

**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; Ezquerra 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; Ezquerra, 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; Ezquerra, 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 desmercantilizador 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 sobreexploació 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.

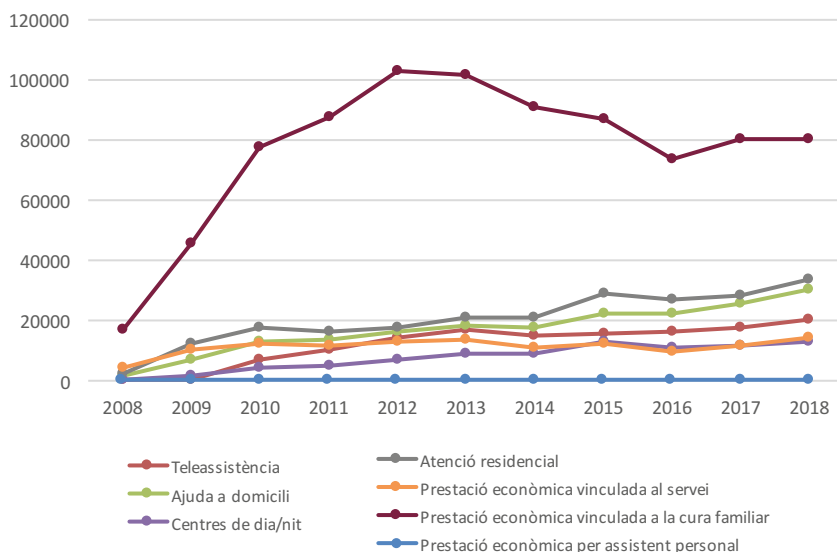
4.1. El rol de la família

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

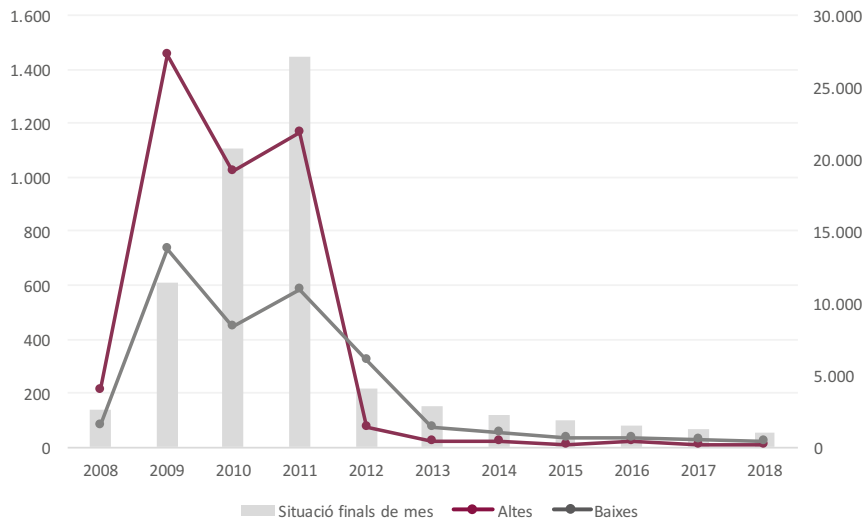
Font: elaboració pròpia a partir de Codorniu, 2014.

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

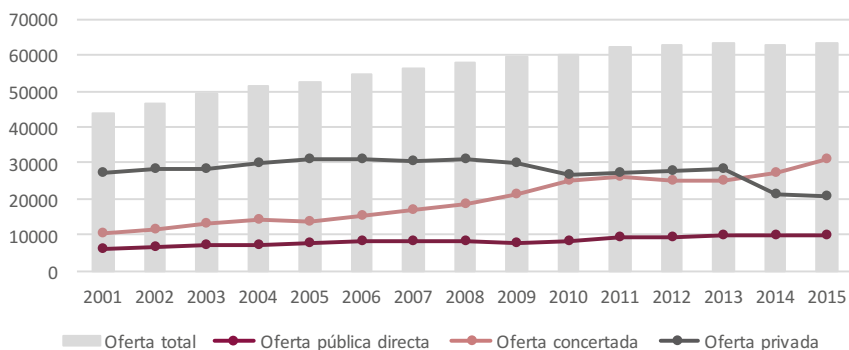
especial respecte a les entitats d'iniciativa social i les entitats de serveis socials acreditades". S'afegeix, a més, en el mateix article que:

“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.



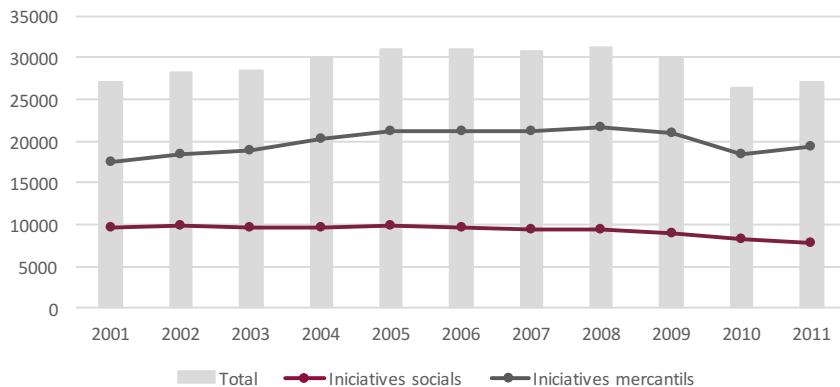
Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Mapa de Serveis Socials de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família, Generalitat de Catalunya.

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.