en Antropologia Social i Cultural (UNED). Actualment desenvolupa la seva tesi doctoral a la Universitat de Vic al programa d'Estudis de Gènere: Cultures, Societats i Polítiques, cursant una investigació sobre els projectes comunitaris en l'organització de les cures. També és membre de la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures. Fora de l'àmbit acadèmic, ha treballat des de l'any 2008 com a investigadora social, formadora i consultora especialitzada en polítiques d'igualtat de gènere i feministes.

MIREIA ROCA I ESCODA

És doctora en Antropologia Social i Cultural per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona (UB). Té experiència professional en l'àmbit de l'atenció a les persones en situació de dependència i el seu interès investigador s'ha centrat en l'organització social de la cura a les persones adultes, les relacions de gènere i les polítiques públiques. Actualment és professora associada del Grau de Treball Social de la Universitat de Barcelona i coordinadora tècnica de Serveis d'Ajuda a Domicili. Participa també en un projecte de recerca "El compromís dels homes amb les cures de llarga durada. Gènere, generacions i cultures de la cura" a la Universitat Rovira i Virgili i és membre del grup de recerca AFIN de la UAB.

XAVIER RUBIO CANO

És llicenciat en Geografia (UB, 1991) i postgraduat en Demografia (UAB, 1992) i, fins juny del 2019, cap de Departament d'Economia Social i de les Cures i Polítiques Alimentàries Urbanes (Direcció de Serveis d'Economia Cooperativa, Social i Solidària i Consum) de l'Ajuntament de Barcelona. Des de 1992 ha treballat en diferents àmbits socio-econòmics de les polítiques públiques locals (també als Ajuntaments de Sabadell i Manresa). A més, ha participat en diversos projectes de l'economia social i solidària i n'és pluri-cooperativista.

MIRIAM SOL TORELLÓ

És llicenciada en Psicologia (UAB) i Màster en Intervenció Psicosocial (UAB). Compta amb 10 anys d'experiència en el disseny i l'avaluació de polítiques públiques, així com en projectes de recerca social qualitativa. Ha treballat en l'àmbit d'intervenció comunitària i participativa en diferents contextos (Espanya, França, Haití). Actualment és coordinadora de projectes i sòcia de la cooperativa Spora Sinergies. Paral·lelament, ha participat en espais de pensament crític, acció veïnal i feminismes (com ara el Centre Social Exit, el Grup Esquizo Barcelona i La Electrodoméstica).



Ciutats i Persones

**ABORDANT LA CRISI DE LES CURES:
polítiques, treballs i experiències locals**

Silvia CARRILLO GÓMEZ (coord.)
Magdalena DÍAZ GORFINKIEL
Wendy Raquel ESPINOSA SÁNCHEZ
Sandra EZQUERRA SAMPER
Christel KELLER GARGANTÉ
Mireia ROCA I ESCODA
Xavier RUBIO CANO
Miriam SOL TORELLÓ