

**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 «rígid, 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 engregar-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 dependent, sovint, implica estar-ne dependent 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 apunten 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.