



**Economia de les cures i política
municipal: cap a una democratització
de la cura a la ciutat de Barcelona**

Sandra Ezquerro
Elba Mansilla



estudis temps i cures



**Economia de les cures i política
municipal: cap a una democratització
de la cura a la ciutat de Barcelona**

Sandra Ezquerro
Elba Mansilla



**Ajuntament
de Barcelona**

UVIC

UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

LA
CIUTAT
INVISIBLE
.coop

**Economia de les cures i política municipal: cap a una
democratització de la cura a la ciutat de Barcelona**

Col·lecció Estudis Temps i Cures

© de l'edició: Ajuntament de Barcelona

Autores

Sandra Ezquerro - Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament
i Cultures, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.
Elba Mansilla - La Ciutat invisible, SCCL

Traducció i Correcció

Gemma Salvà Santanachs

Disseny gràfic

Àngel Uzquiano

Imatges

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

Edició i coordinació de la col·lecció

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

Data

1a edició: maig 2018

ISSN: 2013-4851

Dipòsit legal: B-19.030-2009

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

SUMARI

I. PRESENTACIÓ	7
II. ALTRES ECONOMIES	11
1. L'economia feminista	11
2. L'economia de les cures	17
3. L'economia social i solidària	19
III. MARC DE DEMOCRATITZACIÓ DE LA CURA	21
1. Reconeixement de la centralitat social de la cura	23
2. Socialització de la cura	24
3. Reducció de la (mal)divisió social de l'organització social de la cura des d'una perspectiva interseccional	25
4. Apoderament entorn de l'organització social de la cura	26
IV. METODOLOGIA I RECOLLIDA DE DADES	29
1. Anàlisi de dades i de documentació	30
2. Entrevistes semiestructurades	32
2.1. Les veus dels projectes, els serveis i les experiències	32
2.2. Les veus de les persones usuàries i cuidadores	36
V. ANÀLISI I DISCUSSIÓ DE LES EXPERIÈNCIES	42
1. Adequació dels serveis i espais als eixos estratègics de democratització de la cura	43
2. Reconeixement de la centralitat social de la cura	45
2.1. Valorització social i simbòlica de la cura	45
2.1.1. Anàlisi i discussió de la valorització social i simbòlica de la cura	45
2.1.2. Propostes d'actuació per promoure la valorització social i simbòlica de la cura	51
2.2. Garantia que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona	53
2.2.1. Anàlisi i discussió de la cura familiar no remunerada	53
2.2.1.1. Organització de la cura en el marc de la família	
a. Impactes de l'organització familiar de la cura en la salut i el benestar de la persona cuidadora	
• Impactes de la cura en la salut física	
• Impactes de la cura en la salut mental i emocional	
• Impactes de la cura en el benestar	
b. Impactes de l'organització familiar de la cura en l'esfera relacional de la persona cuidadora	
c. Impactes de l'organització familiar de la cura en la disponibilitat de temps de la persona cuidadora	

d. Impactes de l'organització familiar de la cura en els projectes vitals de la persona cuidadora:	
• Impactes de la cura en la trajectòria formativa	
• Impactes de la cura en la trajectòria professional	
• Impactes econòmics de la cura	
• Impactes de la cura en la planificació de la pròpia cura en el futur	
2.2.2. Anàlisi i discussió de la cura remunerada, formal i informal	72
2.2.2.1. La cura remunerada: un sector feminitzat i racialitzat	
2.2.2.2. Baixa protecció laboral	
2.2.2.3. Característiques específiques del treball de cura que promouen la precarietat	
2.2.2.4. Externalització dels serveis de cura	
2.2.3. Propostes d'actuacions per garantir que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona	84
2.3. Socialització de la cura	87
2.3.1. Percepcions sobre la responsabilitat de la cura	89
2.3.2. Socialització de la cura vers l'àmbit comunitari	93
2.3.2.1. Anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari	
a. Grups de criança i grups de criança compartida	
b. Grups de suport a persones cuidadores	
c. Resum del potencial democratitzador de la cura en l'àmbit comunitari	
2.3.2.2. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari	
2.3.3. Socialització de la cura vers les administracions públiques	105
2.3.3.1. Anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers les administracions públiques	
a. La cura de la canalla	
b. La cura de la gent gran	
c. Resum del potencial democratitzador de la cura en les administracions públiques	
2.3.3.2. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers les administracions públiques	
2.3.4. Socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre	126
2.3.4.1. Anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre	
a. Socialització de la cura vers el sector privat amb ànim de lucre	
b. Socialització de la cura vers el sector privat sense ànim de lucre	
c. Resum del potencial democratitzador de la cura en el sector privat amb i sense ànim de lucre	
2.3.4.2. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre	
VI. REPTES I AGRAÏMENTS	138
VII. BIBLIOGRAFIA	140
VIII. SOBRE LES AUTORES	146

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Distribució per sexes (expressada en percentatges) de les tasques de la llar i de cura a les llars, 2015	14
Taula 2. Marc de democratització de la cura	22
Taula 3. Resum de l'eix estratègic del reconeixement de la centralitat social de la cura	23
Taula 4. Resum de l'eix estratègic de la socialització de la cura	25
Taula 5. Resum de l'eix estratègic transversal de la (mal)divisió social del treball que caracteritza l'organització social de la cura	26
Taula 6. Resum de l'eix estratègic transversal de l'apoderament entorn de l'organització social de la cura	27
Taula 7. Marc de la democratització de la cura. Eixos i dimensions	28
Taula 8. Relació d'experiències de cura analitzades	35
Taula 9. Relació de persones cuidadores professionals, no professionals i receptores de cura entrevistades	40
Taula 10. Adequació de serveis i espais als eixos estratègics de democratització de la cura	44
Taula 11. Propostes d'actuacions per promoure la valorització social i simbòlica de la cura	52

Taula 12.

Mitjana d'afiliacions a la Seguretat Social en alta en el Règim General (Sistema Especial d'Empleats de la Llar) el mes de gener del 2017, per sexe. Absoluts i percentatges

74

Taula 13.

Mitjana d'afiliacions a la Seguretat Social en alta en el Règim General (Sistema Especial d'Empleats de la Llar) i total d'afiliacions de persones estrangeres no comunitàries el mes de gener del 2017, per sexe. Absoluts i percentatges

75

Taula 14.

Percentatge de persones estrangeres no comunitàries de la mitjana d'afiliacions a la Seguretat Social en alta en el Règim General (Sistema Especial d'Empleats de la Llar) i del total d'afiliacions del mes de gener del 2017, per sexe

75

Taula 15.

Propostes d'actuacions per garantir que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona

85

Taula 16.

Resum del potencial democratitzador de la cura de l'àmbit comunitari

104

Taula 17.

Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari

105

Taula 18.

Resum del potencial democratitzador de la cura en les administracions públiques

123

Taula 19.

Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers les administracions públiques

124

Taula 20.

Resum del potencial democratitzador de la cura en el sector privat amb i sense ànim de lucre

136

Taula 21.

Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre

137

I. Presentació

Un dels lemes més reiterats pel moviment feminista des de la dècada del 1970 ha estat: «Les dones sostenim el món». És un lema concís i senzill, però que posa de manifest una de les contradiccions del sistema econòmic més silenciades des del naixement de la societat industrial: la divisió entre l'economia considerada productiva i totes aquelles tasques fonamentals per al sosteniment de la vida i el funcionament del sistema econòmic, consistents en la cura de les persones i de les llars. La conseqüència principal d'aquesta fractura imposada, així com de la subordinació de l'àmbit reproductiu al productiu, ha estat l'eliminació, en l'imaginari col·lectiu i en la vida social, de la cura com a eix conductor de la vida social i econòmica, i la seva construcció, social i ideològica, com una dimensió, en primer lloc, inherentment femenina i, en segon lloc, profundament racialitzada.

Ben avançada la segona dècada del segle XXI —després de molts anys d'hegemonia de polítiques neoliberals que contribueixen, entre altres processos, a la mercantilització de la cura, i/o que intensifiquen la seva invisibilització, i després d'una gestió austericida de la crisi econòmica que ha imposat retallades, sobretot en l'àmbit de la reproducció social—, el feminisme reivindica la importància de la cura amb una vitalitat i una insistència renovades; reivindica que és un element bàsic per a la construcció i el manteniment d'una societat democràtica, inclusiva i cohesionada; que és una responsabilitat que cal assumir d'una manera col·lectiva; i que la seva organització ha d'ocupar un lloc privilegiat en el debat social i en l'acció política i econòmica. Ara bé, la generació de benestar i l'atenció i cura de les persones no han estat —ni són— un element central de les polítiques públiques ni dels debats econòmics. Aquesta negligència s'explica perquè històricament, tal com s'ha dit, la cura ha estat exclosa de l'economia, cosa que queda reflectida, encara avui dia, segons s'explica en aquest document, en el fet que un elevat percentatge de la seva realització estigui concentrat en mans de les dones i en el marc de la família.

En aquest sentit, la irrellevància i la invisibilitat politicoeconòmiques de què la cura continua sent objecte fa que les societats no es preguntin gaire sovint, d'una manera col·lectiva, com cuiden ni com haurien de cuidar. Els éssers

humans, tanmateix, ens caracteritzem, d'una banda, per una inherent i constant vulnerabilitat en el transcurs de les nostres vides i, de l'altra, per una gran capacitat per abordar aquesta vulnerabilitat des de la solidaritat i la interdependència. Si no cuidem o no ens cuiden en els nombrosos moments de la vida en què ho necessitem, no solament es trenca l'axioma de la solidaritat i de la vida en comú, sinó que, a més a més, les condicions bàsiques per garantir una vida digna i per participar en les nostres comunitats, en el mercat laboral, en la cultura, o en moltes altres esferes de la vida social, es veuen minvades. Dit d'una altra manera, l'edifici social comença a trontollar.

En aquests moments, allò que impedeix que aquest edifici social s'ensorri és, sobretot, l'esforç silenciós i invisible de famílies (en especial, dones) que cada dia fan malabarismes per tenir cura dels més petits, dels no tan petits i de les persones grans, i que en pateixen les conseqüències quotidianes en la seva salut, en el seu benestar i en els seus projectes vitals a curt, mitjà i llarg termini. Encara que les famílies —i les dones, en el seu si— continuen tenint un protagonisme innegable en la cura, aquest protagonisme va acompanyat: en primer lloc, de l'existència de programes, serveis, permisos i prestacions de caràcter públic que, si bé són imprescindibles per reduir la càrrega de cura de les famílies, sovint són insuficients, no sempre garanteixen l'accés a qui ho necessita, i no sempre s'adeqüen a les necessitats de qui hi accedeix; en segon lloc, cal no perdre de vista la solidaritat, entre d'altres, de veïns o amigues, la qual, si bé esdevé imprescindible per acompanyar i tenir cura de les persones d'una manera comunitària, sovint reproduïx la divisió sexual dels treballs que impera a la llar i es dona en un context en què les relacions de veïnatge i la xarxa comunitària perden intensitat i s'accentua l'atomització de les nostres vides; en tercer lloc, és fonamental visibilitzar l'emergència i el creixement de la cura com a nínxol econòmic per respondre a l'increment de demanda de cura per part de certs col·lectius socials. No obstant això, aquesta resposta sovint es tradueix en la suposada cobertura d'una necessitat bàsica, com ara la cura mitjançant la generació de noves fonts de negoci, de precarietat laboral i d'exclusions socials.

És cert que les quatre «fonts de cura» conformen, en diferent mesura, respostes importants per cobrir necessitats d'atenció de la ciutadania. També és cert, però, que sovint funcionen i conviuen d'una manera poc planificada, contradictòria i plena de tensions, i es mostren incapaces de garantir una cura digna i de qualitat i generen múltiples i profundes desigualtats socials. Aquesta és, precisament, la gran paradoxa de la cura tal com la coneixem avui dia: la seva importància en la generació de benestar i la seva aportació al sosteniment del sistema econòmic són enormes; tanmateix, la seva invisibilització i la seva organització actual no només dificulten aquesta generació de benestar, sinó que, a més a més, conformen un dels principals jaciments de desigualtat i d'exclusió social a les nostres ciutats.

Davant d'això, creixen les veus que demanen una reflexió generalitzada sobre l'organització social de la cura. Els nombrosos estudis i treballs analítics de les darreres dècades sobre la cura han donat pas en anys recents a un debat sobre la construcció d'una agenda política de cura transformadora i feminista (Delicado, 2011; Esquivel, 2014, 2015). Aquest document pretén contribuir a aquest debat, alhora que defineix quins haurien de ser els eixos principals d'una política transformadora i feminista de la cura a la ciutat de Barcelona. Presenta els resultats principals d'un projecte de recerca dut a terme per les

autores —a petició del **Comissionat d'Economia Cooperativa, Social i Solidària** i de la **Regidoria de Cicle de Vida, Feminismes i LGTBI** de l'**Ajuntament de Barcelona**— entre el mes de setembre del 2015 i el mes de desembre del 2016. La recerca ha partit de l'anàlisi de documentació diversa sobre la temàtica de l'economia de les cures, així com de la realització d'entrevistes en profunditat a persones receptores i proveïdores de cura — professionals i no professionals — d'espais i serveis de gestió municipal — privada i comunitària —, així com de l'àmbit familiar. Paral·lelament a l'elaboració de l'estudi, hem participat en la realització d'un mapeig de serveis i programes municipals de cura, i en diversos grups de treball, amb l'objectiu, no només de transversalitzar i traslladar els eixos estratègics per a la democratització de la cura als diferents departaments i àrees de l'administració local, sinó també de contrastar el nostre treball amb persones expertes i professionals en l'àmbit de la cura. Podem afirmar que **aquesta recerca ha tingut voluntat, també, de procés.**

L'objectiu del projecte ha estat explorar la provisió i recepció de cura a la ciutat per tal de poder formular recomanacions d'actuació per democratitzar-la. Partint de la premissa que la cura constitueix un fonament imprescindible de la nostra vida en comú i que, per tant, cal col·locar-la en el centre de les prior-

L'objectiu del projecte ha estat explorar la provisió i recepció de cura a la ciutat per tal de poder formular recomanacions d'actuació per democratitzar-la.

ritats polítiques, socials i econòmiques, aquest document pretén contribuir a l'impuls de l'economia de les cures a la ciutat d'acord amb un objectiu polític fonamental: **la democratització de la cura, tant per a les persones que la propor-**

cionen com per a aquelles que la reben. Això significa, específicament, **reconèixer la cura com una part central de la vida socioeconòmica de la ciutat, promoure la corresponsabilitat de tots els actors socials a l'hora de garantir el dret a una cura digna i de qualitat, i treballar per reduir les desigualtats socials que caracteritzen, tant la provisió com la recepció de cura.** El resultat final d'aquest treball és, en última instància, tot un seguit de propostes, recomanacions i actuacions recollides en la **Mesura de Govern per a la Democratització de la Cura (2017-2020)** de l'Ajuntament de Barcelona.

El contingut del document s'organitza en les parts següents: en primer lloc, i amb el propòsit de començar a pensar la cura des de paradigmes alternatius als que predominen en l'actualitat, es fa un recorregut per tradicions de pensament i pràctica econòmica allunyades de l'economia convencional: l'economia feminista, l'economia de les cures i l'economia social i solidària.

En segon lloc, es proporciona un doble marc conceptual —la democratització de la cura i la justícia de gènere—, el qual contribueix a establir eines analítiques i operatives per al disseny, la implementació i l'avaluació d'una política pública sobre la cura amb vocació transformadora. Els dos models es construeixen a partir de mirades clarament feministes i d'una vocació explícitament socialitzadora de la cura i de reconeixement de la seva centralitat en la vida social i econòmica. En aquest sentit, aborden múltiples tensions, contradiccions i desigualtats presents en l'organització actual de la cura i aspiren a contribuir a l'avenç per a la seva superació.

En tercer lloc, es presenten la metodologia utilitzada en el projecte i les dades resultants del treball de camp realitzat a la ciutat de Barcelona en dues fases diferenciades: 1) entre l'octubre i el desembre del 2015 es van fer entrevistes a serveis, programes i experiències entorn de l'economia de les cures que actualment hi ha a la ciutat de Barcelona, amb vincles variables amb l'administració municipal; entre el juliol i el novembre del 2016 es van fer entrevistes a persones proveïdores i receptores de cura a la ciutat en diferents moments del cicle de vida i en diverses situacions de vulnerabilitat que, al seu torn, generen necessitats de cura específiques. A més a més, es va participar en l'elaboració d'un mapeig dels serveis i programes relacionats amb l'economia de les cures que actualment hi ha a l'Ajuntament de Barcelona i en diversos espais de treball tècnic i de debat sobre l'organització social de la cura a la ciutat.

És a partir de tot això que s'estableix una diagnosi majoritàriament qualitativa de la situació de les diferents experiències analitzades. Aquesta diagnosi ens permet subratllar-ne les forteses, el potencial i les possibles tensions, així com alguns aspectes que es consideren problemàtics i els seus reptes. A més a més, inclou una caracterització de les contradiccions i els conflictes inherents a la provisió de cura a la ciutat en situacions múltiples i diverses, tant si és proveïda d'una manera remunerada, com en un marc públic o comunitari o per part de membres de la família. La discussió d'aquestes experiències, explicades en primera persona per les persones protagonistes, ens permet contrastar les pràctiques, necessitats i mancances que hi ha actualment, i contribueix a establir un model de democratització de la cura caracteritzat per la cerca de justícia social i de gènere.

El resultat és una relació de propostes d'actuació formulades en el transcurs de les entrevistes, que posteriorment es contrasten amb diferents actors. Aquestes propostes d'actuació no aspiren a solucionar automàticament totes les mancances i injustícies que caracteritzen l'organització social de la cura actual: ni el canvi pot ser automàtic, ni un Govern municipal té capacitat per emprendre'l tot sol, sense la implicació d'altres administracions i d'altres actors socials. Dit això, esperem que les propostes siguin viables i es puguin materialitzar a curt o mitjà termini. Esperem també que, juntament amb la resta del document, i amb la presentació i el desplegament de la Mesura de Govern per a la Democratització de la Cura a la ciutat de Barcelona, contribueixin a obrir un debat ampli sobre l'economia de les cures, l'objectiu principal del qual sigui marcar una diferència en el tractament de la cura per part de les polítiques municipals. Esperem, en definitiva, que les reflexions, conclusions i propostes aquí presentades només siguin una primera aportació al que ha de ser un llarg camí d'estudis, debats i, sobretot, transformacions, sobre la manera com la cura —una dimensió tan fonamental i alhora tan invisibilitzada de les nostres vides— és pensada, exercida i rebuda pels ciutadans i ciutadanes de Barcelona, i més enllà.



II. ALTRES ECONOMIES

En aquest apartat es presenten els dos corrents teòrics principals —l'economia feminista i l'economia de les cures— sobre els quals s'erigeix el projecte, així com un tercer corrent —l'economia social i solidària—, el qual, no només comparteix principis fonamentals amb l'economia feminista, sinó que també té el potencial de generar importants contribucions a l'hora d'impulsar una nova economia de les cures més enllà de la família, del sector privat i de l'Estat.

1. L'economia feminista

Des de la dècada del 1970, l'economia feminista ha desenvolupat una crítica epistemològica i metodològica en profunditat de les tradicions clàssiques i neoclàssiques del pensament econòmic. La seva aportació principal ha estat l'elaboració d'una nova visió del món social i econòmic que té com a objectiu fonamental la promoció de les condicions de vida de les persones i que pren en consideració la totalitat dels treballs necessaris per a la subsistència, el benestar i la reproducció social. Enfront del biaix mercantil i monetarista dels models econòmics convencionals, l'economia feminista, en primer lloc, rebutja delimitar-ne l'interès, l'anàlisi i l'actuació a l'esfera considerada productiva i al treball mercantil (històricament considerat masculí) i, en segon lloc, reivindica les importants aportacions realitzades des del treball no mercantil, no només al funcionament del conjunt del sistema econòmic, sinó, particularment, a la cura de la vida humana i a la provisió de benestar (històricament

considerat femení). L'economia feminista reivindica que la vulnerabilitat i la (inter)dependència són inherents a la condició humana, i defensa la centralitat de l'anomenada «economia de les cures», atès que és un aspecte fonamental i imprescindible de l'entramat de la vida i de les necessitats humanes (Carrasco, 2011; Pérez Orozco, 2014).

A diferència de les escoles econòmiques tradicionals, que històricament han obviat la importància social i econòmica del treball reproductiu i han naturalitzat o reproduït acríticament la construcció social de la seva responsabilitat com a inherentment femenina, l'economia feminista parteix d'una doble premissa amb profundes implicacions polítiques: 1) existeix una relació dinàmica entre els àmbits productiu i reproductiu; i 2) la línia que separa aquests àmbits, definida per la divisió sexual del treball, és porosa i canviant (Carrasco, 2011, 2013). És a dir, el que succeeix en qualsevol de les dues esferes sempre té un impacte en l'altra, i les activitats que es duen a terme en cadascuna d'elles varien en el temps (per exemple, en èpoques de crisi econòmica) i en l'espai (per exemple, en diferents contextos socioeconòmics).

En termes més concrets, i si analitzem les dades existents, tant de l'esfera reproductiva com de la productiva, veiem, en primer lloc, que les dones encara tenen un paper preponderant en la provisió de la cura familiar en diferents moments del cicle vital i en diferents situacions de malaltia, de discapacitat i

Les dones encara tenen un paper preponderant en la provisió de la cura familiar en diferents moments del cicle vital i en diferents situacions de malaltia, de discapacitat i d'autonomia funcional restringida.

d'autonomia funcional restringida. Segons dades de l'Idescat del 2011, el temps mitjà diari que les dones destinen a la llar i a la família és de 4 hores i 14 minuts, mentre que els homes hi destinen 2 hores i 35 minuts. A Barcelona, segons l'Enquesta de Condicions de Vida i

Hàbits de la Població, l'any 2011, el 30,82 % dels homes dedicaven al treball domèstic i de cura entre 1 i 10 hores setmanals, i el 34,78 % hi dedicaven de 10 a 20 hores. En el cas de les dones, el 27,90 % hi dedicaven entre 10 i 20 hores; el 23,10 %, entre 20 i 40 hores; i el 21,60 %, 40 hores o més.

En la taula 1 es mostra, a partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya del 2015, la distribució per sexe del treball de la llar i de cura en diferents escenaris: les feines de la casa, la cura de persones amb discapacitat dins la llar, la cura de menors de 15 anys i la cura de familiars grans. Tal com es pot observar, les dones tenen més pes que els homes en tots quatre escenaris (el 47,27 % *versus* el 39,95 % en la cura de persones amb discapacitat; el 17,53 % *versus* l'1,72 % en la cura de menors; el 4,79 % *versus* l'1,95 % en la cura de gent gran; i el 70,36 % *versus* el 12,75 % en les tasques de la llar), tot i que les situacions en què hi participen en major mesura la persona entrevistada i la seva parella són la cura de menors i les tasques de la llar. L'enquesta apunta un cert grau de participació de persones de la llar que no són la parella, però no especifica qui són aquestes persones ni si són homes o dones. D'altra banda, les situacions en què tots els membres de la llar cuiden de manera conjunta són molt poc freqüents.

Aquest escenari que perviu en l'àmbit del que es considera l'àmbit reproductiu i, per tant, aliè a l'esfera econòmica, està profundament relacionat amb la

situació de les dones en el mercat laboral i en l'economia considerada real. La identificació social de la cura com quelcom inherentment femení, així com la seva invisibilització i menysteniment, promouen la discriminació laboral de les dones i la seva situació de desavantatge en el mercat de treball amb relació als homes.

Les dades de l'Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2016 indiquen que la mitjana d'hores setmanals que les dones dediquen al treball remunerat és de 33,8, front les 39,7 hores dels homes. Això es relaciona amb el fet que, actualment, el 25,2 % de les dones treballen a jornada parcial, *versus* el 7,9 % dels homes. Aquest diferencial està molt relacionat amb la divisió sexual del treball en l'organització familiar de la cura: del total de persones contractades a jornada parcial l'any 2016, el 18,6 % eren dones que especificaven com a motiu la cura de la canalla o de persones adultes malaltes, en situació de discapacitat o grans, i altres obligacions familiars i personals. Els homes que van al·legar aquest motiu van ser únicament el 1,8 % del total de persones contractades a temps parcial.

Aquesta articulació marcada pel gènere entre l'àmbit de la cura no remunerada i el mercat laboral genera, en darrer lloc, desigualtats salarials entre homes i dones. En el context de Catalunya, els estudis més recents indiquen que actualment la bretxa salarial és del 26 %, i també coincideixen a afirmar que aquesta desigualtat és fruit de la dedicació desigual d'homes i dones a les tasques domèstiques i de cura a la llar. Aquestes desigualtats es manifesten, al seu torn, en la situació de desavantatge que pateixen les dones, tant en el salari base (18,4 % de bretxa), com en els complements salarials —complements personals, complements relacionats amb el lloc de treball, plusos de penositat o toxicitat, complements per qualitat i quantitat de treball, i incentius de productivitat— (36,4 % de bretxa), i en els plusos de nocturnitat, en el treball per torns o en el treball durant el cap de setmana (bretxa de gairebé el 40 %), així com en els pagaments per hores extraordinàries (75 % de bretxa).

La combinació de totes aquestes situacions promou la feminització de la pobresa i de la precarietat, tant en la vida adulta com durant la vellesa. Així, segons dades del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, l'any 2016 hi havia 4.242.652 homes que cobraven una pensió contributiva de jubilació, *versus* 3.290.371 dones. Les quanties mitjanes de les pensions masculines eren de 1.312,13 euros i, les de les dones, de 896,27 euros. Del conjunt de persones que cobraven una pensió de jubilació inferior als 700 euros mensuals, 2.222.728 eren dones i 1.237.112 eren homes, mentre que del conjunt de persones que cobraven una pensió de jubilació superior als 1.500 euros mensuals, 1.083.546 eren homes i 219.694 eren dones. Això es tradueix en una major taxa de risc de pobresa entre les dones grans que entre els homes, així com en més mancances materials i en més dificultats per arribar a final de mes.

Taula 1. Distribució per sexes (expressada en percentatges) de les tasques de la llar i de cura a les llars, 2015

	Persona cuidadora principal de les persones discapacitades de la llar			Persona cuidadora d'infants menors de 15 anys			Persona cuidadora de persones de 65 anys i més (no discapacitades)			Qui s'ocupa principalment de les feines de la casa		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Persona entrevistada	22,01	17,71	25,33	6,17	1,25	10,87	2,31	1,43	3,15	26,54	10,89	41,47
La seva parella	17,03	21,94	13,24	3,49	6,66	0,47	1,07	1,64	0,52	15,05	28,89	1,86
Persona entrevistada + parella	11,16	12,01	10,50	16,76	17,81	15,75	1,00	1,05	0,95	28,90	31,95	25,99
Persona entrevistada + algú diferent de la parella	4,33	4,27	4,38	1,08	0,37	1,76	0,26	0,26	0,25	7,75	5,70	9,70
Persona entrevistada + persona contractada	1,00	0,33	1,52	0,03	-	0,07	0,02	-	0,04	1,34	0,76	1,90
Una altra persona de la llar diferent de la parella	15,29	16,09	14,67	5,05	5,71	4,41	0,94	0,96	0,93	15,14	17,43	12,95
Persona contractada	3,86	4,17	3,62	0,15	0,23	0,08	0,17	0,09	0,24	3,71	2,97	4,41
Serveis Socials	0,85	-	1,51	-	-	-	0,03	0,06	0,01	0,23	0,21	0,25
Entre tots els membres de la llar	0,68	0,66	0,70	0,42	0,49	0,35	-	-	-	1,04	0,92	1,15
Entre tots els membres de la llar + persona contractada	0,23	0,53	-	0,04	-	0,07	0,02	0,05	-	0,00	0,00	-
Un familiar que no viu a la llar	0,08	-	0,13	0,03	0,05	0,00	0,01	-	0,01	0,28	0,24	0,32

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

La relació entre l'àmbit de la cura familiar i del treball de la llar i l'economia considerada productiva és, des d'una perspectiva de gènere, dialèctica, ja que, de la mateixa manera que la construcció social de la cura com quelcom femení promou la desigualtat de gènere en el mercat laboral —segons s'ha apuntat abans—, la situació d'inferioritat de les dones en el mercat laboral afavoreix, en molts casos, que en situacions de necessitat de cura familiar siguin elles les que facin una jornada laboral reduïda o abandonin la seva trajectòria professional per donar-hi una resposta. És per això que l'economia

feminista aborda l'àmbit reproductiu i productiu d'una manera conjunta i entén que la situació social de les dones no pot millorar, tret que s'introdueixin simultàniament canvis en ambdós àmbits.

A més de tractar l'esfera productiva i l'esfera reproductiva com a àmbits de la vida social en constant interacció, l'economia feminista denuncia el protagonisme social i econòmic de la primera, a partir de la qual s'organitzen la resta d'esferes socials. Un dels eixos centrals de les discussions en el si del feminisme ha girat al voltant de dues maneres diferents d'abordar la justícia de gènere: la igualtat i la diferència. En el context de la cura, l'abordatge de la igualtat es materialitza en el foment de la justícia de gènere mitjançant la promoció de l'ocupació laboral femenina; l'abordatge de la diferència es materialitza en la promoció de la justícia de gènere, principalment donant suport a la cura informal.

El problema principal del primer abordatge és que corre el risc de pressuposar «allò masculí» com a norma, i posa les dones en situació de desavantatge i imposa a totes i a tots una concepció de l'economia que equipara treball amb ocupació. Nancy Fraser (2015) s'hi refereix com a «model de proveïdor universal». Això es tradueix en la promoció de la justícia de gènere mitjançant la incorporació de les dones en el mercat laboral i en l'economia «productiva», que mantenen un paper central en la vida econòmica, mentre que la cura i el treball domèstic no remunerat (l'àmbit de la reproducció) continuen tenint-hi un paper marginal. La divisió sexual del treball i d'esferes és transgredida només en la mesura en què les dones s'incorporen a l'àmbit laboral i «productiu» i no es qüestiona la identificació social de les dones amb l'àmbit reproductiu i la dels homes amb el productiu. La incorporació laboral de les dones com a motor exclusiu de la justícia de gènere presenta profundes limitacions, ja que, com sabem, es dona en condicions de desavantatge en comparació amb els homes. Si a això hi afegim l'escassa atenció social i política que l'àmbit reproductiu rep en l'actualitat, l'estratègia es tradueix en un augment de la càrrega global de treball de les dones (s'incorporen al mercat laboral i alhora continuen sent responsables del treball domèstic i de cura), en una reproducció de la divisió sexual del treball existent, i en una perpetuació, tant de la centralitat de l'economia «productiva», com de la marginació de la reproductiva.

D'altra banda, el segon abordatge també és problemàtic, perquè pot respondre, sovint d'una manera no intencionada, a conceptes essencialistes i naturalitzadors d'una feminitat orientada a la reproducció social, amb la qual cosa reforça els estereotips associats a suposades diferències biològiques o psicològiques, i confina les dones a les divisions i especialitzacions de gènere existents. Nancy Fraser s'hi refereix com a «model de paritat de la persona cuidadora». Això es tradueix en un suport —principalment en la forma de prestacions econòmiques— a la cura informal realitzada en l'àmbit reproductiu familiar. Si bé això dona com a resultat una certa ampliació de la importància dipositada en el treball domèstic i de cura, l'àmbit «productiu» no perd en cap cas la seva centralitat social i econòmica. D'altra banda, a diferència del model anterior, no es potencia necessàriament la incorporació de les dones en el mercat laboral com a eina principal de consecució de la justícia de gènere, i l'absència d'un qüestionament de la divisió sexual del treball i d'esferes perpetua la invisibilització de la reproducció en l'àmbit familiar i domèstic, així com la reclusió de les dones en aquest àmbit.

En definitiva, ni és possible assolir la justícia de gènere mitjançant la mera incorporació de les dones en el model masculí d'ocupació (Carrasco, 2013), ni és possible fer-ho promovent marcs normatius i d'intervenció que continuïn marginant l'esfera reproductiva de la vida econòmica i que perpetuïn l'essencialització de la capacitat i la responsabilitat vers la cura com a elements innats a les dones (vegeu Diputación Foral de Guipúzcoa, 2012).

Davant d'aquest dilema, sorgeixen diverses veus des del feminisme —com ara la de la mateixa Fraser— que aposten per reinterpretar conceptualment la justícia de gènere i abordar-la com una idea complexa i multidimensional que engloba una pluralitat i diversitat de principis normatius. Això implica transformar radicalment el model predominant de ciutadania i de subjecte de drets (inherentment masculins) i desplaçar la centralitat de l'economia «productiva» de la vida social, política i econòmica. Davant els models de «proveïdor universal i de paritat de la persona cuidadora», Fraser (2015) proposa capgirar les jerarquies econòmiques actualment existents i caminar cap al model de «persona cuidadora universal». Això comporta que els patrons de vida que avui es consideren femenins esdevinguin la norma per a tots i totes, i que el mercat laboral estigui dissenyat per a treballadors i treballadores remunerats que, fruit del desmantellament de l'oposició sexista entre «l'activitat proveïdora» i «l'activitat cuidadora», també siguin cuidadors i cuidadores. A més a més, comporta la integració d'activitats que actualment estan separades, l'eliminació de la seva codificació de gènere i, en definitiva, la reducció de la importància del gènere com a principi estructural de l'organització social.

La doble premissa —d'una banda la relació dialèctica entre l'esfera productiva i la reproductiva i, de l'altra, la porositat de la línia que les separa,

Podem aspirar que la cura sigui responsabilitat prioritària dels homes com de les dones, i que sigui assumida i realitzada per múltiples actors socials, en múltiples espais físics i institucionals.

defensada per l'economia feminista— té unes conseqüències polítiques profundament rellevants: l'adjudicació històrica dels homes a l'àmbit productiu i de les dones a l'àmbit reproductiu no és ni atemporal ni inevitable, com tampoc ho són la frontera his-

tòrica entre ambdós àmbits ni la marginació social, política i econòmica de l'esfera reproductiva. Dit en altres paraules, podem aspirar que la cura sigui responsabilitat prioritària tant dels homes com de les dones, i podem aspirar també que sigui assumida i realitzada per múltiples actors socials, en múltiples espais físics i institucionals i prenent com a base múltiples i diversos vincles socials.

La variabilitat contextual i l'evolució històrica de les diferents esferes econòmiques pot prendre diverses direccions i derives. Tot i que l'economia feminista fa dècades que en parla, la cura ha adquirit recentment més visibilitat social com a resultat de l'esclat de l'anomenada «crisi de les cures», la qual posa de manifest la incapacitat del sistema econòmic i social actual per garantir el benestar d'àmplies capes de la població i l'agudització de la incapacitat d'amplis sectors de la població per cuidar-se, cuidar o ser cuidats (Ezquerro, 2011). Són múltiples els factors que generen aquesta situació, com ara l'en-

velliment demogràfic de les darreres dècades, la important incorporació de les dones al mercat laboral, l'aprofundiment de polítiques neoliberals i el fort creixement de models familiars no tradicionals. Aquests canvis, a més a més, es produeixen en un escenari ple de contradiccions: d'una banda, en els darrers anys apareix en l'agenda política, cada cop amb més força, la necessitat d'impulsar un «quart pilar» de l'estat del benestar, el pilar de la cura, que hauria d'incloure la cura de la canalla, de les persones grans i de les persones amb diversitat funcional. L'aprovació a Espanya de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD) n'és el resultat més clar. D'altra banda, tanmateix, com a resultat de la crisi econòmica, els governs estatals i autonòmics opten per un aprofundiment de les polítiques d'austeritat hegemòniques a escala internacional des de la dècada del 1980 (López et al., a Lois i Alonso, 2014), unes polítiques cada cop més centrades en les retallades de despesa pública i en la reestructuració dels processos de reproducció social. Al nostre país, l'efecte principal de tot això en l'àmbit reproductiu ha consistit en un increment del treball reproductiu realitzat a les llars com a conseqüència de la reducció de la despesa pública i en una disminució de la compra de certs serveis privats de cura i atenció per la impossibilitat d'assumir-ne els costos, amb la consegüent eliminació de drets socials i la reproducció de desigualtats.

Ara bé, aquestes polítiques, i els seus efectes, no eren ni són inevitables, i una política pública decididament a favor de promoure la centralitat social, política i econòmica de la cura, tal com es planteja aquí, pot contribuir d'una manera decisiva a revertir aquesta tendència i a crear-ne una de nova amb voluntat democratitzadora. Si bé en anys recents aquest objectiu ha desaparegut en gran mesura de l'agenda política institucional, està present amb més força que mai en l'agenda política del feminisme. El repte actual és recuperar el terreny perdut en l'àmbit institucional i impulsar nous models de cura més democràtics i més justos, tant per a qui la rep com per a qui la proporciona.

2. L'economia de les cures

L'Organització Internacional del Treball (OIT)¹ defineix el treball de cura com totes aquelles activitats, en un sentit ampli, que es duen a terme per donar resposta a les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'una o més persones en l'esfera pública i/o en l'esfera privada, així com en l'economia formal, en l'economia informal i d'una manera no remunerada.

El concepte de «cura» es caracteritza per una complexitat rara vegada reconeguda. S'utilitza habitualment amb referència a persones que requereixen

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

una atenció específica (bé perquè es troben a l'inici o al final del cicle vital, o perquè presenten diversitat funcional) i, com a resultat, sol ser socialment i políticament estigmatitzat. Tanmateix, la vulnerabilitat i la (inter)dependència són inherents a la condició humana i, a més a més, són multidimensionals (Pérez Orozco, 2016). Tots i totes necessitem cura i atenció —de diferents tipus i graus— en innumerable moments de la nostra vida. Segons el moment del cicle vital en què ens trobem, aquesta necessitat pot ser de caire biològic, de caire econòmic, en forma de socialització o, entre d'altres, de caire emocional (Carrasco, 2011; Esquivel, 2011).

L'estigmatització que acompanya la cura no la pateixen únicament les persones que en són demandants i/o receptors, sinó també aquelles que la proveeixen. Caracteritzada socialment i políticament com responsabilitat i parcel·la de dones (gènere) de baixos ingressos (classe) i/o migrades (origen/ètnia), i ubicada majoritàriament en l'àmbit privat familiar o en sectors laborals precaritzats, tal com està organitzada en l'actualitat, la cura és el factor motor de fenòmens diversos, encara que interrelacionats, com ara la precarietat laboral, la segmentació del mercat laboral, la feminització de la pobresa, les dobles jornades, la pobresa de temps, la renúncia a projectes personals de vida, l'aïllament social, i fins i tot la violència de gènere.

Impulsat des de l'economia feminista, el concepte d'«economia de les cures» busca, en primer lloc, visibilitzar i valoritzar el treball de cura realitzat en les famílies i en les comunitats que no és remunerat ni reconegut.² En segon lloc, l'economia de les cures aborda també el treball de cura de caràcter remunerat promovent que es dugui a terme en condicions justes i dignes, i reivindica la importància de les aportacions en forma de serveis i transferències provinents del sector públic. En tercer lloc, lluny de centrar-se, d'una banda, en l'esfera familiar o en la comunitària, i, de l'altra, en l'esfera del mercat laboral i de les administracions públiques, considera totes aquestes esferes com a espais socials rellevants per a l'exercici i la recepció de la cura i, alhora, com a actors responsables de la seva provisió durant la totalitat del cicle de vida de les persones. En definitiva, l'economia de les cures aborda la triple dimensió econòmica, social i política de la cura, atès que:

1. reconeix que les economies considerades productives es beneficien del treball de cura que no és reconegut ni remunerat i, per tant, aposta per treure'l de la invisibilitat;
2. busca combatre les múltiples desigualtats socials que acompanyen, tant la provisió com la recepció de la cura; i
3. defensa promoure la corresponsabilitat entre diferents actors socials —incloses les administracions públiques— en la provisió i la recepció de la cura d'una manera justa i digna.

La qualitat de vida de les persones està condicionada per les condicions laborals de què gaudeixen (o que pateixen), però també per altres dimensions de la seva vida quotidiana, com ara l'organització dels temps i dels espais, l'accés a serveis i suports i, entre d'altres, la càrrega global de treball (inclòs el

² Diversos estudis han assenyalat durant els darrers anys que gairebé el 90 % del temps de cura de la salut adopta la forma de cura familiar (Durán, 2002; Delicado, 2011).

treball domèstic i de cura) que ha d'assumir cada persona (Carrasco, 2011). L'economia de les cures té com a objectiu prendre en consideració tots aquests factors i treballar amb tots ells d'una manera simultània i dialèctica; per això, hauria de ser l'àmbit fonamental cap al qual s'haurien d'adreçar els objectius socials i econòmics, així com el referent principal de les prioritats polítiques.

En aquest sentit, el gran potencial de l'economia de les cures és contribuir a treure la cura de la reclusió i la invisibilització que ha patit històricament en l'àmbit familiar, a desnaturalitzar-la com quelcom propi de les dones i les llars i allè al món econòmic, i a polititzar-la i construir-la com un fenomen objecte d'intervenció pública i d'acció social i econòmica. A més a més, una major centralitat de l'economia de les cures pot contribuir a desplaçar el benefici econòmic i la productivitat com a eixos conductors de l'activitat política i econòmica i a substituir-los pel benestar de les persones i el sosteniment de la vida.

3. L'economia social i solidària

L'economia social i solidària i l'economia feminista comparteixen una mirada crítica als principis que la teoria econòmica hegemònica impulsa. Ambdues comparteixen, en primer lloc, una reivindicació de la importància d'institucions més enllà del mercat —com ara les famílies, l'Estat o les comunitats— com a generadores de cura, entesa com un bé i un servei essencial; en segon lloc, tant l'economia feminista com l'economia social i solidària busquen posar les persones i les seves condicions de vida en el centre de les anàlisis; en tercer lloc, també totes dues busquen superar la dicotomia establerta per l'economia convencional entre l'espai públic-productiu i l'espai privat-reproductiu (o no productiu) (REAS Euskadi, 2014).

Un altre principi fonamental compartit per l'economia feminista i l'economia social i solidària és la preponderància de l'equitat, l'horitzontalitat, la cooperació i la interdependència en les relacions que han de conformar la vida social i econòmica, amb l'objectiu de generar condicions de vida dignes, així com la superació de les discriminacions i desigualtats per raó de classe, gènere, edat, ètnia, origen i, entre d'altres, diversitat funcional, que caracteritzen les societats contemporànies. Això contribueix a fer que el treball, en un sentit ampli, inclòs el treball de cura, es valori més pel seu valor d'ús que pel seu valor de canvi, de manera que, així, permeti el desenvolupament de les persones tenint com a prioritat principal la satisfacció de les necessitats veritables de la població. Significa, al seu torn, que els objectius principals de les iniciatives econòmiques han de ser, en primer lloc, la promoció humana i social (i no l'ànim de lucre ni l'enriquiment privat) i, en segon lloc, i mitjançant la creació de xarxes i d'aliances compromeses amb el seu entorn, la generació d'un model socioeconòmic alternatiu (REAS Euskadi, 2014). Aquest breu recor-

gut pels principis rectors que comparteixen l'economia feminista i l'economia social i solidària visibilitza l'enorme potencial existent perquè totes dues siguin, tant una font d'inspiració, com el marc normatiu d'una organització social de la cura.



III. MARC DE DEMOCRATITZACIÓ DE LA CURA

En aquest apartat es presenta i es defineix el marc utilitzat per analitzar les experiències de cura durant la realització de la diagnosi, el qual, al seu torn, pot ser de moltíssima utilitat a l'hora de generar eines per al disseny, la implementació i l'avaluació d'una política pública que consideri la cura com una de les seves prioritats: **la democratització de la cura**. Aquest model es construeix a partir d'una mirada clarament feminista, i permet abordar les múltiples tensions, contradiccions i desigualtats presents en l'organització actual de la cura.

Tal com s'ha apuntat prèviament, l'esclat de la crisi de les cures i de la crisi econòmica ens situa en una cruïlla: hi ha en joc que l'entrada en crisi del model tradicional de la provisió de cura exposada anteriorment es tradueixi en una recomposició reaccionària on gran part del pes torni a recaure en les dones, sense que rebin cap mena de reconeixement, o que la seva davallada provoqui el sorgiment d'una nova organització social de la cura basada en valors democràtics, tant per a les persones que la reben com per a aquelles que la proporcionen. Si volem garantir la segona possibilitat, hem de començar a treballar per aconseguir un **model de cura** que superi totes les mancances descrites fins ara i que tingui una **clara vocació transformadora**. Segons Nancy Fraser, una agenda de cura transformadora és aquella que modifica les desigualtats associades amb la provisió de cura mitjançant «la reestructuració del marc generatiu subjacent», en contrast amb mesures pal·liatives «destinades a corregir els resultats desiguals de certs acords socials sense alterar el marc subjacent que els genera» (Fraser, 1995). És a dir, és

una agenda que intervé en les causes generadores de desigualtat i no simplement en els seus efectes. Es tracta de convertir en objectiu polític prioritari la democratització del conjunt de relacions socials, econòmiques, institucionals i simbòliques que estructurin l'organització social de la cura a la nostra societat; es tracta de garantir, al seu torn, que la provisió de la cura es caracteritzi per ser una cura de qualitat i universal, sense que això signifiqui que vagi en detriment de la multiplicitat d'experiències, particularitats i trajectòries vitals que caracteritzen la vida a la ciutat (Pérez Orozco, 2016), com ara diferents tipus de famílies, models de convivència diversos o orígens nacionals i culturals plurals.

Per assolir aquests objectius, proposem un marc de democratització de la cura que consti de dos eixos estratègics centrals i de dos eixos estratègics transversals. Els dos eixos estratègics centrals són la promoció del reconeixement de la centralitat social de la cura i la socialització de la responsabilitat vers la cura. Els dos eixos transversals, que travessen els altres dos eixos, són l'eliminació de la (mal)divisió social del treball que caracteritza l'actual organització social de la cura des d'una perspectiva interseccional i l'apoderament de les persones proveïdores de cura i de les persones que en són receptores.

Tot seguit es presenten els quatre eixos esmentats. Els dos eixos centrals del marc de democratització de la cura estan profundament relacionats amb l'obra de Nancy Fraser i el seu èmfasi en el reconeixement i la redistribució, segons s'indica a la taula 2 i es detalla en els apartats següents. Els dos eixos transversals se situen a cavall entre el reconeixement i la redistribució.

Taula 2. Marc de democratització de la cura

Eixos centrals	Eixos transversals	
Reconeixement de la centralitat social de la cura	Eliminació de la (mal)divisió social de l'organització social de la cura des d'una perspectiva interseccional	Apoderament personal, relacional i col·lectiu al voltant de l'organització social de la cura
Socialització de la responsabilitat de la cura vers l'àmbit comunitari, les administracions públiques i el sector privat		

Font: Elaboració pròpia.

1. Reconeixement de la centralitat social de la cura

Segons la Plataforma per a l'Acció de Beijing, reconèixer la cura significa visibilitzar la seva naturalesa, les seves dimensions i el seu paper en uns contextos específics. Reconèixer la cura implica, al seu torn, prendre en consideració el conjunt de les seves contribucions per al conjunt de l'economia i de la societat, sense perdre de vista qui realitza aquestes contribucions. També implica no obviar-la en el disseny de polítiques públiques. Reconèixer la centralitat social de la cura comporta també mesurar-la mitjançant, entre altres instruments, enquestes d'usos del temps i la recollida de dades desagregades per sexe i altres variables rellevants. Reconèixer la centralitat social de la cura significa, al seu torn, generar noves agendes discursives i nous imaginaris amb la finalitat de qüestionar les relacions de poder existents en la seva organització actual i amb l'objectiu d'eliminar-la com una externalitat inevitable de la vida moderna i construir-la com una activitat fonamental en una societat que prioritza la interdependència i la sostenibilitat de la vida. Tots aquests components del reconeixement de la centralitat social de la cura s'engloben dins d'una **primera dimensió denominada «valorització social i simbòlica de la cura»**.

A més a més, reconèixer la centralitat social de la cura també comporta visibilitzar la manera com l'organització social actual de la cura genera un risc d'exclusió social entre les persones que la proveeixen, amb independència de si ho fan d'una manera remunerada o no. Aquest risc d'exclusió social pren múltiples formes i sovint es tradueix en impactes negatius en la salut, en aïllament social, en pobresa de temps, i en dificultats perquè la persona cuidadora pugui desenvolupar projectes vitals propis, fruit d'una dedicació intensiva i perllongada en el temps a la cura d'un membre de la família. El risc d'exclusió social es tradueix també en condicions socials i laborals caracteritzades per la precarietat en una bona part de les persones que es dediquen a la cura d'una manera professional i remunerada. Dit d'una altra manera, quan l'accés a la cura és garantit, aquesta sovint es duu a terme a costa dels drets de les persones que la proveeixen (Pérez Orozco, 2016). Aquest seguit d'elements integren la **segona dimensió** de l'eix estratègic del reconeixement social de la cura, entesa com una **garantia que l'accés a una cura digna no s'assoleix a costa dels drets de cap altra persona**.

Taula 3. Resum de l'eix estratègic del reconeixement de la centralitat social de la cura

Eix estratègic 1. Reconeixement de la centralitat social de la cura
Dimensió 1.1. Valorització social i simbòlica de la cura
Dimensió 1.2. Garantia que l'accés a una cura digna no s'assoleix a costa dels drets de cap altra persona

Font: Elaboració pròpia.

2. Socialització de la cura

Tot i que va ser la gran absent a la Plataforma per a l'Acció de Beijing, la redistribució de la cura ha adquirit en els darrers anys una força creixent en els debats analítics i normatius entorn de l'organització social de la cura. En un primer moment, quan es parlava de redistribució de la cura, el concepte es reduïa a la transferència de responsabilitat vers la cura i de càrrega de treball de cura entre dones i homes en el marc de les famílies i les llars privades. Dit d'una altra manera, era sinònim de repartiment equitatiu —des d'una perspectiva de gènere— de la responsabilitat i la càrrega de feina entre persones individuals (dones-homes) i, encara avui dia, aquest és l'abordatge que en continuen fent propostes feministes de reestructuració de la cura de tall liberal.

En els darrers anys, tanmateix, s'ha problematitzat el fet que la major part de la cura que les persones necessiten és proveïda en l'àmbit de la família. Davant d'això, una agenda política de democratització de la cura, que es proposa contribuir a reconèixer la seva importància i la seva centralitat social i econòmica, entén la seva distribució com quelcom que ha de tenir lloc més enllà de les fronteres i de la privacitat de les llars, i que ha d'incloure la societat en el seu conjunt. Això és així, no només perquè hi ha llars i/o famílies en què no és possible una major redistribució (amb altes càrregues de cura i amb recursos econòmics limitats) o en què la redistribució no és possible en absolut (llars monomarentals), sinó també perquè el reconeixement de la seva centralitat social comporta que el conjunt d'actors i d'institucions socials (la comunitat, les administracions públiques i el sector privat) l'assumeixin i se'n responsabilitzin. És per aquest motiu que en aquest treball es parla de socialització i no de redistribució. Aquesta socialització, que en definitiva busca reduir la sobrecàrrega i la sobrerresponsabilització de les famílies en la provisió de cura i benestar, així com promoure l'assumpció de responsabilitat per part de la resta d'actors socials, es planteja en tres direccions mitjançant **tres dimensions** diferents: **a) socialització de la cura vers l'àmbit comunitari; b) socialització de la cura vers les administracions públiques; i c) socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre.**

Aquests desplaçaments no s'entenen com a absoluts, sinó que es poden produir en diferent mesura segons la situació; tampoc s'entenen com una aposta per eliminar el rol cuidador de la família. La socialització de la cura, tanmateix, sí que ha de comportar una reducció del protagonisme excessiu —i de la sobrecàrrega resultant— de la família, i particularment de les dones, en el seu si. La socialització de la responsabilitat de cura, d'altra banda, inclou, més enllà de la redistribució de tasques concretes i de càrrega de treball, l'oportunitat de compartir dubtes, sabers, experiències i estats d'ànim i, per tant, de reduir l'aïllament i la solitud en què sol tenir lloc la provisió i la recepció de cura.

Taula 4. Resum de l'eix estratègic de la socialització de la cura

Eix estratègic 2. Socialització de la cura
Dimensió 2.1. Socialització de la cura vers l'àmbit comunitari
Dimensió 2.2. Socialització de la cura vers les administracions públiques
Dimensió 2.3. Socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre

Font: Elaboració pròpia.

A més dels dos eixos centrals apuntats, el marc de democratització de la cura consta de dos eixos estratègics transversals, que presentem tot seguit.

3. Reducció de la (mal)divisió social de l'organització social de la cura des d'una perspectiva interseccional

Diversos estudis mostren, segons s'ha apuntat prèviament, que a l'estat espanyol i a Catalunya, les dones continuen dedicant més temps que els homes al treball de cura no remunerat, tant d'atenció a criatures com a persones adultes i grans. Aquesta desigualtat té múltiples conseqüències: com a resultat de la seva sobrerrepresentació en la cura familiar, les dones pateixen més els seus impactes negatius en la seva salut i en el seu benestar; també pateixen més aïllament social i tenen més dificultats per participar en espais comunitaris; pateixen més pobresa de temps i, sovint, també han de renunciar a projectes vitals propis per poder garantir la continuïtat de la provisió de cura. Les desigualtats de gènere en l'assumpció de responsabilitats i de tasques de cura també tenen clars impactes en l'àmbit econòmic i laboral i contribueixen a desigualtats d'ingressos entre homes i dones i a taxes més elevades d'empobriment entre les dones (González i Jurado, 2015; Rivero, 2008). La concentració desproporcionada de dones en les tasques de cura es dona també en l'àmbit del mercat laboral de la cura i del treball de la llar. Aquests elements constitueixen la **primera dimensió** d'aquest eix estratègic transversal: **la divisió sexual del treball en l'organització social de la cura**. Quan es planteja eliminar la divisió sexual del treball que caracteritza la cura, s'obté una implicació equitativa entre homes i dones en la cura proporcionada en la família i per a la família, en la comunitat i per a la comunitat, en les administracions públiques i per a les administracions públiques, i en el sector privat i per al sector privat. Cal matisar que, si bé difícilment s'assolirà una equitat perfecta a curt termini, sí que pot ser útil promoure una major implicació dels homes en aquest àmbit, perquè farà que, al seu torn, les dones cada vegada hi tinguin menys protagonisme.

A més a més, en les darreres dècades, la cura de les persones i el treball de la llar ha esdevingut un sector laboral emergent, caracteritzat per condicions de precarietat, que cada cop dona més ocupació a persones —particularment dones— d'origen migrant. Si bé aquestes persones s'ocupen d'atendre persones en situació d'especial fragilitat —com ara les persones grans—, i de tenir-ne cura, sovint la precarietat laboral i social que pateixen no els permet garantir una cura digna de les seves pròpies famílies o d'elles mateixes. D'aquí es deriven la **segona** i la **tercera dimensió** de l'eix estratègic transversal de (mal)divisió social del treball que caracteritza l'organització social de la cura: **la divisió racial del treball en l'organització social de la cura** i **la divisió socioeconòmica en l'organització social de la cura**.

Així, promoure la democratització de la cura passa, transversalment, per combatre estereotips i imaginaris de gènere i/o racials que promouen que la cura sigui proveïda majoritàriament per dones i per persones —dones també, la majoria de les vegades— d'origen migrant en les diferents esferes socials; passa també per impulsar polítiques i accions que abordin les múltiples desigualtats estructurals que promouen una divisió social del treball inherentment injusta en l'organització social de la cura i/o que se'n deriven.

Taula 5. Resum de l'eix estratègic transversal de la (mal)divisió social del treball que caracteritza l'organització social de la cura

Eix estratègic 3. (Mal)divisió social del treball que caracteritza l'organització social de la cura

- Dimensió 3.1. Divisió sexual del treball en l'organització social de la cura
- Dimensió 3.2. Divisió racial del treball en l'organització social de la cura
- Dimensió 3.3. Divisió socioeconòmica en l'organització social de la cura

Font: Elaboració pròpia.

4. Apoderament entorn de l'organització social de la cura

El concepte d'apoderament apareix durant la dècada del 1980 com una estratègia impulsada pel moviment de dones del sud amb l'objectiu d'avançar en l'assoliment de canvis en les seves vides i de generar processos de transformació de les estructures socials (León, 1997). En aquest sentit, apoderament significa que les persones adquireixin el control de les seves vides, que assoleixin la capacitat de fer coses i de definir les seves pròpies agendes.

En el context específic de la cura, l'apoderament esdevé rellevant com a procés transversal que creua el reconeixement de la seva centralitat social i l'impuls de la seva socialització, tant des de la perspectiva de les persones que proveeixen cura com des de la d'aquelles que la reben, entre dimensions

interrelacionades però alhora diferenciades. En primer lloc, l'**apoderament individual**, que es caracteritza per una transformació de la consciència mitjançant el pas d'una consciència no reflexiva a una consciència crítica, és rellevant en el sentit que impulsa la valoració personal de la importància de la cura per part dels diferents actors implicats, tant des d'una perspectiva de reivindicar i de reivindicar-se el valor de la cura realitzada, com des d'una visió de creure en la capacitat d'expressar necessitats i desitjos particulars de cura com quelcom inherent a la vida humana en comú. En segon lloc, l'**apoderament relacional** pot provenir d'aquelles accions i espais que faciliten i promouen la trobada de persones que comparteixen una realitat determinada amb relació a la cura i que els permeten compartir experiències, coneixements i habilitats, així com abordar necessitats. Dit d'una altra manera, és el pas realitzat des de la valorització personal de la cura cap al qüestionament de l'aïllament i la conscienciació del caràcter compartit i comú de la cura més enllà de la realitat específica viscuda. En tercer lloc, l'**apoderament col·lectiu** es produeix quan la trobada entre diferents actors genera objectius compartits de transformació de les estructures que sostenen l'actual organització social de la cura, bé en forma de reivindicació de drets socials o, entre d'altres, laborals, o en forma d'alteració de la realitat econòmica, social i/o política de la cura en una direcció democratitzadora.

Taula 6. Resum de l'eix estratègic transversal de l'apoderament entorn de l'organització social de la cura

Eix estratègic 4. Apoderament entorn de l'organització social de la cura
Dimensió 4.1. Apoderament individual
Dimensió 4.2. Apoderament relacional
Dimensió 4.3. Apoderament col·lectiu

Font: Elaboració pròpia.

Si bé es considera que l'impuls de cadascun dels quatre eixos és un pas positiu cap a la democratització de la cura, aquí es fa un plantejament global que analitza els quatre eixos d'una manera integral, per la qual cosa, avançar únicament en un d'ells s'ha d'interpretar com una democratització parcial, o fins i tot com un retrocés. Així, per exemple, encara que una disminució de la divisió sexual del treball que afecta l'economia de les cures i el conjunt de la vida social i econòmica constitueix un objectiu estratègic en si mateix, si aquesta disminució no va acompanyada d'una socialització de la cura en un major nombre d'actors, les llars continuaran sent les que assumiran la responsabilitat d'una manera desproporcionada. D'una manera semblant, si de forma simultània a la socialització de la cura no s'aconsegueix una promoció del reconeixement social de la seva centralitat, aquesta socialització podria adoptar una direcció mercantilitzadora i tenir un impacte negatiu, no solament en el dret a l'accés a la cura dels col·lectius més empobrits, sinó també en els drets laborals i/o socials d'altres, també en situació de major vulnerabilitat. Per tal de desenvolupar un abordatge complex i multidimensional, així com per concretar els mecanismes i les accions que cal desplegar per assolir una democratització holística de la cura, cal visualitzar d'una manera global els quatre eixos i les seves dimensions corresponents.

Taula 7. Marc de la democratització de la cura. Eixos i dimensions

Eixos centrals	Eixos transversals	
Reconeixement de la centralitat social de la cura Valorització social i simbòlica de la cura Garantia que l'accés a una cura digna no s'assoleix a costa dels drets de cap altra persona	Eliminació de la (mal)divisió social de l'organització social de la cura des d'una perspectiva interseccional Divisió sexual del treball en l'organització social de la cura Divisió racial del treball en l'organització social de la cura Divisió socioeconòmica en l'organització social de la cura	Apoderament entorn de l'organització social de la cura Apoderament individual Apoderament relacional Apoderament col·lectiu
Socialització de la responsabilitat de la cura vers l'àmbit comunitari, les administracions públiques i el sector privat Socialització de la cura vers l'àmbit comunitari Socialització de la cura vers les administracions públiques Socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre		

Font: Elaboració pròpia.



IV. METODOLOGIA I RECOLLIDA DE DADES

En aquest apartat s'explica el procés d'aproximació a la informació i de recollida de dades que s'ha adoptat en la realització del projecte. La investigació ha estat de caràcter eminentment qualitatiu i ha consistit, en primer lloc, en l'anàlisi de documentació diversa disponible sobre la temàtica d'economia de les cures i, en segon lloc, en la realització de 22 entrevistes semiestructurades a persones receptores de cura, a persones proveïdores de cura i a persones responsables —tant a dins com a fora de l'administració municipal— de programes, serveis o experiències relacionades amb l'economia de les cures. A més a més, l'equip investigador ha col·laborat en l'elaboració d'un mapeig dels programes i serveis de cures actualment existents a l'Ajuntament de Barcelona amb la finalitat, no només d'incorporar i transversalitzar els eixos estratègics per a la democratització de les cures en els diferents departaments i àrees de l'administració municipal, sinó també de visibilitzar els projectes existents que ja treballen en aquesta línia. Finalment, i de manera paral·lela a la tasca investigadora, l'equip de recerca ha participat en tres grups de treball —concretament, en la Comissió Interdepartamental d'Economia de les Cures, el grup de treball de persones expertes per tractar l'economia de les cures a les escoles i instituts de la ciutat, i el grup de contrast amb persones expertes en economia de les cures, integrats per professionals de l'Ajuntament de Barcelona i per persones expertes en l'àmbit de l'economia de les cures— que ens han ajudat a contrastar el nostre marc conceptual i d'anàlisi, així com a ubicar i validar les línies d'actuació, propostes i accions que es desprenen d'aquest treball.

1. Anàlisi de dades i documentació

Si bé el projecte ha tingut un caràcter marcadament qualitatiu, durant el procés s'ha fet la lectura i l'anàlisi d'una documentació abundant i variada relacionada amb l'economia de les cures a l'estat espanyol, a Catalunya i a la ciutat de Barcelona. Aquesta documentació ha permès extreure, principalment, informació sobre marcs normatius diversos de diferents àmbits de l'administració pública, així com dades generades per diferents administracions —sobretot l'Ajuntament de Barcelona—, de caràcter tant quantitatiu com qualitatiu, sobre la situació actual de l'economia de les cures. La documentació ha inclòs guies municipals, enquestes, estadístiques oficials, diagnosis, estudis encarregats i/o realitzats per l'Ajuntament de Barcelona i per altres actors, plans municipals, convenis laborals, legislació estatal, convenis internacionals i notes de premsa, entre d'altres. Aquesta part de la investigació ha permès generar informació que contextualitza i/o complementa les dades recollides mitjançant la realització d'entrevistes. Tot seguit es relaciona la documentació consultada i analitzada:

- **Conveni 189 sobre treball decent per a les persones treballadores domèstiques**, Organització Internacional del Treball (OIT), 2011.
- **Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre, regulador del Régimen Especial de la Seguridad Social para los Empleados de Hogar**, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 15 d'octubre de 1969.
- **Encuesta de Empleo del Tiempo**, Instituto Nacional de Estadística (INE).
- **Encuesta de Población Activa**, Instituto Nacional de Estadística (INE).
- **Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població**, Ajuntament de Barcelona.
- **Enquesta de salut de Catalunya**, Generalitat de Catalunya.
- **Enquesta de l'ús del temps**, Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).
- **Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social**.
- **Estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**.
- **Estudi Família y género**, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2012.
- **Guia de contractació pública social**, Ajuntament de Barcelona, 2016.
- **Guia de conciliació de la vida personal i laboral. Mesures de l'Ajuntament de Barcelona**, Ajuntament de Barcelona, 2015.

- Informe ***La salut dels qui conviuen amb persones que tenen necessitats especials d'atenció o dependència a Barcelona***, Agència de Salut Pública, 2009.
- Informe econòmic i social del sector d'atenció a les persones grans amb dependència, Associació Catalana de Recursos Assistencials, 2014.
- Informe ***Women and the Future of Work. Taking Care of the Caregivers***, Organització Internacional del Treball (OIT), 2015.
- Informe ***Anàlisi del potencial del capital social dels grups de criança en el procés educatiu de 0-3 anys***, Jordi Puig i Marta Segura/Ajuntament de Barcelona, 2015.
- Informe ***Bretxa salarial***, Comissions Obreres de Catalunya, 2016.
- Informe ***Treballadors del Servei d'Atenció Domiciliària 2015. Anàlisi de la precarietat***, Ajuntament de Barcelona, 2016.
- Informe ***La situació de desigualtat salarial a Catalunya entre homes i dones***, Generalitat de Catalunya, 2017.
- Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 2 d'agost de 2011.
- Nota de premsa ***L'Ajuntament introdueix millores socials, laborals i ambientals en el nou contracte d'Atenció Domiciliària***, Ajuntament de Barcelona, 2015.
- ***Pla pel Dret a l'Habitatge 2016-2015***, Ajuntament de Barcelona, 2016.
- ***Plan Foral para la Igualdad de Mujeres y Hombres 2012-2020***, Diputación Foral de Guipúzcoa.
- ***Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar***, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 13 d'agost de 1985.
- ***Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro***, Boletín Oficial del Estado (BOE), del 19 de desembre de 2006.
- ***III Conveni col·lectiu del sector del lleure educatiu i sociocultural de Catalunya per als anys 2011 a 2016***, codi de conveni núm. 79002295012003.
- ***IV Conveni col·lectiu de treball d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya per als anys 2015-2018***, codi de conveni núm. 79001525011999.

2. Entrevistes semiestructurades

Durant el transcurs del projecte s'han fet un total de 22 entrevistes semiestructurades: 10 a persones responsables i equips tècnics i professionals de projectes, serveis i experiències de titularitat diversa relacionades amb l'economia de les cures a Barcelona; i 12 a persones receptores de cura i persones proveïdores de cura, tant de caire professional com no professional.

Amb relació al mostreig de projectes, serveis i experiències, s'ha tingut en compte el criteri de territorialitat, realitzant una aproximació a projectes, no només a escala de Barcelona ciutat, sinó també incorporant-hi la dimensió dels districtes i barris. D'aquesta manera, s'han abastat 11 barris diferents, pertanyents a 8 dels 10 districtes de la ciutat. Aquesta aposta per incloure la diversitat territorial ha respost a la intenció de recollir la pluralitat de realitats i situacions al municipi, així com de reconèixer la varietat de titularitats i gestions d'equipaments, projectes, agents i subjectes motors de l'economia de les cures a Barcelona, inclòs el protagonisme social i comunitari en la matèria.

En l'elaboració del mostreig de perfils de persones proveïdores i receptores de cura s'ha tingut la voluntat de recollir la singularitat de situacions de cura en la diversitat de les seves dimensions: amb relació a la varietat de famílies

En l'elaboració del mostreig de proveïdores i receptores de cura s'ha tingut la voluntat de recollir la singularitat de situacions en la diversitat de les dimensions.

i de formes de convivència (incloses les famílies no nuclears, com ara les monoparentals, o la convivència mare-filla o entre germanes), donant visibilitat a diferents moments del cicle de vida, recollint la diversitat d'origen i/o atenent a necessitats de cura molt específiques.

2.1. Les veus dels projectes, els serveis i les experiències

Tot seguit es presenten les experiències seleccionades per a l'estudi, les quals inclouen una atenció directa o indirecta i promouen una cura formal i informal. Totes elles, tal com es mostra en la taula 8, tenen algun tipus de vincle amb l'administració municipal, i allò que les diferencia és la fortalesa o centralitat d'aquest vincle, a més de la seva relació amb altres esferes, com ara la comunitària o el sector privat. Una segona diferència entre les experiències és la relació que mantenen amb la cura; és a dir, si tenen com a funció oferir algun tipus de servei directe de cura, o si la seva activitat és més aviat de caire informatiu o sensibilitzador. Malgrat que algunes experiències estan especialitzades en la provisió de serveis, i d'altres estan dirigides principalment a la informació i la sensibilització, la gran majoria d'elles compleixen, encara que en graus diferents, les dues funcions. Pel que fa al perfil de persones usuàries al qual s'adrecen els diferents serveis, cal distingir entre, d'una banda, el tipus de persones segons el cicle de vida que des de les experiències es consideren destinàries de la cura i, de l'altra, el tipus de persones considerades com a proveïdores. Així, 5 de les experiències tenen com a beneficiàries directes els

infants, i 7 d'elles, gent gran (tot i que d'aquestes, 4 també busquen cobrir demandes i necessitats de persones adultes, i 3 també d'infants). En aquest sentit, cal destacar que les experiències analitzades estan orientades principalment a aquests tres moments del cicle vital (infantesa, edat adulta i velleïsa), moments que hem considerat sensibles amb relació a l'atenció a les necessitats de recepció i provisió de cures. A continuació s'ofereix un breu perfil de cadascuna de les experiències analitzades i una relació d'aquestes experiències en funció dels criteris emprats per seleccionar-les.

Espai familiar

Aquest espai familiar, iniciat l'any 2011 i gestionat per una empresa des de l'any 2013, és un equipament municipal i els seus objectius són: a) donar suport a les famílies en les seves funcions parentals de criança i educació (de 0 a 3 anys, amb acompanyament de persona adulta); i b) donar suport a infants i adolescents, de manera complementària al suport rebut a casa i a l'escola, en el seu desenvolupament socioeducatiu (de 4 a 16 anys, sense acompanyament de persona adulta). Segons dades corresponents al curs 2014-2015, l'espai familiar vincula un total de 381 infants i 320 famílies.

Ludoteca

És un equipament municipal gestionat per una empresa des de l'any 2001 i té un objectiu doble: a) oferir als infants una educació multidimensional, saludable i participativa a partir del joc i de la joguina; i b) construir i reforçar el vincle entre el referent familiar (mare, pare, àvia, avi) i l'infant, i entre infants de diferents edats mitjançant l'aprenentatge lúdic de continguts de caràcter convivencial. Els espais que ofereix la ludoteca estan organitzats d'acord amb l'edat dels infants: nens i nenes de 0 a 4 anys (hi assisteixen acompanyats d'una persona adulta); i de 5 a 12 anys. La ludoteca vincula un total de 167 infants i 147 famílies.

Projecte «Noves Masculinitats»

Iniciat l'any 2011 i gestionat per una empresa, és un projecte municipal que té com a objectiu principal sensibilitzar, conscienciar i treballar amb els homes perquè incorporin la igualtat de gènere —inclosa la seva implicació equitativa en la responsabilitat vers la cura— i construeixin noves masculinitats positives mitjançant la generació d'espais propis per a homes. Treballa per qüestionar el model tradicional de masculinitat i per promoure models alternatius diversos, no violents i no heteropatriarcal. També treballa amb professionals d'entitats i serveis diversos i altres actors de l'administració municipal per promoure la transversalització de la perspectiva de gènere en els serveis.

Xarxa d'Intercanvi

És un projecte autogestionat que va néixer l'any 1993. Està inspirat en les experiències franceses de bancs del temps i està molt vinculat amb el teixit associatiu del territori. Es finança mitjançant aportacions del Districte i de l'Obra Social "la Caixa", i amb una quota simbòlica trimestral de les persones implicades. Té com a objectiu construir i generar un vincle social comunitari de forma voluntària i gratuïta a través de l'intercanvi de coneixements, sabers i experiències. A més de treballar per mitigar la pobresa relacional cada cop

més present a les grans ciutats, aborda l'autocura i la salut en un gran nombre d'activitats i continguts relacionats amb la cura. Actualment compta amb la participació regular de 400 veïns i veïnes.

Entitat de Cura a la Gent Gran

Es tracta d'una entitat sense ànim de lucre que té com a objectiu principal pal·liar la solitud de persones grans en situació de vulnerabilitat i promoure que puguin envellir dignament a casa seva sense que calgui ingressar-les en un centre residencial o ajornant aquest ingrés al màxim o fent-lo innecessari. Prioritzen l'atenció a persones majors de 65 anys que visquin soles, amb pocs recursos econòmics i amb una escassa xarxa social, familiar i relacional. Les fonts del seu finançament són: 25 % de finançament públic (Ajuntament de Barcelona i Generalitat de Catalunya); 29 % de finançament privat; 28 % de padrinatges; 11 % de donatius; i 7 % d'accions solidàries. Durant l'any 2014 van atendre 416 persones, el 50 % de les quals eren majors de 80 anys i el 88 % eren dones.

Servei d'Ajuda a Domicili

És un servei emmarcat en els Serveis d'Atenció Domiciliària i està vinculat amb els objectius de la LAPAD. Forma part de la cartera de serveis de l'Ajuntament de Barcelona, de la cartera de serveis de la Generalitat de Catalunya i de la cartera de serveis d'atenció a la dependència (Govern central). El servei inclou principalment atenció personal i neteja de la llar, i és realitzat per empreses i/o entitats adjudicatàries externes. Cada mes, el Servei d'Ajuda a Domicili atén a la ciutat de Barcelona entre 15.000 i 16.000 persones; la xifra total anual de persones ateses se situa al voltant de les 19.000. Actualment hi treballen unes 2.000 persones.

Grup de Suport a Persones Cuidadores

Col·lectiu de caràcter socioterapèutic iniciat l'any 2005, està integrat per unes 7 persones que són cuidadores principals d'un familiar malalt o d'edat avançada, i per 2 professionals de salut i acció social de l'àmbit públic-comunitari. El seu objectiu és conformar un espai de confiança i apoderament de les persones cuidadores i construir una identitat comuna i alhora diversa del cuidador i la cuidadora que també incorpori les seves necessitats individuals. La seva activitat principal és organitzar trobades regulars que permetin compartir experiències i estats d'ànim per donar suport moral i psicològic a les persones participants. També posa en comú orientacions pràctiques i serveis.

Laboratori del Temps

Des de l'any 2004, l'Ajuntament de Barcelona desenvolupa iniciatives i projectes amb escoles, entitats socials, AMPA, el teixit empresarial, el sector de l'economia social i solidària i altres espais comunitaris orientats a incidir en l'organització dels usos dels temps per sensibilitzar sobre la necessitat de facilitar la conciliació i la sostenibilitat de la vida diària de les persones. També impulsa projectes d'investigació sobre la temàtica, tant de tipus diagnòstic com propositiu. L'objectiu principal és sensibilitzar i dissenyar polítiques, programes i projectes que facilitin la conciliació de la vida privada i la vida professional. En aquest document ens centrem en la dimensió informativa i sensibilitzadora del Laboratori del Temps, tot i que les seves línies de treball són molt més àmplies.

Organització de Treballadores de la Llar

Primer sindicat de treballadores i cuidadores de la llar, va néixer l'any 2011 i vincula dones provinents de 16 països diferents. L'objectiu de l'organització és desenvolupar l'autonomia i l'apoderament de les treballadores de la llar a través d'activitats, dissenyades i executades per les mateixes afiliades, orientades a facilitar el coneixement i l'exercici dels drets de les treballadores; a promoure l'acció sindical com a mitjà per sortir de l'aïllament en què s'exerceix el treball de la llar; i a sensibilitzar, conscienciar i visibilitzar la tasca que duu a terme el col·lectiu de treballadores i cuidadores de la llar. Actualment, aquest col·lectiu representa 700.000 treballadores a l'estat espanyol: el 95 % són dones i el 80 % són d'origen migrant. De la xifra total, només 300.000 estan afiliades a la Seguretat Social en règim de servei de treball de la llar.

Taula 8. Relació d'experiències de cura analitzades

Entrevista	Experiències	Tipus de servei		Persones beneficiàries de cura			Persones proveïdores de cura			Càrrec de la persona entrevistada	Institucionalitat	Territori
		Atenció	Informació i/o sensibilització	Infants	Persones adultes	Gent gran	Infants	Persones adultes	Gent gran			
13	Espai familiar	X	X	X				X		Directora	Pública externalitzada amb orientació comunitària	Les Corts
14	Ludoteca	X		X				X		Directora	Pública externalitzada amb orientació comunitària	Zona Franca
15	Projecte «Noves Masculinitats»		x	X		X		X		Coordinador i psicòleg del projecte	Pública externalitzada amb orientació comunitària	Barcelona
16	Xarxa d'Intercanvi	X	X	X	X	X		X	X	Coordinadora del projecte	Comunitària autogestionada amb suport de l'administració municipal i d'entitats privades i comunitàries	Roquetes (Nou Barris)
17	Entitat de Cura a la Gent Gran	X	X			X		X	X	Responsables de programes	Fundació amb suport públic i privat	Barcelona
18	Servei d'Ajuda a Domicili	X			X	X		X	X	Responsable tècnic municipal	Pública externalitzada	Barcelona
19	Servei d'Ajuda a Domicili	X			X	X		X	X	Coordinadora tècnica d'empresa coordinadora	Cooperativa	Roquetes, Trinitat Nova i Canyelles (Nou Barris)
20	Grup de Suport a Persones Cuidadores	X	X			X		X	X	Director de Centre de Serveis Socials en col·laboració professional amb el grup	Público-comunitària	Esquerra de l'Eixample
21	Laboratori del Temps		X	X	X	X		X	X	Directora del programa	Pública amb orientació comunitària	Barcelona
22	Organització de Treballadores de la Llar	X	X	X	X	X		X	X	Organitzadora d'activitats	Comunitària amb suport públic	Barcelona

2.2. Les veus de les persones usuàries i cuidadores

Tot seguit es presenten els perfils de les persones entrevistades durant les 12 entrevistes realitzades per a l'estudi, les quals comprenen el testimoniatge, tant de persones proveïdores de cura, com de persones que en són receptors. A l'hora de dissenyar la mostra, es va procurar incorporar-hi els perfils següents: treballadores professionals de cura, cuidadores principals no-professionals i persones —tant cuidadores com cuidades— usuàries de serveis públics i privats i d'espais comunitaris de cura. Tanmateix, les entrevistes posen de manifest la complexitat de relacions que caracteritzen la cura, perquè una bona part de les persones cuiden i són cuidades d'una manera simultània —poden ser, alhora, cuidadores professionals i cuidadores en el marc de la família— i recorren a diferents tipologies de serveis i de projectes. Les persones entrevistades tenien edats compreses entre els 35 i els 95 anys, i 14 eren dones. Tres de les 12 entrevistes es van fer a 2 persones a la vegada, raó per la qual el nombre total de persones entrevistades és de 15.

La relació de cures no professionals més freqüent que trobem a la mostra és **La relació de cures no professionals més freqüent que trobem és l'establerta entre mare i fill o filla.** l'establerta entre mare i fill o filla (6 casos), seguida de l'establerta entre filla i mare (3 casos), i 3 casos més de relació de cura germana-germana (1), muller-marit (1) i pare-fill (1). Això ens ha permès representar la diversitat de famílies i de formes de convivència que hi ha.

Amb la intenció de recollir la varietat i singularitat de les necessitats de cura, es van entrevistar 4 persones cuidadores que atendien principalment infants; 7 que tenien cura de gent gran; i 1 que atenia 1 persona adulta. De les 12 experiències documentades, la meitat havien de fer front a necessitats específiques de cura, com ara discapacitat física i intel·lectual, o a diferents malalties, com ara Parkinson, Alzheimer o càncer.

Finalment, i amb relació a l'ús d'espais i serveis comunitaris, públics i del sector privat, cal destacar el fet que l'ús de serveis i equipaments de cura de titularitat pública és l'opció majoritària en 10 dels 12 testimonis, seguit de l'ús d'experiències comunitàries (7) i de les opcions provinents del sector privat contractades via mercat (5). Quant a la tria d'equipaments en l'àmbit de la cura per part de les persones usuàries i cuidadores, s'observa una relació directa entre la situació de renda econòmica, renda de temps i capacitat de reduir l'aïllament social, i la possibilitat de triar entre un major o menor ventall d'opcions de serveis per a la resolució de necessitats de cura.

A continuació s'ofereix una breu descripció de cadascuna de les persones entrevistades i una relació d'aquestes persones en funció dels criteris adoptats per seleccionar-les.

Maria

Dona de 36 anys, nascuda a Barcelona, amb un nivell formatiu de grau mitjà. En l'actualitat està contractada directament per una família de Gràcia en règim de mitja jornada, en qualitat de treballadora familiar, perquè tingui cura d'una

dona de 84 anys i faci les tasques domèstiques de la casa on la senyora viu amb el seu nebot de 60 anys. Anteriorment havia exercit la mateixa professió sense contracte laboral i en unes condicions salarials molt pitjors que les actuals. Com a treballadora familiar, no ha rebut cap tipus de formació especialitzada. És mare d'un infant d'11 mesos i viu amb la seva parella en un pis de lloguer.

Carme

Dona de 61 anys, nascuda a Barcelona, amb un nivell formatiu de grau mitjà. En l'actualitat està en procés de prejubilació a l'empresa on treballa com a administrativa. És la cuidadora principal de la seva germana de 69 anys, que té mobilitat reduïda a causa d'una poliomielitis. Ambdues conviuen en un pis de lloguer al barri de Sants. És soltera i la menor de tres germanes. Des del 1977 ha anat encadenant diferents processos de cura a la xarxa familiar: primer del pare amb càncer, després de la mare amb depressió i, actualment, de la germana. Els únics serveis amb els quals comparteix les tasques de cura familiar són el servei públic de teleassistència, una mútua privada i una treballadora familiar per hores via mercat.

Isabel

Dona de 84 anys, nascuda a Barcelona, jubilada i perceptora de la pensió de vellesa del SOVI (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez). És la cuidadora principal del seu marit, de 89 anys, diagnosticat de Parkinson, amb qui conviu en un pis de lloguer al barri del Guinardó. En l'atenció i cura del seu marit també intervé el Servei d'Ajuda a Domicili, amb 1 hora i 40 minuts diaris, distribuïts entre el matí i la tarda; setmanalment reben 2 hores de visita d'un voluntari d'Amics de la Gent Gran; i, puntualment, utilitzen el servei públic de teleassistència i d'ajuda a la mobilitat adaptada de Taxi Amic.

Anna

Dona de 40 anys, nascuda a Barcelona, amb un nivell formatiu universitari. És treballadora de l'administració pública i actualment gaudeix d'una reducció de jornada. És cap d'una família monomarental, formada per ella i la seva filla de 18 mesos, de la qual n'és la cuidadora principal. Ambdues viuen en un pis de propietat al barri del Guinardó. En una doble dimensió d'acompanyament del seu procés de criança i alhora de cura de la seva filla, a banda del suport de la seva xarxa familiar, hi intervenen nombrosos espais i serveis comunitaris, com el projecte autogestionat MamaG, un grup de suport a la maternitat; el Casal de Barri Mas Guinardó; o el grup de consum de la cooperativa Rocaguinarda. És usuària de l'escola bressol del barri, a l'AMPA de la qual participa, així com del Centre Esportiu Municipal. Finalment, participa en el grup de lactància de l'Hospital de Sant Pau i del programa «Ja tenim un fill».

Pilar

Dona de 67 anys, nascuda a Barcelona, amb un nivell formatiu de grau mitjà. En l'actualitat està jubilada; va treballar durant 42 anys com a secretària de direcció. És la cuidadora principal de la seva mare, de 98 anys, diagnosticada d'Alzheimer i amb la mobilitat completament reduïda. Ambdues conviuen en un pis de propietat al barri de l'Esquerra de l'Eixample. És soltera i la menor de tres germans, que col·laboren econòmicament i puntualment en la cura de la seva mare. Des del 1981 ha estat la referent principal de cures a la xarxa familiar: primer del pare, i des de fa 12 anys de la mare. Compagina les seves tasques de cura amb l'ús de serveis comunitaris d'informació i sensibilitza-

ció i de caire socioterapèutic; la mare és usuària de dilluns a divendres del Servei d'Ajuda a Domicili, i puntualment del servei públic de teleassistència i dels programes Respir; també fa servir diàriament serveis de treball domèstic i familiar contractats via mercat.

Concepció

Dona major de 65 anys, nascuda a Barcelona, amb un nivell formatiu de grau mitjà. Extremballadora d'una entitat financera, en l'actualitat està jubilada. És la cuidadora principal de la seva mare, diagnosticada d'Alzheimer fa 12 anys. Ambdues conviuen en un pis de propietat al barri de Sant Andreu. És soltera i la menor de tres germans, que col·laboren econòmicament i puntualment en la cura de la seva mare. Compagina les tasques de cura amb l'ús de serveis comunitaris d'informació i sensibilització (Fundació ACE, Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer de Barcelona), de caràcter socioterapèutic (Xarxa de Suport a Famílies Cuidadores) i dels programes Respir («Temps per a tu»); la mare és usuària de dilluns a divendres del Servei d'Ajuda Domiciliària, d'un centre de dia municipal i del servei de transport especial Porta a Porta per a persones amb mobilitat reduïda, i utilitza puntualment el servei públic de teleassistència; finalment, utilitza també de forma diària serveis de treball domèstic i familiar per hores via mercat.

Laura

Dona de 72 anys, nascuda a Barcelona, jubilada i cuidadora principal del seu fill amb discapacitat física i intel·lectual severa (síndrome d'Angelman). Viu amb el seu fill i el seu marit en un pis de propietat al barri de la Salut, a Gràcia. Participa puntualment en serveis privats i comunitaris d'informació i sensibilització, com els oferts per la Xarxa de Suport a Famílies Cuidadores o la Fundació Pere Tarrés. El seu fill és usuari de dilluns a divendres d'un centre de dia municipal, on ella també hi participa, a través de l'espai de socialització «Cafè de pares del centre».

Àngels i Joan

L'Àngels és una dona de 35 anys, nascuda a Barcelona, amb un nivell formatiu universitari. És treballadora de l'administració pública i actualment gaudeix d'una reducció de jornada per poder tenir cura del seu fill, diagnosticat de malaltia oncològica fa 2 anys. Viu amb el nen i el seu marit en un pis de propietat al barri de Sant Andreu. En una doble dimensió d'acompanyament i assessorament al petit i familiars, rep el suport del voluntariat de l'Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya (AFANOC), de la Fundació Enriqueta Villavecchia i de l'Asociación Española Contra el Cáncer; i rep suport psicològic i terapèutic per part de l'Oncolliga. La xarxa familiar ha intervingut en la cura i acompanyament de la malaltia del petit de forma limitada. Finalment, utilitza de forma setmanal i per hores serveis de treball domèstic via mercat.

En Joan és un home de 38 anys, nascut a Barcelona, amb un nivell formatiu universitari. Treballa de gestor comptable a l'empresa privada. És el pare i cuidador secundari d'un infant diagnosticat de malaltia oncològica fa 2 anys. Viu amb el nen i la seva muller, l'Àngels, en un pis de propietat al barri de Sant Andreu. Utilitza els mateixos serveis que l'Àngels quant a acompanyament, assessorament i suport a l'infant i la família en malaltia oncològica; i utilitza de forma setmanal i per hores serveis de treball domèstic via mercat. A nivell personal, és usuari d'un centre esportiu privat.

Cristina

Dona de 60 anys, nascuda a Andalusia, amb un nivell formatiu primari. Des de fa 23 anys treballa al Servei d'Ajuda Domiciliària municipal, tot i que ha treballat per a les diferents empreses que han gestionat i gestionen el servei. Actualment té un contracte de 37 hores setmanals en qualitat de treballadora familiar. Cada dia atén una mitjana de 4 persones usuàries, principalment al districte de Nou Barris. Com a treballadora familiar, rep formació amb regularitat per part de l'empresa fora de l'horari laboral. Viu sola en un pis de propietat fora de Barcelona.

Mercè i Eva

Dones de 35 i 42 anys, veïnes de Roquetes, nascudes a Barcelona i a Bilbao, respectivament. La Mercè es troba en situació d'atur, mentre que l'Eva és treballadora per compte propi. Ambdues viuen amb la seva parella i són mares d'un infant menor de 3 anys. Participen en qualitat de grup motor d'un grup de criança autogestionat: un projecte que satisfà la seva necessitat de compartir l'experiència de la maternitat i alhora desenvolupa un model de criança alternatiu respectuós amb els drets i les necessitats dels infants. També reben suport d'altres espais i serveis comunitaris, com ara el grup de suport a la maternitat i el casal de barri Ton i Guida. També són usuàries del grup de lactància del Centre d'Atenció Primària (CAP) del barri.

Rosa

Dona de 43 anys, nascuda a El Salvador, amb un nivell formatiu universitari. És la cuidadora principal dels seus fills de 3 i 7 anys. És veïna del barri del Raval, on viu en un pis de lloguer amb el seu marit i els seus fills. Des del naixement del seu primer fill, es troba en situació d'atur i va deixar els estudis de doctorat. El sou del marit és l'única font d'ingressos familiars, i ella és la cuidadora i responsable principal de les tasques domèstiques i de cures de la família. És usuària, fonamentalment, de serveis públics de cures, com ara l'Espai Familiar del Raval, la biblioteca Santa Creu i l'Equip Interdisciplinari per a la Petita Infantesa (EIPi). La xarxa familiar extensa no intervé en absolut en la cura dels fills petits per causes diverses, com ara el fet migratori i el model relacional de la família del seu marit.

Núria i Montserrat

La Núria és una dona de 95 anys, nascuda a Bel (Castelló) i veïna del barri de Roquetes des del 1966. Està jubilada i percep la pensió de viduitat. Fa 18 mesos va caure i, des d'aleshores, la seva filla Montserrat, de 71 anys, conviu amb ella, en un pis que té en propietat. La Montserrat és la cuidadora principal de la seva mare, activitat que compagina amb el suport a la criança dels seus 3 nets i netes. En l'atenció i cura de la Núria també intervenen el Servei d'Ajuda a Domicili, amb 8,5 hores, distribuïdes de dilluns a dijous, en horari de matí i tarda; puntualment utilitzen el servei públic de teleassistència i el servei d'atenció primària a domicili.

Taula 9. Relació de persones cuidadores professionals, no professionals i receptores de cura entrevistades

Entrevista	Pseudònim	Edat (de la persona cuidadora i de la persona cuidada)	Situació familiar i de cura	Territori de Barcelona (de cura)	Informació d'ús d'espais comunitaris, de serveis públics i del sector privat
1	Maria	36 anys. Cuidadora professional d'una dona de 84 anys que conviu amb el seu nebot de 60 anys.	Parella de fet, té un fill. Té un contracte de mitja jornada com a treballadora familiar.	Gràcia	Mútua mèdica privada. Teleassistència. Treballadora familiar via mercat.
2	Carme	61 anys. Cuida la seva germana, de 69 anys, amb mobilitat reduïda.	Soltera. Està en procés de jubilació anticipada. Conviu amb la seva germana.	Sants	Treballadora familiar i servei de neteja domèstica per hores via mercat.
3	Isabel	84 anys. Cuida el seu marit, de 89 anys, diagnosticat de Parkinson.	Casada. Percep el SOVI i els ajuts a la dependència. Conviu amb el seu marit.	Guinardó	Voluntariat d'Amics de la Gent Gran i Taxi Amic. Servei d'Ajuda a Domicili i teleassistència.
4	Anna	40 anys. Cuida la seva filla, de 18 mesos.	Soltera. Treballadora de l'administració pública. Conviu amb la seva filla.	Guinardó	Espai de criança autogestionat MamaG, grup de suport a la maternitat, casal de barri Mas Guinardó, grup de consum de la cooperativa Rocaguinarda i AMPA. Escola bressol i centre esportiu municipals. Grup de lactància de l'Hospital de Sant Pau i programa «Ja tenim un fill».
5	Pilar	67 anys. Cuida la seva mare, de 98 anys, diagnosticada d'Alzheimer.	Soltera i jubilada. Conviu amb la seva mare.	Esquerra de l'Eixample	Fundació ACE i grup de suport a persones cuidadores «La Colla Cuidadora». Servei d'Ajuda a Domicili, teleassistència i programa «Respir». Treballadora familiar i servei de neteja domèstica per hores via mercat.
6	Concepció	Major de 65 anys. Cuida la seva mare, diagnosticada d'Alzheimer.	Soltera i jubilada. Percep els ajuts a la dependència. Conviu amb la seva mare.	Sant Andreu	Fundació ACE, Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer de Barcelona, i grup «Xarxa pel suport a les famílies cuidadores». Servei d'Ajuda a Domicili, teleassistència, centre de dia municipal, servei públic de transport especial «Porta a Porta», servei d'atenció primària a domicili i programa «Tems per a tu». Treballadora familiar i servei de neteja domèstica per hores via mercat.

Entrevista	Pseudònim	Edat (de la persona cuidadora i de la persona cuidada)	Situació familiar i de cura	Territori de Barcelona (de cura)	Informació d'ús d'espais comunitaris, de serveis públics i del sector privat
7	Laura	72 anys. Cuida el seu fill, de 30 anys, amb una discapacitat física i intel·lectual severa (síndrome d'Angelman).	Casada i jubilada. Conviu amb el seu fill i el seu marit. El fill percep pensió d'invalidesa i els ajuts a la dependència.	La Salut (Gràcia)	Cursos de formació i suport de la «Xarxa pel suport a les famílies cuidadores» i de la Fundació Pere Tarrés. Centre de dia municipal i «Cafè de pares del centre».
8	Àngels i Joan	35 i 38 anys, respectivament. Cuidadors principals del seu fill de 5 anys, en procés de recuperació de malaltia oncològica.	Casats. Treballen a l'administració pública i a l'empresa privada, respectivament. Conviuen la parella i el fill.	Sant Andreu	Voluntariat i serveis d'assessorament, acompanyament i suport de l'Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya (AFANOC), Fundació Enriquetta Villavecchia i Asociación Española Contra el Cáncer; servei de suport psicològic terapèutic de l'Oncolliga. Servei de neteja domèstica per hores via mercat, escola infantil i centre esportiu privats.
9	Cristina	60 anys. Cuidadora professional en el Servei d'Ajuda Domiciliària.	Soltera. Té un contracte indefinit de 37 hores a Suara Cooperativa com a treballadora familiar. Rep formació regular per part de l'empresa.	Nou Barris	Servei d'Ajuda a Domicili, teleassistència, centre de dia municipal i servei d'àpats a domicili.
10	Mercè i Eva	Entre 35 i 42 anys. Cuidadores principals de les seves filles menors de 3 anys.	Ambdues són parella de fet i cadascuna té una filla a càrrec. Una està en situació d'atur; l'altra treballa per compte propi.	Roquetes (Nou Barris)	Espai de criança autogestionat MARES, grup de suport a la maternitat i casal de barri Ton i Guida. Grup de lactància del CAP.
11	Rosa	43 anys. Cuidadora principal dels seus fills de 3 i 7 anys.	Casada. En situació d'atur. Conviu amb el seu marit i els seus fills.	El Raval (Ciutat Vella)	Espai Familiar del Raval, biblioteca pública Santa Creu i Equip Interdisciplinari per a la Petita Infància (EIPi).
12	Núria i Montserrat	95 i 71 anys, respectivament. Mare i filla, que és la cuidadora principal.	Vídua. Perceptora de la pensió de viduitat. Conviuen mare i filla.	Roquetes (Nou Barris)	Servei d'Ajuda a Domicili, teleassistència i servei d'atenció primària a domicili.



V. ANÀLISI I DISCUSSIÓ DE LES EXPERIÈNCIES

L'anàlisi i discussió de les experiències està organitzada en dos grans blocs que es corresponen amb els dos eixos estratègics principals del marc de democratització de la cura: **un primer bloc de reconeixement de la centralitat social de la cura** i un **segon bloc de socialització de la cura**. L'organització de l'anàlisi i discussió de la informació recollida de forma alineada als eixos estratègics centrals del marc de democratització de la cura prèviament presentats respon a un objectiu doble: 1) explorar en quina mesura i de quina manera els serveis i els espais de cura analitzats s'adeqüen als eixos estratègics centrals de la democratització de la cura; i 2) obtenir, de l'anàlisi de les experiències, propostes d'actuació política municipal per promoure la democratització de la cura, bé en el marc de serveis, programes i espais ja existents en l'actualitat, o mitjançant l'impuls de nous programes, projectes o serveis. Les dimensions dels dos eixos estratègics transversals són analitzades de manera transversal en els dos apartats.

Cal destacar que en l'anàlisi i discussió no es pretén realitzar una caracterització exhaustiva de cadascun dels serveis i dels espais de cura analitzats, ni de cadascuna de les experiències vitals i de les biografies relacionades amb la provisió i/o recepció de cura recollides. L'objectiu consisteix, en primer lloc, a prendre com a punt de partida els serveis, els espais i les experiències, per després, mitjançant l'ús de metodologia d'anàlisi qualitativa i d'altres tipus de dades complementàries, aprofundir en alguns components de l'organització actual de la cura a la ciutat de Barcelona; i, en segon lloc i finalment, a partir d'això, generar recomanacions d'actuacions amb vocació de transformació de la cura.

Així, després de recapitular els objectius i els eixos estratègics del marc de democratització de la cura, juntament amb les seves dimensions, en els apartats següents s'ofereix una anàlisi i discussió de múltiples experiències, serveis i espais de cura a partir de dos blocs diferenciats: el reconeixement de la centralitat social de la cura i la socialització de la cura. Al final de cada apartat, a més, es presenta una llista de recomanacions d'actuació en el marc de la política municipal relacionades amb els eixos en discussió.

1. Adequació dels serveis i espais als eixos estratègics de democratització de la cura

Esquivel (2011) estableix un marc analític a partir de tres dimensions (serveis de cura, programes de transferències d'ingressos i polítiques de permisos o de conciliació) que resulta útil per dur a terme mapejos, diagnòstics i avaluacions de les polítiques de cura, així com de serveis, experiències i programes realitzats fora de l'àmbit de l'administració pública. Aquest marc, construït incloent-hi tant la perspectiva de les persones beneficiàries de cura com la d'aquelles que la proveeixen i/o que se'n responsabilitzen, també pot contribuir a analitzar polítiques, serveis i pràctiques que, tot i no ser explícitament de cura (com les polítiques educatives, de salut, socials, etc.), intervenen d'una manera o una altra en la provisió de cura en particular i en l'economia de les cures en general.

En aquest treball ens inspirem en el marc proposat per Esquivel i l'adaptem al marc de democratització de la cura amb l'objectiu d'examinar d'una manera exploratòria les experiències seleccionades en el marc de l'economia de les cures a la ciutat de Barcelona i generar-ne, d'aquesta manera, un primer diagnòstic. La taula 10 s'organitza per eixos estratègics, dimensions i objectius específics. A més a més, introdueix de manera prèvia l'objectiu marc de garantia d'un accés universal a una cura digna des de la singularitat. La universalitat i la singularitat són dos criteris crucials a l'hora d'analitzar i promoure la democratització de la cura i de determinar la seva centralitat social, ja que estableixen, en el cas de la universalitat, el requeriment que tothom que la necessiti hi pugui accedir i, en el cas de la singularitat, que en la provisió d'aquest accés es tinguin en compte les necessitats i les circumstàncies específiques de les persones o famílies demandants. Dit d'una altra manera, es considera aquí el grau d'universalitat d'accés a un servei de cura en funció de la capacitat d'inclusió de qualsevol persona que requereixi el servei ofert. Es considera que la singularitat ve determinada, al seu torn, per la capacitat del servei d'incloure totes aquelles persones que el necessitin, independentment de l'existència de circumstàncies que puguin condicionar-ne l'accés, o fins i tot impedir-lo.

Taula 10. Adequació de serveis i espais als eixos estratègics de democratització de la cura

Eixos de democratització de la cura i criteris de justícia de gènere	Objectius específics
Garantia d'accés a una cura digna i de qualitat des de la universalitat i la qualitat	1.1. Quines característiques té el servei? 1.2. Quina és la qualitat del servei? 1.3. Quins són els costos d'accés? 1.4. Quin és el nivell de cobertura efectiva? 1.5. La prestació, cobreix els costos de la cura o garanteix ingressos mínims? 1.6. Qui en són les persones beneficiàries? 1.7. De qui és el dret real a rebre cura (condicions/requisits reals d'accés)? 1.8. Existeix un <i>décalage</i> entre inclusió formal i presència/participació real de persones beneficiàries per raó de gènere, origen, tipus de família, posició socioeconòmica, etc.?
Reconeixement de la centralitat social de la cura	
Valorització social i simbòlica de la cura	1.9. En quina mesura promou un imaginari de protagonisme social de la cura? 1.10. Quines dades es recullen i es generen? 1.11. Es recullen les dades desagregades per sexe, origen i altres variables? 1.12. Es recullen dades representatives de l'especificitat de les realitats de les dones i d'altres actors «especialitzats» en la cura?
Garantia que l'accés a una cura digna no s'assoleix a costa dels drets de cap altra persona	1.13. En quina mesura les condicions de treball i laborals són dignes? 1.14. En quina mesura es redueix o es reproduïx la sobrecàrrega de la persona cuidadora en el marc de la família?
Socialització de la cura	
Socialització de la cura vers l'àmbit comunitari	2.1. Permeten els costos d'accés substituir o reduir la cura familiar? 2.2. En quina mesura el servei és proveït per la comunitat, les administracions públiques i/o el mercat? 2.3. En quina mesura el servei o l'acció promouen un model de cura que impliqui l'Estat, el mercat i/o la comunitat? 2.4. En quina mesura permet trencar amb l'aïllament social que sovint caracteritza l'exercici i la recepció de la cura?
Socialització de la cura vers les administracions públiques	
Socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre	
Eliminació de la (mal)divisió social de l'organització social de la cura des d'una perspectiva interseccional	
Eliminació de la divisió sexual del treball en l'organització social de la cura	3.1. Promou el programa/servei una diversificació de l'imaginari de persona cuidadora? 3.2. En quina mesura l'acció, el servei o el programa permeten reproduir/reduir estereotips de gènere, ètnics o altres tipus d'estereotips relacionats amb la cura? 3.3. Qui assumeix el servei que és responsable de la cura en el marc de la família? 3.4. En quina mesura permet reduir la feminització i/o racialització de l'activitat laboral? 3.5. En quina mesura promou el servei una disposició de temps propi equitativa entre homes i dones?
Eliminació de la divisió racial del treball en l'organització social de la cura	
Eliminació de la divisió socioeconòmica del treball en l'organització social de la cura	
Apoderament en el marc de l'organització social de la cura	
Apoderament individual	4.1. En quina mesura promou la valorització/desvalorització personal de la cura?
Apoderament relacional	4.2. En quina mesura el servei permet compartir experiències, sabers, dubtes i estats d'ànim entorn de la cura?
Apoderament col·lectiu	4.3. En quina mesura promou accions destinades a l'alteració parcial o estructural de l'organització social de la cura actual?

Font: Elaboració pròpia a partir d'Esquivel (2011).

2. Reconeixement de la centralitat social de la cura

Com ja s'ha apuntat prèviament, reconèixer la centralitat social de la cura significa visibilitzar la seva naturalesa, les seves dimensions i el paper que té en contextos específics. També implica prendre en consideració com incideix d'una manera global en el conjunt de l'economia i de la societat, sense perdre de vista qui realitza aquestes contribucions. Implica, a més a més, no obviar-la en el disseny de polítiques públiques. Reconèixer la centralitat social de la cura comporta també mesurar-la mitjançant, entre d'altres, enquestes d'usos del temps i/o la recollida de dades desagregades per sexe i altres variables rellevants. Reconèixer la centralitat social de la cura significa, al seu torn, generar noves agendes discursives i nous imaginaris amb la finalitat de qüestionar les relacions de poder existents en la seva organització actual i amb l'objectiu d'eliminar-la com una externalitat inevitable de la vida moderna i construir-la com una activitat fonamental en una societat que prioritza la interdependència i la sostenibilitat de la vida. Tots aquests components del reconeixement de la centralitat social de la cura s'engloben en una **primera dimensió, denominada «valorització social i simbòlica de la cura»**.

Reconèixer la centralitat social de la cura comporta, en segon lloc, visibilitzar la manera com l'organització social actual de la cura genera un risc d'exclusió social entre les persones que la proveeixen, amb independència de si ho fan d'una manera remunerada o no. Aquest risc d'exclusió social pren múltiples formes i sovint es tradueix en impactes negatius en la salut, en aïllament social, en pobresa de temps i en dificultats per desenvolupar projectes vitals propis per part de la persona cuidadora, com a conseqüència d'una dedicació —intensiva i perllongada en el temps— a la cura d'un membre de la família. El risc d'exclusió social es tradueix també en condicions socials i laborals caracteritzades per la precarietat entre una bona part de les persones que es dediquen a la cura d'una manera professional i remunerada. Aquest seguit d'elements integren la **segona dimensió** de l'eix estratègic del reconeixement social de la cura, **denominada «garantia que l'accés a una cura digna no s'assoleix a costa dels drets de cap altra persona»**.

2.1. Valorització social i simbòlica de la cura

Aquest apartat es divideix en dues seccions: una primera d'anàlisi i discussió, i una segona en la qual s'ofereix, a partir de l'anàlisi realitzada, un seguit de propostes d'actuació relacionades amb la valorització social i simbòlica de la cura.

2.1.1. Anàlisi i discussió de la valorització social i simbòlica de la cura

Gairebé totes les persones entrevistades —en particular, les que proveeixen cura, d'una manera remunerada o no— coincideixen a afirmar que la cura té un escàs valor social. Val la pena fer referència a algunes de les reflexions que han fet sobre aquesta qüestió. En primer lloc, consideren que el baix valor

atribuït a la cura té a veure amb la seva invisibilització. En aquest sentit, es destaca l'enorme contradicció existent entre la baixa valorització social de la cura i la gran responsabilitat que comporta el fet de cuidar. En segon lloc, consideren que la baixa valorització social de la cura és l'hegemonia d'un imaginari social que percep la malaltia i/o la discapacitat com estats d'excepció, i la independència individual, com la norma. En tercer lloc, i com a contrapunt, es reivindica la cura com un espai relacional i vital que permet la continuïtat del fil conductor entre diferents generacions i la transmissió de valors i de coneixements entre elles.

Si la cura rep un escàs valor social és perquè, en primer lloc, les societats continuen sense problematitzar-la: la donen per descomptada i no reconeixen explícitament la seva existència, la seva importància ni el fet que algú s'encarregui de proveir-la. Així, una de les raons principals de l'escassa valorització social i simbòlica de la cura és la invisibilització que continua patint avui en dia; una invisibilització que contrasta amb l'enorme responsabilitat que comporta estar a càrrec d'una persona en situació de vulnerabilitat o fragilitat:

Consideres que el teu entorn, i la societat en general, dona importància al treball que realitzes com a cuidadora?

No, a veure, els que més et coneixen, sí; aquests, sí. Però en general, no veig que estigui molt valorat. Ho veuen com una cosa normal i ja està.

Com ho perceps, això?

Ho percebo... *bueno*, no es té... No fa gaire, a *El Periódico*, ha sortit dues o tres vegades la importància dels cuidadors, i vaig pensar: «Home! Bueeeeno!» [riu].

Ja era hora, no?

Molt bé!

[ENTREVISTA 2]

Socialment se li dona molt poca importància a la feina de cures, no?, de les persones grans i així. La gent que potser aprecia una mica més aquest tipus de feina, o que la valora una mica més, són els usuaris o els familiars d'aquests usuaris, no? Saben el que és i ho valoren una mica més. Però socialment està molt mal vist [...]. D'una banda, es desmereix la feina, no se li dona la importància que té, però, de l'altra, se li atribueix una responsabilitat immensa. És contradictori, no? Perquè ningú no dona importància a aquesta feina, però tothom li atorga una responsabilitat increïble.

[ENTREVISTA 1]

Segons les persones participants en l'estudi, una altra raó que explica la baixa valorització de la cura és l'hegemonia d'un imaginari social que percep la malaltia, la discapacitat i/o la dependència funcional —en definitiva, la fragilitat i la vulnerabilitat humanes— com estats d'excepció, i els estigmatitza.

Ara... tu vas pel carrer i de vegades... És que hi ha moltes formes de mirar. Hi ha gent que mira, però no li dones importància, però hi ha gent que mira, que fa ràbia. El que passa és que jo, no... Jo passo!

[ENTREVISTA 7]

El mateix imaginari percep la independència individual i l'autonomia —en forma de salut plena— com la norma. Reconèixer la importància de la cura implicaria assumir que la vulnerabilitat humana no és una excepció a la norma i que tots i totes necessitem que ens cuidin en un moment o un altre:

Consideres que la societat en general dona importància a la feina que feu les persones cuidadores?

Hi ha gent que potser s'estima més no parlar del tema per no bellugar-lo. No sé com dir-ho. És la meva impressió, eh! [...]. El que s'hauria de fer és que fos una cosa normal [...]. Llavors, tothom està exposat al fet que li pugui sortir una cosa d'aquestes. Aleshores, jo el que crec és que haurien de fer alguna cosa per sensibilitzar la gent, perquè sigui conscient que això li pot passar a tothom, que és una cosa normal. Això sí! Perquè per exemple, estàs una mica també preparada.

[ENTREVISTA 7]

En tercer lloc, i com a contrapunt, es reivindica la cura com un espai relacional i vital que permet la continuïtat del fil conductor entre diferents generacions i la transmissió de valors i de coneixements entre elles. En definitiva, la cura és una dimensió fonamental per al sosteniment de la vida, tal com defensa la Rosa quan es pregunta què seria del món sense la cura. En aquesta dimensió, a més, les persones receptores de cura no són les úniques que en surten beneficiades, perquè es generen relacions bidireccionals d'aprenentatge i de provisió de benestar:

Per mi, crec que és important en el sentit que facilita i li fa més... Facilitar de «facilitar» i de «felicitar» [...]. «Facilitar», des de canviar-li un bolquer, perquè ella no ho pot fer sola, i «felicitar», perquè li dius: «Aquest cap de setmana hi haurà una calçotada al carrer; tu no la veuràs, però jo veig el cartell i t'ho explico...». No ho sé, a mi, veure somriure la senyora, no és meu res ni res, però *bueno*, és un report... i no tindria per què ser-ho, però a mi això em fa més agraïda la feina, que no pas mirar-la i canviar-la com si fos un nino... i anar a netejar. També hi ha un report per a mi veure que la senyora està millor, està més alegre i té més ganes de viure i de fer les coses...

[ENTREVISTA 1]

Es que esa dimensión de los cuidados es la más importante. Cuando son pequeños los niños, sobre todo. Digo pequeños, porque... ¿Qué sería del mundo sin la gente que cuida sobre todo a las personas más vulnerables, que son los niños y los viejos? Pero, para mí, más los niños, que es lo que me afecta directamente, verás. Creo que la dimensión de los cuidados está muy minusvalorada, pero ¡es básica! O sea, ¿quién..., a dónde iríamos sin nadie que haga la comida, que preste abrigo, todo eso..., que bañe, que cambie, que limpie, que abrace, que acompañe, que...? ¿A dónde? ¿Sabés? A mí me tocó más criar-me... Tuve la suerte de tener a mis abuelas, que me dejaban mucho con ellas, porque la otra vivía en el campo, y en El Salvador se da mucho que haya alguien, una señora que viva ahí, a la que llamamos, se la llama, la muchacha, que es la empleada, que te cuida. En mi casa era como..., como una figura de autoridad [...]. Y para mí, la idea que yo tengo de mi infancia, es mi abuela y la Francis, la Rosita, la Mariés-tela... Son personas que me han acompañado en los años más impor-

tantes, pues. Mamá no estaba allí. Y yo, yo no... Cada día, cada cosa que hago, me abro una aguja, me vuelvo.... ¡Putá! Esto me lo enseñó mi abuela, ¿sabés? ¡Todo eso! ¿Qué haría yo sin eso, pues?

[ENTREVISTA 11]

No sé, pues jo, amb aquesta senyora, estic aprenent a cuinar coses que no sabia cuinar. Perquè, com que jo sóc com les seves mans, he après a fer fricandó, he après a fer arròs a la cassola. Tot això és un plus que jo m'emporto i crec que és important. De vegades parlem de memòria històrica i no sé què; la memòria històrica és la gent gran i és les batalletes de l'Ebre, però també és el dia a dia. Això tampoc es valora, però és que, per dir, fer un bon fricandó, *pues* jo ho valoro, no? I si no treballés amb senyores grans, no sabia fer fricandó. I ara en sé fer!

[ENTREVISTA 1]

D'altra banda, en el marc de serveis i d'espais de cura, en les experiències analitzades s'han detectat esforços significatius per impulsar la valorització

En les experiències analitzades s'han detectat esforços per impulsar la valorització simbòlica i social de la cura i sensibilitzar la ciutadania sobre la importància de trobar un major equilibri entre el temps anomenat «productiu» i el temps reproductiu.

simbòlica i social de la cura: des d'iniciatives importants per generar noves pràctiques i espais en l'àmbit comunitari, econòmic i urbà que contribueixin a reduir la invisibilització de la cura, fins a la recol·lecció de dades sobre la temàtica que ajudin a sensibilitzar la ciutadania sobre la importància de trobar un major equilibri entre el temps anomenat «productiu» i

el temps reproductiu, així com a fonamentar noves polítiques i pràctiques per part de l'administració municipal.

El **Laboratori del Temps**³ impulsa, des de l'any 2004, projectes orientats a incidir en l'organització dels usos del temps i de la vida quotidiana de les persones. L'objectiu és sensibilitzar la població i dissenyar polítiques que facilitin la conciliació de la vida personal i familiar (temps de cura, temps lliure, etc.) i la vida professional (temps de formació, temps laboral, temps de mobilitat, etc.). Les seves intervencions s'han centrat, en primer lloc, en una millor organització de la vida quotidiana mitjançant l'adaptació dels horaris i els usos dels equipaments municipals a les necessitats de les persones, en una aposta per alliberar temps per a les famílies i les persones cuidadores, i en un impuls per crear bancs del temps i xarxes de suport veïnal, entre d'altres. En segon lloc, ha reflexionat d'una manera crítica sobre la mobilitat urbana amb l'objectiu de promoure la remodelació d'alguns espais públics tenint en compte el temps de les persones i promovent l'ús col·lectiu de l'espai de proximitat. En l'àmbit més específic de la conciliació del temps laboral i del temps de la vida quotidiana, s'ha treballat amb el teixit empresarial buscant-hi impulsar, mitjançant el treball en xarxa i l'intercanvi d'experiències, bones pràctiques de facilitació de la vida laboral, familiar i personal, així com promoure la responsabilitat social de les empreses i les entitats socials. Cal destacar, per exemple, la creació del Premi Barcelona a l'Empresa Innovadora en Conciliació i Temps com a mesu-

³ Informació extreta de l'entrevista 21, realitzada a una persona professional.

ra de sensibilització i mapeig de bones pràctiques en matèria de conciliació de la vida laboral, familiar i personal, així com de promoció de la sostenibilitat humana. Finalment, des del **Laboratori del Temps** també s'han elaborat els «Dossiers del Temps» com a principal recurs d'observació de la realitat i de difusió de recerca realitzada sobre els usos del temps a la ciutat, amb l'objectiu de sensibilitzar sobre la temàtica i de visibilitzar recomanacions específiques per a l'administració municipal i actors locals diversos. Dit això, encara queda un recorregut per fer a l'Ajuntament de Barcelona pel que fa a garantir una recollida sistemàtica de dades sobre els usos del temps, així com una recollida sistemàtica de dades desagregades per sexe i altres variables que permetin fer un seguiment regular, tant dels usos del temps, com d'altres aspectes rellevants de l'economia de les cures a Barcelona.

Una altra tasca de sensibilització sobre la importància social de la cura ha estat la realitzada pel **projecte «Noves Masculinitats»** des de l'any 2011 en tres àmbits diferents: sensibilització social en general; treball amb entitats i serveis comunitaris; i treball específic amb homes. Quant a la sensibilització més global, s'utilitzen les xarxes socials, campanyes, videofòrums i altres

Es busca trencar amb conceptes de masculinitat que consideren la cura com una jurisdicció exclusivament femenina.

accions específiques per difondre informació i un discurs entorn de la cura com a dimensió fonamental de la vida social que requereix una implicació equitativa d'homes i dones. També es realitzen accions

dirigides a professionals i entitats socials que busquen assessorar, conscienciar i formar sobre la corresponsabilitat dels homes en la cura. Respecte al treball específic amb els homes, una vegada més, i tal com s'expressa en l'entrevista realitzada, es busca trencar amb conceptes de masculinitat que consideren la cura com una jurisdicció exclusivament femenina, i s'impulsen nous models de masculinitat que, des de la flexibilitat, aspirin a estar presents en la cura d'una manera equitativa amb les dones. El **projecte «Noves masculinitats»**, a més de pretendre contribuir a l'eliminació d'estereotips de gènere en l'assumpció de responsabilitats vers la cura per tal de descentrar normes socials masculinistes que n'invisibilitzen la importància, també contribueix a construir un nou imaginari de la cura que no l'obviï:

La finalitat del projecte és sensibilitzar, conscienciar i treballar amb els homes perquè, d'una banda, s'incorporin —des de la seva responsabilitat individual i col·lectiva— en temes d'igualtat de gènere fent accions específiques amb els homes i, de l'altra, puguin fer un treball de... puguin fer una reducció de la seva masculinitat per intentar construir masculinitats que siguin alternatives, saludables positives. Llavors [...] nosaltres, amb els homes treballem per promoure que siguin responsables i presents [...]. Perquè s'ha de parlar, s'ha de comunicar, no? S'ha de tenir empatia, una sèrie d'aspectes en contra d'aquest model de masculinitat.

[ENTREVISTA 15]

En el mateix sentit, a finals del 2015, el **grup de criança compartida MARES**⁴ va organitzar el Festival de la Criança,⁵ mitjançant el qual volia contribuir a

⁴ Informació extreta de l'entrevista 10, realitzada a dues mares participants en un grup de criança compartida

⁵ Més informació a: <<https://festivalcrianza.wordpress.com/>>.

crear un imaginari alternatiu d'atenció i acompanyament a la petita infantesa. Aquesta iniciativa, que va incloure, entre altres activitats, tallers sobre el part i sobre noves masculinitats, tenia la finalitat de promoure un model de criança més respectuós amb les necessitats de la canalla i facilitar l'intercanvi de coneixements entre famílies i professionals. Des de la celebració del festival, en què van participar diversos grups de criança de la ciutat de Barcelona, s'ha volgut impulsar un model de criança alternatiu i comunitari que reconegui les experteses de les cuidadores no professionals i que, a més a més, afavoreixi el debat i la col·laboració amb el personal professional de la salut i l'educació.

Per la seva part, el **Grup de Suport a Persones Cuidadores⁶** i la **Xarxa de Suport a Famílies amb Membres a Càrrec⁷** impulsen, des de fa anys, processos en l'àmbit socioterapèutic que busquen treballar la cura i el rol de les persones cuidadores d'una manera plural, sense prejudicis i des de la diversitat d'experiències i sensibilitats. Atesa l'actual falta de reconeixement social de les tasques de cura, des del grup es considera que aquesta mirada s'hauria d'incorporar en els programes i experiències existents que treballen amb persones cuidadores. El **Grup de Suport a Persones Cuidadores** disposa, a més, d'un web/blog que inclou una agenda amb activitats lúdiques i divulgatives, on les persones cuidadores també hi comparteixen reflexions vinculades al projecte, així com la seva pròpia experiència vital amb la cura. A banda de complir la funció d'obrir un espai terapèutic, de comunicació, intercanvi i reflexió entre les persones cuidadores, el blog pot esdevenir un instrument fonamental per visibilitzar les experiències de dolor i alegria de les persones i les famílies que reben i proporcionen cura,⁸ així com per reconèixer l'aportació que fan les persones cuidadores a la ciutat i la diversitat d'experiències i maneres de «tenir cura».

També en el blog del **Grup de Suport a Persones Cuidadores** s'ha donat difusió a una iniciativa impulsada per la **Xarxa de Suport a Famílies amb Membres a Càrrec** en el marc de l'Acord Ciutadà per una Barcelona Inclusiva. La iniciativa consisteix en la realització de l'enquesta ciutadana 2016 «I tu, com estàs? Avancem en el reconeixement de les persones cuidadores».⁹ La informació recollida, desagregada per districte, edat i sexe, inclou el temps que fa que una persona té cura d'algun membre de la seva família, els impactes del seu rol de cuidadora en el seu estat de salut i en el seu estil de vida,

⁶ Informació extreta de l'entrevista 20, realitzada a una persona professional.

⁷ Informació extreta de l'entrevista 6, realitzada a una persona participant en la xarxa.

⁸ Una de les participants del grup va publicar en el blog el text següent, titulat **Espurnes de vida**. «Moltes vegades, els cuidadors ens trobem que quan visitem el nostre familiar ingressat al geriàtric tenim dificultats per saber com viuen i com se senten en la seva actual situació, a causa de l'estat de desorientació i falta de comunicació; no sabem gaire bé quins poden ser els seus sentiments i vivències. La nostra mare, hi ha dies que quan ens veu mostra un cert interès i sembla que ens reconeix i que està una mica més animada, però la majoria de les vegades està apagada, silenciosa i tan sols hi podem mantenir un contacte superficial. La relació amb la nostra mare és constant, i a la família estem tranquils perquè la veiem ben atesa, el personal del centre és molt competent i sabem de la seva dedicació i afecte. Per sort, al centre tenen el costum de celebrar les festes tradicionals, i també els aniversaris dels malats que conserven autonomia i no estan allitats. La família hi assistim sempre que podem, i és en aquestes ocasions quan, amb un somriure, un regalet, un ram de flors i una abraçada, quan veu els més petits de la família, sembla que una espurna de llum i d'alegria és més evident. És llavors quan notem que, malgrat la seva situació, hi ha vida i una mica d'il·lusió que es manifesta en el seu somriure.» (Vegeu: <<http://www.lacollacuidadora.net/>>.)

⁹ Per saber-ne més, consulteu: <<https://fs3.formsite.com/Formularis/form13/index.html>>.

les principals dificultats que sorgeixen en la seva vida quotidiana, com afecta el seu rol de cuidadora la seva activitat laboral, una valoració de l'accés a la informació que té sobre serveis i suports, el tipus de suports que rep per a la cura i una valoració dels serveis de proximitat que utilitza. Juntament amb altres activitats realitzades, l'enquesta pot contribuir al reconeixement social de la centralitat de la cura i, particularment, a la seva valorització mitjançant la recollida de dades i la generació de diagnòstics sobre la situació de la cura a la ciutat de Barcelona.

En darrer lloc, pel que fa a visibilitzar els esforços en el reconeixement de la centralitat social de la cura realitzats des de l'àmbit comunitari, és interessant destacar que des de la **Xarxa d'Intercanvi**¹⁰ s'està treballant per fer visibles altres models de cura. En aquest cas, es treballen línies relacionades amb la conscienciació en matèria de salut física i emocional per tal de promoure la cura personal i l'adquisició d'hàbits saludables. En aquest sentit, pensem que una visibilització de la responsabilització dels homes sobre la pròpia salut és, sens dubte, indispensable per combatre l'especialització de gènere en la cura i contrarestar els efectes nocius per a la salut dels homes derivats de la socialització en un model de masculinitat hegemònica que nega la vulnerabilitat i delega la cura personal (Bonino, 2001).

2.1.2. Propostes d'actuacions per promoure la valorització social i simbòlica de la cura

La taula 11 presenta, a partir de les dades recollides mitjançant la realització d'entrevistes i l'anàlisi de documentació, de literatura i d'altres fonts d'informació, una relació de propostes d'actuacions que hem elaborat per promoure la valorització social i simbòlica de la cura. Segons es pot observar, les actuacions estan dirigides a visibilitzar la centralitat de la cura, així com a transversalitzar la perspectiva de democratització de la cura, en el conjunt d'àrees de l'Ajuntament de Barcelona i a la resta de la ciutat.

¹⁰ Informació extreta de l'entrevista 16, realitzada a una persona que treballa de manera voluntària a la xarxa.

Taula 11. Propostes d'actuacions per promoure la valorització social i simbòlica de la cura

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Reconeixement de la centralitat social de la cura	Valorització social i simbòlica de la cura	Fer una campanya de comunicació per reivindicar la importància de la cura i promoure imaginaris inclusius i diversos de l'organització social de la cura. Impulsar un debat social a la ciutat de Barcelona sobre els usos del temps des d'una perspectiva feminista i d'economia de les cures. Promocionar, donar suport i organitzar jornades, seminaris, congressos i trobades per debatre noves propostes i estratègies de millora per repartir la cura equitativament. Publicar estudis i altres materials divulgatius que visibilitzin la importància social, econòmica i política de la cura. Realitzar, juntament amb els centres d'educació secundària de la ciutat, un programa de memòria social de Barcelona i dels seus barris, que compti amb la participació d'estudiants i persones grans per elaborar-ne els continguts. Introduir el paradigma de la democratització de la cura en el currículum transversal que promou la Xarxa d'escoles i instituts per la igualtat de tracte i la no discriminació. Impulsar projectes educatius a les escoles bressol sobre la democratització de la cura. Incloure mòduls sobre l'economia de les cures en les formacions per a treballadors i treballadores municipals, amb inclusió del personal vinculat a les empreses públiques municipals. Impulsar projectes liderats, tant per les persones receptores de cura, com per les que en proveeixen, que visibilitzin la realitat i el valor social de la cura, inclòs l'ús de les xarxes socials i de les noves tecnologies. Recollir dades i crear indicadors municipals, desagregats per sexe, origen i altres variables, que permetin avaluar d'una manera periòdica els recursos i partides pressupostàries municipals destinats a la cura i a la seva democratització. Introduir en enquestes municipals (sociodemogràfica, de condicions de vida, etc.) indicadors d'usos del temps i de provisió de cures. Incloure, en el paquet de benvinguda a les noves incorporacions a l'Ajuntament de Barcelona, informació exhaustiva sobre els drets laborals vigents que promouen la democratització de la cura en el conjunt de les esferes de la vida del personal de l'Ajuntament de Barcelona, i facilitar informació periòdica sobre aquests drets.

Font: Elaboració pròpia.

2.2. Garantia que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona

Aquest apartat es divideix en dues seccions: una primera d'anàlisi i discussió, i una segona en la qual s'ofereix, a partir de l'anàlisi realitzada, un seguit de propostes d'actuació per garantir que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona. Atesa la gran quantitat d'informació recollida sobre els impactes de la realització de la cura, i amb l'objectiu de facilitar-ne la lectura, la secció d'anàlisi i discussió es divideix en dues parts: una primera part dedicada a la cura familiar no remunerada, i una segona part dedicada a la cura remunerada, tant formalment com informalment. En la darrera secció de l'apartat, dedicada a les propostes d'actuacions, s'inclouen recomanacions relacionades amb les diferents tipologies de provisió de cura analitzades.

2.2.1. Anàlisi i discussió de la cura familiar no remunerada

Tal com s'exposa a continuació, la radiografia dels principals elements que solen caracteritzar l'organització de la cura en el marc de la família mostra que aquesta recau en un nombre reduït de membres de la xarxa familiar més propera, habitualment les dones. En aquest sentit, cal destacar les conseqüències que se'n deriven per a elles i que sovint es tradueixen en impactes negatius en múltiples esferes de la seva vida. En aquest treball, els impactes de la cura familiar en les persones cuidadores es classifiquen en quatre categories: a) impactes en la salut i el benestar; b) impactes en l'esfera relacional; c) impactes en la disponibilitat de temps; i d) impactes en els projectes vitals.

2.2.1.1. Organització de la cura en el marc de la família

L'organització que les famílies duen a terme per tenir cura d'algun o alguns dels seus membres presenta una gran diversitat en funció de nombrosos factors, com ara, entre d'altres, la tipologia de família i d'unitat de convivència, l'origen, el perfil socioeconòmic i el moment en el cicle de vida en què es troben, tant les persones que proveeixen cura com les que en reben. Tanmateix, en el transcurs del treball de camp s'ha detectat un grau important de constants i de tendències compartides per una gran majoria de les persones entrevistades i les seves famílies. Entre elles destaca una **baixa redistribució de la cura en el si de la família immediata**, una **clara divisió sexual del treball de cura**, tal com s'ha exposat prèviament, i una **implicació variable, si bé limitada, de la família extensa**.

Aquests patrons detectats en el transcurs de les entrevistes coincideixen amb les dades estadístiques existents. En la taula 1¹¹ s'ha mostrat que, particularment en els casos de famílies nuclears a càrrec d'una persona en situació de discapacitat o d'una persona gran, és molt més freqüent que la cura sigui realitzada per la dona que no pas per l'home o per tots dos de manera conjunta. A més, l'Enquesta de Salut de Catalunya indica que els escenaris en què tots els membres de la llar participen en la cura, o en què hi participen familiars que no viuen a la llar, són clarament minoritaris. Al seu torn, el paper

¹¹ La taula 1 es pot trobar en el segon apartat del document.

de les persones contractades i dels Serveis Socials, si escau, és també bastant marginal.

Una de les principals constants detectades en el transcurs de la recerca pel que fa a l'organització de les tasques i la responsabilitat de la cura en el si de la família és la seva **concentració en un o pocs membres de la xarxa familiar propera** i la seva **minsa redistribució entre els altres membres**. Això es dona en el conjunt de moments del cicle vital.

Pel que fa a la cura i l'atenció a la canalla, les grans protagonistes són les mares; hi ha una certa variabilitat quant a la presència dels pares, i la implicació dels membres de la família extensa, particularment dels familiars ascendants de primer grau, és, per diferents motius, limitada. Així, l'Anna, mare d'una nena de 18 mesos i cap de la seva família monomarental, n'és la cuidadora principal. La presència del pare de la criatura és nul·la i, si bé l'Anna rep suport de la seva mare i de la seva tieta, a mesura que es fan grans i que la seva salut es deteriora, aquest suport cada cop és més reduït. No obstant això, l'Anna el valora d'una manera molt positiva i li genera una confiança que els membres aliens a la xarxa familiar no li inspiren:

Logísticament, la meua tieta, que és més jove: té 73 anys. I si, per exemple, una setmana jo treballo, i l'escola bressol encara no està oberta, el que fem és mobilitzar-nos. A casa de la meua tieta [...]. En lloc de pagar un cangur [...] doncs fem això. La meua tieta, que és tieta-àvia, es queda amb la nena, sí [...]. Jo penso que la família està molt bé, i menys mal. Hi ha moments en què les necessites més. Te n'adones [...]. És una tranquil·litat [...]. És mutu, això de les cures. Tens molta confiança, i hi ha una confiança que surt de dins, no és tan mental, surt de dintre.

[ENTREVISTA 4]

Tot i formar part de famílies nuclears integrades per dos adults, altres dones assumeixen també una part majoritària de la cura dels seus fills. És el cas de la Rosa, de 43 anys d'edat, casada, mare de dos nens de 3 i 7 anys. Encara que té un nivell formatiu alt i una àmplia experiència professional, la Rosa va abandonar el mercat laboral després del naixement del seu primer fill i, tal com ella mateixa diu, ara mateix, ser mare és la seva *única ocupación*.¹² El seu marit és l'únic dels dos progenitors que actualment té una feina remunerada, de manera que el seu sou és l'única font d'ingressos de la família. A més a més, a diferència de l'Anna, la Rosa i el seu marit no poden comptar, per diverses raons, amb el suport dels avis i àvies ni amb el dels germans i germanes. Pel que fa a la Rosa, la totalitat de la seva família viu al seu país d'origen, El Salvador; quant a la família del seu marit, el germà viu a l'estranger i els pares opten de manera explícita per no participar en la cura i criança dels nets:

Aquí no tengo un abuelo, una abuela, una tía, para decirle: «¿Puedo dejarte a mi hijo?». No tengo eso, ni por parte de mi marido ni mía. Estamos aquí solos [...]. Porque es cierto que me ha tocado a mí casi todo, pero me ha dolido mucho no tener ayuda de la familia cercana. Mucho, muchísimo. Ahora ya lo comprendo, pero ha sido algo que me ha dolido mucho, mucho. Sobre todo la familia de mi marido, saber que no podía contar con ellos, fue duro.

¹² Informació extreta de l'entrevista 11, realitzada a una dona de 43 anys, mare de dos nens de 3 i 7 anys.

¿Tu compañero tiene hermanos o hermanas...?

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

[ENTREVISTA 11]

La situació de concentració de la responsabilitat i de les tasques de cura en pocs membres de la família es dona també en aquells casos en què la persona amb necessitats intenses de cura i atenció és una persona adulta amb una discapacitat, o una persona gran en situació de malaltia i/o d'autonomia funcional restringida. Mentre que en el primer cas la cuidadora principal sol ser la mare, amb el suport del pare, en els casos de gent gran la cura és protagonitzada, d'una banda, per la muller amb suports puntuals dels fills i/o filles i, de l'altra, per alguna de les filles o germanes amb suports més puntuals d'altres fills i filles i germans o germanes. En situacions d'absència de cònjuge per part de la persona receptora de cura, són les filles o germanes solteres o vídues qui assumeixen la part majoritària de la cura. Aquesta organització no sol ser fruit d'un procés familiar de discussió i presa de decisions sinó que, tal com expliquen la Pilar i la Cristina, sembla que s'adopta «per defecte», com a resultat de la presència d'una filla sense altres càrregues de cura i amb una idea molt concreta de què constitueix una cura desitjable per als seus pares, la qual sol ser contrària a la seva institucionalització:

No n'hi ha hagut gens [de debat] [...]. La meva germana... és que la volien portar a una residència, i jo, mentre estigués bé la meva mare, no [...]. Jo, la veritat, no. La meva germana ja no es va oferir a portar-la casa, perquè no hi tenia lloc; ella era de posar-la en una residència [...]. I, ja et dic, que no vaig arribar a... No hi va haver debat.

[ENTREVISTA 5]

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

[ENTREVISTA 9]

Aquestes situacions compartides i aquests relats reflecteixen, d'una manera més específica, allò que Dykstra i Fokkema (2011) anomenen solidaritat familiar intergeneracional i la seva variant actualment predominant a Catalunya i a l'estat espanyol: el familisme amb solidaritat ascendent o

L'obligatorietat de tenir cura dels progenitors no es verbalitza necessàriament com quelcom imposat externament, sinó com una responsabilitat vinculada als afectes.

de cura dels pares per part dels fills i filles. En aquest sentit, els relats recollits posen de manifest una intensiva implicació en els processos de cura per part de les cuidadores principals com a resultat de concepcions afectives, normatives i morals de la cura i una tendència important a vincular el sentit de tenir cura dels seus familiars (en especial, dels seus pares) amb el concepte de «deure moral» (Duran, 2012). Teresa Torns (2014)

suggereix, d'altra banda, que els afectes prenen gran rellevància i les persones cuidadores situen el seu rol en el terreny de la responsabilitat moral. L'obligatorietat de tenir cura dels progenitors no es verbalitza necessàriament com quelcom imposat externament, sinó com una responsabilitat vinculada als afectes i, tal com expressa el relat de la Montserrat, com una reciprocitat diferida en el temps i no opcional (Ezquerria *et al.*, 2016):

Llavors li van posar la palometa aquella aquí al meu pare, i es va morir aquell dia, aquella nit, a casa. Però [la meva mare] no va sortir de casa. El va cuidar, hi va estar. Per això, jo, el dia que van dir de portar-lo allà, dic: «La meva mare s'ha portat molt bé amb mon pare i, a part, s'ha portat sempre molt bé amb nosaltres, tant amb les netes com amb mi, en tot; sempre ens han ajudat en tot el que han pogut, i amb mon pare es va portar molt bé ma mare. No el va deixar». Vull dir, llavors, jo de cara a... diguéssim, de cara a l'agraïment d'això, no vull que ella... M'entens el que et vull dir?

[ENTREVISTA 12] [MONTSERRAT]

Així mateix, en alguns casos coincideix o se superposa la cura de més d'un familiar, tant de la mateixa generació com de generacions múltiples. Això sovint es tradueix en llargs períodes de cura que requereixen una dedicació molt intensa. Tal com relaten la Pilar i la Montserrat, respectivament:

Després, al cap d'un any, quan el meu pare tenia 67 anys, vaig començar a cuidar persones, que devia ser *[riu]*, que devia ser, el meu pare va morir el 95, i ella, li va començar als 67, tenia 79 anys *[fa un recompte mental]*, als 81 o 82 va començar el meu pare amb la malaltia.

[ENTREVISTA 5]

I les filles, treballen. I jo encara he d'anar a buscar els meus nets. Perquè un ja té 14 anys i l'altre 11, però la nena té 6 anys [...]. I la petita, doncs, també, quan plega, té la nena, que llavors m'ha de rellevar a mi, perquè quan ve el seu marit o ve ella, jo llavors pujo. *Claro!* Sinó, fins que ells no venen, des de les 5 que vaig a buscar-la al cole, no estic aquí dalt. I aquestes hores [la mare] està tota sola. Tota sola, *claro!* El dilluns i el dimecres, com que està la Marta i se'n va a les set menys quart, m'espero jo fins a les quatre i mitja, quan ve ella, per obrir-li la porta, i llavors ja me'n vaig!

[ENTREVISTA 12] [MONTSERRAT]

En contrast amb famílies com la de la Rosa, on la principal responsabilitat de la cura recau d'una manera clara en la dona, i la participació en el mercat laboral en l'home, altres parelles amb infants petits, com la de l'Àngels i en Joan, tenen una participació més equitativa en cadascun d'aquests dos àmbits. Tanmateix, el seu cas il·lustra, al seu torn, que quan hi ha disruptcions vitals que intensifiquen la necessitat d'atenció i de cura —com ha estat per a ells el càncer del seu fill—, és la mare la que, una vegada més, protagonitza la cura. Entre altres factors, l'Àngels percep el vincle maternofilial com a central:

És que el nen, no és que el rebutgés, però volia només estar amb la mama, se sentia segur amb mi, només volia estar amb mi. És com si s'hagués ficat dins la panxa.

Et buscava molt.

En depenia, se'm va enganxar! Junts, junts!, vull dir. Ben bé vam tornar a ser com un. Era, va ser..., no hi havia qui ens separés, per res. Després, quan ja es trobava millor, *pues, bueno*, amb el seu pare. Però *bueno*, arriba un moment en què es converteix en una situació molt estressant.

[ENTREVISTA 8] [ÀNGELS]

Fins i tot prenent en consideració que la distribució de tasques i temps no remunerats entre l'Àngels i en Joan ha estat més equitativa que entre la Rosa i el seu marit, durant l'hospitalització i el tractament del seu fill, així com en la quotidianitat de la seva recuperació a casa, hi ha una especialització de gènere prou alineada amb les tendències que l'escassa informació existent sobre els usos dels temps en les famílies ofereix. Segons la *Encuesta de Empleo del Tiempo del Instituto Nacional de Estadística 2009-2010*, les dones dediquen cada dia a activitats culinàries 49 minuts més que els homes, i 36 minuts més que ells a la cura dels infants. En canvi, els homes dediquen 11 minuts diaris més que les dones a activitats de gestió de la llar. Aquesta especialització també està present a casa de l'Àngels i en Joan: mentre que ella dedica gran part del seu temps a la cura del nen, a la cuina i al manteniment de la casa, en Joan assumeix, entre d'altres, tasques de gestió de la llar i la part més lúdica d'interacció amb el petit. En el seu relat, es detecta una naturalització d'aquesta divisió i el fet que s'atribueixi a qualitats i/o preferències intrínseques, o a hàbits fruit del costum o de l'atzar. En altres paraules, no és problematitzada:

Sí que és veritat que jo, potser, com que el cuido tant, ja no tinc temps per jugar. O ja, arriba un moment, que el temps del joc, jo ja... i aquestes horetes de joc, ho fa molt el seu pare. També s'encarrega puntualment de la higiene i de donar-li algun àpat. Però, bàsicament, ell està amb el tema de distracció, del joc...

[ENTREVISTA 8] [ÀNGELS]

Bàsicament, a veure, sempre hem fet el mateix. El tema de la cuina sempre l'ha portat més ella. Cuina millor que jo i li agrada més. Jo sé cuinar, però coses bàsiques [...]. Específicament, jo porto el tema de l'economia. *Bueno*, sempre la part pressupostària; tot això sempre m'ha agradat portar-ho jo. Sempre sóc jo qui miro el tema dels diners i tal. I estar amb el nen. La resta, doncs el que dic... jugar, estar pel dictat, pel... [...], i ella, no és que tingui més temps, però és molt inquieta, i és molt responsable de casa seva, llavors no té cap problema per posar les rentadores, fer el sopar... [...]. Jo crec que és la dinàmica del temps. Portem tants anys junts, que al final és com amb el tema dels diners; potser li preguntes: «Quant pagues d'assegurança del pis?», i no t'ho sap dir...

[ENTREVISTA 8] [JOAN]

En el seu cas, a més, l'acompanyament de la família extensa en la cura del seu fill malalt ha estat, una vegada més, limitat. Mentre que en altres casos l'edat, la situació migratòria o fins i tot decisions explícites per part dels avis i les àvies n'expliquen l'absència o una presència limitada, l'Àngels i en Joan relaten que, si bé la seva família ha proporcionat suport logístic en el trans-

curs del tractament, les dificultats per afrontar emocionalment la malaltia del nen han fet que no hagin pogut comptar amb els seus pares ni hagin tingut tant de suport per part d'ells com s'haurien pensat:

Però moltes vegades, la família... Això que nosaltres som molts de família, som famílies nombroses. Però realment, òptims per haver-nos pogut ajudar, no hi havia ningú. *Bueno, pues* perquè potser no donaven més...

[ÀNGELS]

Hi havia alguns que... hi havia algú que era capaç d'estar amb un nen que cada dues hores estava vomitant, i amb el risc d'«hem de córrer cap a l'hospital».

[JOAN]

Els avis es van espantar...

[ÀNGELS]

No s'apropaven... És normal.

[JOAN]

«Hija, ¿tú a dónde vas?» «Me'n vaig aquí al súper, que el tinc aquí al costat».

[ÀNGELS]

I en 45 minuts ja t'estan trucant per si ja vens.

[JOAN]

«No triguís!» Era comprensible.

[ENTREVISTA 8] [ÀNGELS I JOAN]

a. Impactes de l'organització familiar de la cura en la salut i el benestar de la persona cuidadora

Pel que fa als impactes de la cura en la salut de la persona cuidadora, en el transcurs de la recerca s'han detectat diversos efectes concentrats d'una manera desproporcionada en les dones, tant en la seva salut física, com en la seva salut mental i emocional i en el seu benestar. Tot seguit es facilita una sèrie de dades estadístiques per il·lustrar-ho, i després s'analitza la informació qualitativa obtinguda sobre els impactes de la cura en la salut de les persones cuidadores.

Les dades estadístiques relatives a la salut de les persones proveïdores de cura ens revelen que l'exercici de la responsabilitat com a cuidadora principal no professional té un impacte negatiu, especialment en les persones amb un nivell formatiu i socioeconòmic baix (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2009). Les dades també assenyalen diferències importants pel que fa a la salut, per sexe, en molts dels efectes de la cura identificats per la diagnòsi. Així, segons l'Enquesta de Condicions de Vida i d'Hàbits de la Població, a Barcelona, l'any 2011, el 74,47 % dels homes consideraven que el seu

estat de salut era molt bo o bo, front només el 64,63 % de les dones. Per contra, el 16,71 % dels homes barcelonins valoraven el seu estat de salut com a regular, dolent o molt dolent, front el 25,97 % de les dones.

En l'àmbit català, l'Enquesta de Salut de Catalunya del 2015 corrobora un pitjor estat de salut entre les dones entorn de qüestions relacionades amb l'exercici intensiu i perllongat de cura. Així, el 25,43 % de les dones pateixen mal d'esquena crònic cervical, front el 12,51 % dels homes; el 30,1 % de les dones pateixen mal d'esquena crònic lumbar o dorsal, front el 18,70 % dels homes; el 8,14 % de les dones pateixen tendinitis, front el 6,24 % dels homes. En l'àmbit de la salut mental i emocional, l'enquesta mostra que el 19,60 % de les dones pateixen depressió o ansietat, front el 10,1 % dels homes; el 6,46 % de les dones se senten deprimides o poc felices, front el 3,41 % dels homes; el 12 % de les dones se senten carregades i en tensió, front el 7,62 % dels homes. Pel que fa al consum de medicació, les dones també tendeixen a consumir més tranquil·litzants i sedants (el 10,94 % *versus* el 5,05 % dels homes), més antidepressius (el 10 % *versus* el 4,21 % dels homes) i més medicaments per dormir (el 9,07 % *versus* el 4,31 % dels homes).

Impactes de la cura en la salut física

Pel que fa a la salut física, les persones cuidadores, d'una manera transversal al conjunt d'etapes del cicle vital de les persones receptores de cura,

Les persones cuidadores, reporten problemes com ara afeccions a l'esquena, dolors articulars, hèrnies o tendinitis, cansament general, i fins i tot declaren haver emmalaltit.

reporten problemes específics, com ara afeccions a l'esquena i a les cervicals, dolors articulars, hèrnies o tendinitis, cansament general, i fins i tot declaren haver emmalaltit. Alguns d'aquests problemes sorgeixen de l'execució repetida de certes tasques relacionades amb la

cura, com ara agafar els nadons i els infants i netejar-los. Tal com expliquen la Rosa i l'Anna:

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

[ENTREVISTA 11]

Aquí també vaig tenir una tendinitis quan tenia 3 mesos [...]. El culet li netejava a l'aixeta agafant-li així, molt millor... però et carregues la posició. I vaig tenir una tendinitis. Que em volien punxar i tal.

[ENTREVISTA 4]

En el cas de la Laura, el fet d'haver estat durant els darrers 30 anys la cuidadora principal del seu fill nascut amb síndrome d'Angelman ara es tradueix en nombrosos problemes físics; uns problemes que ella en certa manera relativitza:

Em fa mal tot el cos, perquè tinc una hernia discal, tinc artrosi... [...]. La meua salut, per l'edat que tinc i tenint en compte el que he trotat en aquest món, *pues* encara és bastant bona. Ara mateix, les cervicals sempre les tinc..., les tinc dures com una pedra, perquè tot això d'aquí em fa mal. Tinc molta tendinitis en aquest braç... Tinc artrosi aquí.

[ENTREVISTA 7]

Els esforços continus requerits en la cura de persones adultes i de persones grans en situació d'autonomia funcional restringida per ajudar-les i assistir-les en les seves activitats de la vida quotidiana, com ara aixecar-se, asseure's i enllitar-se o, entre moltes d'altres, dutxar-se, són el principal factor dels problemes de salut física patits per la gran majoria d'aquestes cuidadores. Tal com apunta la Pilar:

Jo m'he fet mal. Vull dir, vaig amb faixa i amb una bota quan l'he d'aixecar... perquè, perquè m'he fet mal... I és que a vegades, *pues*, l'he hagut d'aixecar jo tota.

[ENTREVISTA 5]

A més a més, les persones cuidadores entrevistades declaren patir un cansament generalitzat continu, que a vegades va acompanyat de falta de son. En el cas de les mares de nadons, això s'explica en gran mesura per les interrupcions habituals del descans nocturn («Es desperta normalment quatre o cinc vegades. I li dono el pit i la torno al bressol.»).¹³ Altres situacions de cura, com la de l'Àngels i el Joan, o la de la Pilar, es caracteritzen per una preocupació constant per l'evolució i el pronòstic de la persona cuidada, i per una alta intensitat perllongada en el temps de la cura realitzada que comporta fer importants malabarismes entre diferents aspectes de la vida quotidiana per donar resposta a les necessitats existents. Ambdós elements es tradueixen en un gran cansament per part de les persones cuidadores; un cansament que sovint desemboca en una malaltia de la persona cuidadora i/o que es cronifica i que persisteix fins i tot quan la situació de salut del familiar receptor de cura millora, la qual cosa vol dir que esdevé un deteriorament permanent:

Des que va passar això, jo estic molt cansat. A veure, jo em puc fer el dur, però internament el cos, des de fa 2 anys, estic molt cansat [*sospira*], estic molt cansat, físicament. Jo sempre he fet molt d'esport, i físicament estic molt cansat. Però perquè jo crec que el cos, al final, *pues* tot acaba sortint. Tu t'has de fer el fort, però el cos... Jo m'ho noto, m'ho noto. A part que m'han sortit molts cabells blancs, [...] sí que és veritat que tinc moltes més entrades, molts més cabells blancs... i estic més cansat. Físicament, estic molt cansat. També és veritat que m'he acostumat a un ritme de vida. O sigui, jo no dormo gaire [...]. Jo no necessito dormir gaire [...]. Quan vaig acabar tot el tractament del nen, estava fet pols. Quan vam sortir de l'hospital, vaig anar al metge. I em vaig fer una analítica, em vaig fer proves de tot, perquè acabes rebentat. Acabes que no pots ni caminar. I em va sortir tot bé.

¹³ Informació extreta de l'entrevista 4, realitzada a una dona que encapçala una família monomarental.

És fatiga?

Fatiga, exacte!

[ENTREVISTA 8] [JOAN]

M'agradaria que vingués una persona i veiés el que són els 365 dies de l'any, diàriament, aixecar-te gairebé cada dia a les set, set i quart, vull dir. Els diumenges a les vuit, perquè ve una miqueta més tard. Però, *bueno*, a les set i mitja, vuit. Perquè primer m'he de preparar; primer m'he de dutxar jo, arreglar-me jo, i posar-me la Robocop, que dic jo. Posar-me la faixa, la bota [*riem*] i posar *lo* de la meua mare i arreglar *lo* de la meua mare... És tot, saps? I són tots els dies de l'any, que ho fas. I és clar!, arriba un moment en què estàs esgotada, físicament.

[ENTREVISTA 5]

Jo dormia aquí [a casa], perquè els dos no podíem dormir allà [a l'hospital]. Perquè al final, quan portes quatre dies allà com a bojos, que estem allà mirant i ens diuen «aneu a descansar, perquè caureu malalts» i és veritat, perquè caus malalt. Llavors jo venia aquí a dormir, perquè ella [la seva dona] no volia moure's de l'habitació. Fins que no van passar 2 o 3 mesos, en el segon període, que ja va començar a dir: «Ja me'n vaig un dia a dormir». «Has de sortir d'aquí! Acabarem malalts!», i ella va acabar malalta...

[ENTREVISTA 8] [JOAN]

Impactes de la cura en la salut mental i emocional

Els impactes de la cura en la salut física de les persones cuidadores no són els únics detectats. També afecten la seva salut mental i emocional i, de vegades, es produeixen manifestacions físiques. Els impactes en la salut mental i emocional inclouen estrès, ansietat, tristor perllongada, depressió, baixa autoestima i sentiment de culpa recurrent.

En primer lloc, les persones cuidadores —com ara l'Anna— identifiquen l'estrès i l'ansietat com a resultat de la gran quantitat de temps que la cura els absorbeix i de les tasques que es veuen obligades a fer d'una manera simultània:

Uhhhh! Això de no tenir temps propi i de tenir multitasques. Molt! I d'estar amb la nena i fer no sé què, i anar a agafar això, i fer les bosses i anar no sé a on... *Bueno!* Multitasques. Això crea un estrès! Puntualment no passa res, però si això és un continu...

[ENTREVISTA 4]

L'estrès i l'ansietat també són fruit, tal com relata la Laura, del desbordament emocional provocat per la situació viscuda, i sovint generen la necessitat de crear línies de fuga o de seguir tractament mèdic amb l'objectiu, entre d'altres, tal com adverteix la Pilar, d'evitar descarregar-se sobre la persona receptora de cura:

És que jo fa molts, molts anys que estic tractada pels nervis. Llavors, jo ja em conec. Jo, el dia que estic malament, que m'aixeco així, o agafo l'autobús i me'n vaig, jo què sé, a la plaça Catalunya, al Corte Inglés, o

agafo el cotxe i me'n vaig a Cornellà, que m'agrada molt el Corte Inglés de Cornellà, i en lloc d'anar al súper d'aquí, si em falta llet, me'n vaig a l'Hipercor. Entre anar i tornar, he passejat, i ja se m'han anat les històries [...]. Els nervis algunes vegades m'ataquen. De vegades m'ataquen l'estómac i tinc molt d'ardor. De vegades m'ataquen... Ara mateix, tinc una..., sembla que se m'està passant, tinc una *roncha* així, aquí al cul, i jo crec que és dels nervis també. Però jo ja sé, quan estic malament, em prenc una pastilla [...]. Al matí en prenc per a l'ansietat, i a la nit en prenc una per tranquil·litzar-me, perquè sinó no dormo.

[ENTREVISTA 7]

De vegades estàs molt nerviosa, i el fet d'estar molt nerviosa fa que arribi un moment en què et poses nerviosa amb la persona que està dependent... i el que tu no pots fer és estar nerviosa amb una persona, i va ser quan jo [...] vaig anar al metge a posar... i em va donar una pastilleta.

[ENTREVISTA 5]

En segon lloc, la tristor perllongada en el temps i la depressió es relacionen amb l'impacte que la cura intensiva i continuada tenen en el rol social de la persona cuidadora, i fins i tot en la seva identitat i autopercepció, tal com relata la Rosa:

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

[ENTREVISTA 11]

La tristor i la depressió també s'identifiquen amb el propi procés de dol per la situació personal i familiar viscuda; un dol que, fins i tot quan aquesta situació es perllonga durant anys, o dècades, com és el cas de la Laura, sovint mai no arriba a adreçar-se d'una manera explícita:

Però sí que tinc... tinc molts baixons. És que són moltes coses que s'ajunten. Perquè ningú té la vida fàcil. I si, a més a més, que no tens la vida gaire fàcil, a sobre tens un problema d'aquests, *pues* les coses, són... estan pitjor, no? Llavors [...] hi ha dies que m'enfonso. Mira, aquell dia mateix, va venir el meu marit: «Què fas? Ara per què plores?», i li dic: «Deixa'm estar, estic desfogat-me!», perquè moltes vegades voldria plorar i no puc... perquè la vida, a mesura que et vas fent gran, et va clavant clatellades. I quan arribes a certa edat, has passat per tantes coses, que ja estàs... [...]. A més, jo tenia un metge amb el qual m'hi entenia molt bé. I el pobre, se'm va morir. I em deia: «A tu et sembla que has superat lo del teu fill... però això no se supera mai. És una cosa que queda interna. A tu et sembla que ho has superat, però tu ho tens a dintre». I sí, és veritat, tu, interiorment, tu dius: «*Bueno*, a mi m'hagués agradat que el meu fill fos normal, no? I que hagués pogut fer una carrera i, no sé, tenir una vida *pues* normal...

[ENTREVISTA 7]

Tot i que la major part de les persones entrevistades no ho articulen obertament, en molts casos, la tristor i la depressió també tenen a veure amb l'absència d'una participació activa per part d'altres membres de la xarxa familiar

La tristor i la depressió també tenen a veure amb la sensació de solitud que es té davant la situació de cura.

i amb la sensació de solitud que es té davant la situació de cura. Les històries de la Carme i la Pilar mostren, en aquest sentit, episodis on el tractament mèdic esdevé imprescindible per prevenir la capitulació de l'única persona disposada o disponible per cuidar, i/o on un dels factors de la depressió és la percepció de falta d'acompanyament, comprensió i empatia per part de la resta de membres de la família:

Una mica per la depressió, estic amb res, és una cosa mínima, però cada vegada que ho vull deixar, passa alguna cosa i el metge em diu: «Més val que no ho deixis, perquè si tu t'enfonses, anem malament...».

[ENTREVISTA 2]

Jo vaig anar al metge de capçalera, i hi havia un moment en què jo tenia depressió, i continuo tenint-la, però, *bueno*, me'n vaig sortir. Tenia una depressió, contínuament estava plorant, perquè em sentia sola, precisament perquè no tenia cap suport, no tenia comprensió dels meus germans.

[ENTREVISTA 5]

En tercer lloc, existeix sentiment de culpa provinent principalment de la presa de decisions respecte a l'organització de la cura que puguin implicar una desviació d'allò que les persones cuidadores consideren acceptable o desitjable. Així, si bé la Pilar ha estat la cuidadora principal del seu pare i de la seva mare d'una manera intensiva durant dècades, complint així les seves pròpies expectatives dipositades en el rol de «bona filla», la possibilitat que la seva mare acabi passant els seus darrers dies en una residència invalida en certa manera —davant els seus propis ulls— la seva dedicació abnegada durant tants i tants anys:

Ara que, jo, l'altre dia li deia a la meva germana *[riu]*, jo, potser sóc egoista pensant d'aquesta manera, però penso que si la meva mare se n'anés abans d'anar a la residència, a mi Nostre Senyor m'ajudaria, perquè no tindria aquella sensació que me l'he tret de casa, que és el que jo tinc a dintre clavat! Jo no voldria, jo voldria fins a l'últim moment estar amb ella, i és clar, a la residència aniré a veure-la contínuament, però, que no es pensi que l'he volgut deixar, jo... És que no! Vull dir..., m'entens? El sentiment d'abandó, aquest... Però això depèn de les persones i dels caràcters, oi?»

[ENTREVISTA 5]

Impactes de la cura en el benestar

Finalment, com a impactes de la cura en el benestar de la persona cuidadora s'identifiquen, en primer lloc, situacions específiques en què l'estat d'ànim i de salut de la persona receptora de cura li genera malestar i fins i tot un sentiment d'inseguretat; i, en segon lloc, una desatenció bastant generalitzada de la pròpia autocura.

Pel que fa a la primera tipologia d'impacte, i particularment en situacions de cura de gent gran, l'estat anímic de la persona receptora de cura es veu afectat per les limitacions funcionals amb què es va trobant. Sovint, la persona que la cuida és qui en pateix les conseqüències:

I com que ens tenim molta confiança, *pues*, el que està a casa és el que rep i, *bueno*, les males cares i... Ella també és una persona amb molt de caràcter. Bueno, és; o sigui, té molt de caràcter, però a la vegada també es pot posar a plorar de seguida. El que passa és que, *bueno*, hi ha dies que et tracta una mica..., que li haig de dir: «Ei, sóc germana, però *cuidado, cuidado!*»

[ENTREVISTA 2]

Altres vegades, les persones receptores de cura poden arribar a tenir actituds violentes, com és el cas, per exemple, de les persones diagnosticades d'Alzheimer. Això planteja grans reptes per a les persones cuidadores, que es mouen entre la necessitat de protegir-se i el dolor d'haver de viure situacions d'aquest tipus. El testimoni de la Pilar parla per si mateix:

Llavors són violents. Era violent, el meu pare es va tornar violent. Havies de lluitar bastant. A la meva mare, un cop la va tirar a la banyera, sort que jo no havia anat a treballar encara; em va cridar... Al final vaig haver de reduir el meu pare, perquè no hi havia manera de reduir-lo. Va agafar la meva mare, sobre la meva mare, vaig reduir-lo donant-li una bufetada, perquè no sabia com resoldre-ho, i el vaig agafar de les *munyiques*, el vaig asseure al lavabo, i li vaig fer així! Això ho porto clavat.

[ENTREVISTA 5]

La desatenció de la pròpia autocura, d'altra banda, és també una font important de deteriorament del benestar de la persona cuidadora i passa, entre altres motius, perquè no s'obté el descans necessari. («Com que tot és ell,

La desatenció de la pròpia autocura és també una font important de deteriorament del benestar de la persona cuidadora.

perquè és ell, com que ell és *lo* primer, *pues* tu dius: «¿Yo dónde quedo?». És clar, és que, a veure: tu dorms el que dorms, allà, a la sala. Menges el que menges. *Lo* primer és ell, i és normal». ¹⁴ Es manifesta, al seu

torn, en una falta d'atenció i de seguiment variable dels múltiples problemes de salut patits per la persona cuidadora («Si em fa mal alguna cosa, no me l'escolto, m'entens?»). ¹⁵ Aquests problemes poden ser resultat de la cura realitzada i inclouen problemes articulars, depressió, càncers i tumors diversos. La nostra recerca n'ha recollit nombrosos casos, tal com il·lustren els testimonis de la Carme i la Isabel:

Fa sis anys, vaig tenir un càncer de mama: em van extirpar la mama i aquí s'ha acabat. *Bueno*, em van haver de fer ràdio, però també, també vaig haver de posar-me les piles de seguida, perquè... [*riu*] perquè aquí, com qui diu, no vaig estar malalta, però vaig fer una baixada, vaig agafar una depressió després bastant considerable... Perquè, primer m'ho

¹⁴ Informació extreta de l'entrevista 28, realitzada a una parella que tenen un fill amb malaltia oncològica. Aquest fragment correspon a les respostes de la mare.

¹⁵ Informació extreta de l'entrevista 3, realitzada a una dona cuidadora principal d'un familiar en situació d'autonomia funcional restringida

vaig agafar, *bueno*, només és treure la mama i ja està, però aquest [*s'assenyala el cap*] després va fer una baixada, i *bueno*, sort que ho vam poder solucionar. Però, sí, sí... [...]. I ara que agafaré la prejubilació, m'hauré de posar a fer també tractaments, perquè tinc dolor [articular], i *bueno*... perquè ja ho vaig començar, però després la Mercè també va caure i tot plegat, i ja vaig deixar-ho, vagi agafar una grip, i vaig pensar per fer-ho així, el dia que hi vagi, ho faré i a veure si la cosa millora.

[ENTREVISTA 2]

Però, veus, jo tinc això [*operada tres cops d'un tumor a la bufeta*], i si no m'ho preguntes tu ara, jo ni me'n recordo! [...]. Ni t'ho explico [...]. Potser és bo, perquè, mira, hi ha persones que potser tenen una cosa així i s'obsessionen... sempre pensant en allò! *Pues*, jo, és el que tinc més oblidat!

[ENTREVISTA 3]

b. Impactes de l'organització familiar de la cura en l'esfera relacional de la persona cuidadora

Una de les manifestacions principals dels impactes de la cura en l'esfera relacional de les persones cuidadores és el procés d'aïllament social que pateixen i la sensació de solitud que provoca, bé el deteriorament —temporal o permanent— de la xarxa relacional, o la seva absència com a resultat, entre altres factors, de processos migratoris. Les persones cuidadores també pateixen disrupcions importants en la seva xarxa relacional fruit de l'enorme tensió introduïda per les situacions de cura, particularment aquelles de caràcter intensiu, i per les dificultats de parlar-ne explícitament per garantir consensos entre els diferents membres de la xarxa i el reconeixement respectuós de les aportacions de tots ells, sobretot les aportacions de la persona cuidadora principal.

Així, tal com mostren les reflexions de la Rosa i l'Àngels, l'aïllament social i la sensació de solitud poden ser temporals o permanents en funció de les opcions de cura i de criança adoptades i sovint imposades. Si bé les persones cuidadores consideren que la cura és la seva màxima prioritat, reconeixen que el seu caràcter intensiu genera un desequilibri important entre diferents esferes de la seva vida:

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

[ENTREVISTA 11]

És que sí que és veritat que jo vaig estar sis mesos que no vaig deixar entrar ningú a l'habitació. I el primer any aquell de vida doncs vam estar tancats [...]. Clar, sí que és veritat que aquí estàvem exclusivament ell i jo [...]. Sí que és veritat que venien una, dues horetes a la setmana unes cuidadores, *bueno*, unes cuidadores; eren de la Fundació Enriqueta Villavecchia, unes voluntàries [...]. Però jo no sortia del domicili [...]. Vam estar un any totalment *recluits* [...]. És que, és complicat relacionar-te amb altres persones quan estàs cuidant d'un fill que et necessita el cent per cent. Aleshores, la sensació d'aïllament és *taaaaaan*... és tan gran, que és complicat.

[ENTREVISTA 8] [ÀNGELS]

Les situacions i els processos de cura intensiva durant un període de temps perllongat posen en tensió, al seu torn, l'estat de la xarxa relacional més propera i deixen poc espai per tenir-ne cura. D'altra banda, la dificultat de moltes famílies per parlar i negociar explícitament les necessitats i les expectatives de cura deriven en conflictes, retrets i ressentiments sostinguts en el temps. En nombrosos casos, el resultat final és la ruptura:

Ella va agafar molta obsessió. Al final, cansa molt. És esgotador. Jo no dic que sigui realment perquè no ho feia bé. Potser s'havia de fer així, i si ha sortit bé, ha estat per la seva obsessió. Però això desgasta molt, desgasta molt. Durant el dia a dia, tenir-ho tot tan, tan net, tan... «això, i això, i lo altre», i ella... al final acabes esgotat. Esgotadíssim [...]. Ara està una mica més relaxada, però és veritat que va ser una obsessió. Jo li deia: «*Basta ya, tranquila*» [...]. Ella tampoc estava situada ben bé... Perquè no estava com havia d'estar. Llavors, deia coses i jo li deia: «*Bueno, tranquila, fem això, això altre...*», però és molt complicat per a les parelles. Molt, molt, molt complicat. Sabem de molts matrimonis que s'han separat per una malaltia així i tal. Ho sabem. Perquè allà, a l'hospital, ho sabem. Perquè al final, la mare, lògicament, o el pare, està el cent per cent per al nen. Però és que ha de ser així. Jo ho sento...

[ENTREVISTA 8]

Perquè, saps què em passa? Que tinc un problema... Que volen manar tots. Volen manar i volen fer... però ningú ve en els moments més daixò, m'entens? I jo, arriba un moment, en què jo, a casa, la meua germana m'ho estava dient l'altre dia: «Ho tens molt mal muntat!». «Val! *Pues, bueno*, munta-m'ho tu!» [...]. Jo callava, de vegades, i de vegades.... Fins ara, que de vegades, m'han tret de polleguera... Perquè venen aquí, com que ho saben tot, i llavors has de lluitar amb tota una sèrie de coses, i llavors va arribar un moment en què estava molt fumuda i va ser quan vaig anar a La Colla Cuidadora.... [...]. I llavors aquest és el conflicte... I llavors, *pues*, clar, no hem tingut, no he tingut una relació bona, ha estat una relació... de vegades penso que d'estranyes... I clar, vull dir, no, moltes vegades no he tingut suport.

[ENTREVISTA 5]

c. Impactes de l'organització familiar de la cura en la disponibilitat de temps de la persona cuidadora

Un altre impacte de la cura en la vida de les persones cuidadores sorgeix, tal com s'ha apuntat prèviament, en la seva disponibilitat de temps i dona com a resultat, d'una manera bastant compartida en els diferents moments del cicle de vida, una marcada pobresa de temps, la qual afecta particularment les dones. Segons l'Enquesta d'Usos del Temps 2009-2010 de l'Instituto Nacional de Estadística (INE), les dones pateixen més pobresa de temps que els homes. Això vol dir que elles dediquen menys temps que ells a la cura personal, a la participació comunitària, a la pràctica esportiva i a fer activitats a l'aire lliure, a la vida social, a fer activitats de lleure i a les seves aficions.

Les persones cuidadores declaren patir pobresa de temps per dedicar-se a elles mateixes, per dedicar a la seva relació de parella i per socialitzar-se. En

un encadenament dels diferents impactes que el seu rol de cuidadores principals té en les seves vides, presencien la creació d'un cercle viciós, on la falta de temps sovint reforça, no només el deteriorament de la seva xarxa relacional, sinó també el de la seva pròpia salut. Així, tal com expressen la Maria, l'Anna i la Rosa, totes elles mares d'infants, la pobresa de temps genera frustració i cansament i dificulta enormement prioritzar l'autocura, així com la realització d'activitats que generen gaudi i permeten una certa desconexió de les obligacions de cura quotidianes:

Ara mateix, he de demanar hora fins i tot per dutxar-me. Vull dir, ara mateix, [tinc] molt poc [temps per a mi]. Molt *pooc*. Molt poc, molt poc, molt poc... I ho assumeixo, però ja estic començant a arribar al límit.

[ENTREVISTA 1]

Hi ha moments en què sí que te n'adones, que has de cuidar altres coses, perquè sinó es descompensa. Que són aquests respirs que jo ara trobo que necessitaria. Les meves vacances... No n'he fet, no he tingut aquest respir [...]. Perquè a mi m'agrada fer una mica d'esport, treballar amb el meu cos, i nedo, un o dos dies, encara que siguin 15 minuts... Abans feina ioga... Mobilitzar-me a fer ioga en un altre lloc, per ara no, ja m'agradaria... [...]. És el que trobo a faltar ara...

[ENTREVISTA 4]

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

[ENTREVISTA 11]

La pobresa de temps de les mares d'infants, al seu torn, també es tradueix en una gran dificultat per dedicar-se a la vida de parella:

De tant en tant, sí que fem un cangur d'avis per tenir una tarda de parella, però això passa un cop al mes... Vull dir que és *mooolt* poquet el temps per a mi mateixa...

[ENTREVISTA 1]

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

[ENTREVISTA 11]

Finalment, la pobresa de temps traduïda en dificultats per realitzar activitats de lleure i participar en activitats i espais de socialització s'estén de manera transversal a diferents perfils de cuidadores de persones grans, com el de la Cristina i el de la Carme:

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

[ENTREVISTA 9]

A mi, el que m'agradaria és poder disposar del meu temps, i no haver de pensar sempre si puc, perquè, per a això em necessitarà, o d'allò... Això és el que a mi em... Perquè, tampoc, home! A mi m'agradaria anar d'excursió i tot el que tu vulguis, o anar a la platja... però, *bueno*, ara està així la cosa.

[ENTREVISTA 2]

d. Impactes de l'organització familiar de la cura en els projectes vitals de la persona cuidadora

L'adopció del rol de persona cuidadora principal té efectes que van més enllà de l'àmbit de la salut, relacional i de disponibilitat de temps, i altera, a mitjà o a llarg termini, diferents tipus de projectes vitals. En el transcurs de la recerca s'han detectat quatre tipus d'impactes diferents: a) en la trajectòria formativa; b) en la trajectòria professional; c) de tipus econòmic; i d) en l'anticipació i planificació de la pròpia cura en el futur. Una vegada més, aquests impactes afecten d'una manera desproporcionada les dones.

Impactes de la cura en la trajectòria formativa

Pel que fa als impactes en la trajectòria formativa, se n'han detectat en el cas de la Carme, on la cura, primer del seu pare, amb càncer, després de la seva mare, amb depressió, i en l'actualitat de la seva germana, amb poliomielitis, va fer que renunciés a continuar amb els estudis que volia cursar, o en el de la Pilar, que va considerar que la responsabilitat envers la cura del seu pare i de la seva mare era incompatible amb el fet de marxar a estudiar a l'estranger:

Jo vaig arribar a batxillerat superior, però no vaig fer ni preuniversitari, perquè després va complicar-se tot això. La meua mare va agafar una depressió de cavall i aquelles coses que... Sí que m'hagués agradat estudiar, m'hagués agradat fer d'ATS, i potser ara estaria... Sempre ho dic a la feina: «Mira, d'ATS hagués estat més ben formada que tu». Bé, sóc administrativa...

[ENTREVISTA 2]

Llavors, com que vaig estar treballant... Mentre treballava en una empresa [...] de vuit a dues, a la tarda anava a un estudi i feia disseny d'estampats, però, *bueno*, no et guanyaves la vida. Llavors vaig trobar una altra empresa que em pagaven més i tal, i ja allò em va quedar... Vull dir, tenia el disseny d'estampats, però ja no vaig... perquè me n'havia

d'anar a fora, i vaig pensar: «Els pares s'estan fent grans, jo no em veig capaç d'anar-me'n i deixar-los aquí sols i tal».

[ENTREVISTA 5]

Impactes de la cura en la trajectòria professional

Els impactes en la trajectòria professional, en segon lloc, són els que es detecten d'una manera més generalitzada i transversal en els diferents perfils de persones cuidadores familiars. Aquests impactes poden consistir en reduccions de jornada laboral i, d'una manera directa o indirecta, en una renúncia a ascensos professionals, pel fet de percebre que són incompatibles amb la dedicació a la cura. Altres persones cuidadores, totes elles dones, opten per sortir —d'una manera temporal o permanent— del mercat laboral.

Malgrat gaudir d'un nivell formatiu alt, la Rosa va rebutjar fer una entrevista per a una oferta de feina en un sector professional qualificat i en el qual té experiència per considerar que era incompatible amb l'exercici del seu rol de mare. La Laura explica, al seu torn, que fa anys va acabar deixant la seva feina remunerada per exercir de cuidadora a jornada completa del seu fill com a resultat de les dificultats que comportava compatibilitzar-la amb les necessitats de cura constant i intensiva. Finalment, la Pilar relata com es va acollir a una prejubilació per tenir cura de la seva mare un cop va començar a mostrar indicis d'Alzheimer:

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

[ENTREVISTA 11]

Perquè, com era... va ser una empresa familiar, i després, quan va morir el meu germà i encara era petit, que tenia 5 o 6 anys, i jo ja vaig deixar de treballar. M'he dedicat sempre a ell.

[ENTREVISTA 7]

Em van prejubilat l'any 2005, que just va començar la meva mare el 2004, i ja vaig veure que feia coses molt rares, molt estranyes, i no es recordava de segons quines coses. De vegades em deia que s'havia perdut pel carrer i, *bueno*, però llavors encara sabia demanar-li a algú on era l'adreça i tal... I llavors vaig dir, *bueno*, mira, millor que em prejubilassi, perquè almenys estaré amb ella i la cuidaré i tal, però no em pensava que això fos tan llarg.

[ENTREVISTA 5]

D'altra banda, l'Àngels, arran de la seva pròpia experiència durant l'hospitalització del seu fill i de l'experiència de moltes de les famílies en la mateixa situació amb què va viure a l'hospital durant aquell període, explica que la falta de reconeixement per part de l'Estat de permisos o de baixes específiques per tenir cura d'un fill amb malaltia oncològica obliga les mares a fer malabarismes entre la cura i la vida laboral.

La falta de reconeixement per part de l'Estat de permisos o de baixes específiques per tenir cura d'un fill amb malaltia oncològica obliga les cuidadores principals —principalment les mares— a fer malabarismes creatius entre la cura i la vida laboral, els quals sovint es tradueixen en la pèrdua de la feina:

Perquè és que... No és que ho hagi dit a los *cuatro vientos* amb les mares, però quan parles amb les mares, perquè veus *lo* dur que és tot, que... *Bueno*, pues saps que es queden sense feina, que acaben contractes, que esgoten l'atur, o que agafen baixes i després tenen problemes amb les baixes perquè la baixa no és perquè estiguis malament, sinó que és perquè estàs cuidant un nen malalt.

[ENTREVISTA 8]

Impactes econòmics de la cura

El tercer tipus d'impacte relacionat amb la trajectòria vital de les persones cuidadores és de caire econòmic i té a veure, d'una banda, amb la multiplicació de despeses quotidianes com a resultat d'una situació perllongada d'ingrés hospitalari i, de l'altra, amb la necessitat d'adquirir béns i serveis necessaris per a la cura —particularment de persones que pateixen una malaltia greu i de persones grans— no coberts pels serveis públics de salut. Així, l'Àngels i en Joan relaten com, durant el temps en què el seu fill va estar ingressat, les seves despeses en pàrquings, àpats, mascaretes i monodosis, per exemple, els van acabar generant un cert trastorn econòmic:

A veure, que els dos hem treballat, que... Però, tot i així, trobàvem que hi havia cosetes que dèiem: «Ostres!». Perquè és això, tenim una família que... *Bueno*, nosaltres també hem sigut persones estalviadores, però sí que és veritat que això ha estat un daltabaix econòmic important [...]. Entre el pàrquing a l'hospital i la benzina... És que va estar ingressat cada dia, 24 hores, un mes i mig [...]. I quan anàvem a l'hospital de dia, hi anàvem, aparcàvem, fèiem el tractament i... No tenim res, jo mai m'he queixat, perquè gràcies a Déu, tenim recursos econòmics i tenim al voltant una família que ens ajuda, però, realment, li vaig dir a la treballadora social: «*Y ahora, ¿qué?*», si un dels dos ha de deixar de treballar, l'altre o no pot treballar, o està a l'atur o guanya 800 euros. Totes les despeses que hi ha en una família, com es fa això?» I em diu: «No hi ha cap ajuda!».

[ENTREVISTA 8]

Les persones cuidadores de familiars grans, normalment persones jubilades i amb ingressos limitats, es veuen obligades, també, a dur a terme desemborsaments importants en serveis privats de fisioteràpia i d'altres tipus d'a-

tenció a domicili, així com en productes de cura no coberts per la Seguretat Social i altres despeses quotidianes, i sovint s'han de gastar pràcticament la totalitat de les seves pensions i els seus estalvis minven significativament:

Perquè ell té moltes despeses, perquè com que no em ve la fisio, també he de pagar de vegades una persona que vingui... Perquè daixò, que si el barber ha de venir a casa... que si el de les ungles... El podòleg, per als peus... Jo tinc despeses amb ell.

I això, ho han de pagar vostès, o la Seguretat Social en paga una part i vostès una altra?

No, no, el *Seguro* no paga res [...]. I hi ha moltes despeses! Perquè pensa que jo aquí pago el lloguer, pago la llum, pago el telèfon, pago el butà... Escolta, això ja et porta *lo* meu del SOVI: s'ho emporta tot.

[ENTREVISTA 3]

[Els meus germans] m'ingressen una quantitat cada mes, en el compte de la meva mare. I llavors, jo, amb el que ingressen ells, més el que té la meva mare, més el que li donen de Llei de dependència, més el que ella es va posar en un vitalici, que li donen ara 13 euros *[riu]*, o sigui que, misèria; amb això, la meva vida es descapitalitza cada mes uns 800 euros, val? I *bueno*, clar, això va costant diners. Perquè a part, no hi ha solament el que posen els meus germans i el que jo trec d'allà, sinó que és el que implica tenir les noies que tinc, que es queden a dinar, que, vull dir, jo he de comprar menjar per a tots. Vull dir, a la meva mare li compro el millor, perquè la cuido. I vull dir, tot això, jo porto tot el pes del pis. Sóc sola; jo, amb la meva pensió podria viure tota sola segur, però jo tenia uns estalvis i me'ls he quasi polit.

[ENTREVISTA 5]

Impactes de la cura en la planificació de la pròpia cura en el futur

En darrer lloc es detecten —en especial per part de les persones cuidadores de gent gran, però no exclusivament— importants dificultats per planificar i anticipar la pròpia cura en el futur. Si bé la seva participació en la cura d'un familiar ha estat o continua sent d'alta intensitat, i és fruit —si més no, parcialment, de les seves pròpies concepcions, tal com s'ha exposat prèviament— de la solidaritat intergeneracional en el si de la família, entesa com una cosa «obligatòria», quan se'ls pregunta sobre qui voldrien que tingués cura d'elles en el futur, generen una doble paradoxa: d'una banda, una gran dificultat per reconèixer la vulnerabilitat pròpia i, de l'altra, una més que probable necessitat d'atenció en el futur:

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

Bueno, tienes a tu familia ahí, ¿no?

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

[ENTREVISTA 11]

D'altra banda, insinuen que el model de cuidadora abnegada finalitza amb elles i amb les persones de la seva generació, tot i que no acaba de quedar clar si la insinuació és formulada en forma de desig d'estalviar-li l'experiència de cura intensiva a la generació següent, o en forma de resignació davant la certesa que la nova generació no estarà disposada a assumir-la:

I a tu, qui t'agradaria que et cuidés?

A mi? Ningú. El dia que no em pugui valdre, que em mori.

No t'agradaria que et cuidés la teva filla, per exemple?

Ningú, és que no m'agrada donar feina a ningú. Mira, la meva mare, pobreta, va morir en un mes. Poca feina va donar. És que no vull pensar en aquestes coses. Jo tenia una amiga que, fixa't, es va morir amb 45 anys. I quan estàvem a Castelldefels deia: «Anem a mirar residències, per veure quan siguem grans...», i jo li deia: «Ai! Deixa'm estar!» [riem].

[ENTREVISTA 7]

Jo, a una residència! Jo me'n vaig a una residència. Ho tinc molt clar! Jo a la que em falti la meva mare, si em falta, jo ja m'apuntaré a alguna residència. No, jo no vull forçar ningú. No, no. Ho tinc molt clar! No, perquè no tinc fills. Tinc nebodes, però jo a les meves nebodes no les puc forçar, ni molt menys.

Ni que elles vulguin cuidar-te a tu?

Home, si volguessin, i m'ho demanessin... Però jo no ho crec. El més segur és que marxin fora, perquè són d'aquestes que..., vull dir, volen, volen! Són molt intel·ligents les dues, i escolta, van a fer feina i si han d'anar-se'n a Estats Units, se n'hi aniran, si han d'anar a qualsevol lloc, hi aniran... Vull dir, que no!

[ENTREVISTA 5]

2.2.2. Anàlisi i discussió de la cura remunerada formal i informal

En l'apartat anterior s'ha analitzat la manera com l'exercici de la responsabilitat de cuidadora principal en el marc de la família té impactes negatius en múltiples àmbits de la vida. Els nombrosos impactes descrits són indicatius que per garantir el benestar d'unes persones sovint el benestar d'unes altres és vulnerat de moltes maneres i mostra, en definitiva, la insostenibilitat social de la cura tal com està organitzada en l'actualitat. Amaia Pérez Orozco (2016:80) ho resumeix d'una manera eloqüent:

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

Aquesta insostenibilitat social del procés de cura o, en altres paraules, la cura obtinguda a costa dels drets d'altres persones, també és un tret evident del món de la cura remunerada. El fet que en els darrers anys hagi emergit la cura i l'atenció a les persones com un important nínxol laboral és indicatiu

La cura obtinguda a costa dels drets d'altres persones un tret evident del món de la cura remunerada.

d'un creixent reconeixement per part de les administracions públiques de la rellevància de la cura. L'aprovació de la LAPAD l'any 2006 n'és el màxim exponent. Cal dir, tanmateix, que si

bé durant els darrers anys el conjunt de països europeus han viscut una demanda creixent de serveis de cura, els països del sud d'Europa es caracteritzen per una presència de serveis de cura i de salut inferior que l'existent a la resta de països en les estructures ocupacionals. En el cas específic de l'estat espanyol, al seu torn, el sector del treball de la llar ha crescut d'una manera més accentuada que en el cas de la majoria de països europeus i, segons l'Enquesta de Població Activa, l'any 2005 hi havia més de mig milió de persones treballant-hi. La combinació d'una demanda creixent de cura per a persones en situació d'autonomia funcional restringida, d'un volum relativament reduït del sector de cura formal i d'una important presència del sector del treball de la llar, indica que la provisió de cura es cobreix, en gran part, mitjançant el recurs de les famílies al sector informal del treball de la llar en condicions de precarietat laboral i econòmica. D'altra banda, en el transcurs de la recerca s'ha confirmat que, si bé es dona el cas d'alguna experiència examinada, com ara l'**Entitat de cura a la gent gran**, que té convenis establerts amb empreses de l'economia social i solidària que busquen garantir condicions de qualitat i equitat en els llocs de treball que generen, la situació de la major part del sector de la cura remunerada, tant en el sector públic com en el privat, es caracteritza per la precarietat laboral i per condicions salarials per sota de la mitjana del mercat laboral.

A continuació s'analitza informació obtinguda sobre la manera com, actualment, la cura remunerada es proveeix a costa dels drets dels treballadors i treballadores, posant especial èmfasi en l'alta feminització i racialització, en la baixa protecció legal que la caracteritza, en trets específics de la cura com una activitat la precarització de la qual poden promoure, i en la influència que hi pot tenir un escenari políticoeconòmic que en els darrers anys ha promogut la seva externalització.

2.2.2.1. La cura remunerada: un sector feminitzat i racialitzat

La situació d'alta precarietat laboral que caracteritza la cura remunerada s'ha de interpretar, abans que res, d'una manera conjunta al caràcter marcadament feminitzat i racialitzat del sector. En primer lloc, de la mateixa manera que la cura proveïda d'una forma no remunerada en el marc de la família recau principalment en les dones, quan la cura esdevé remunerada, passa el mateix. Segons les dades de l'*Encuesta de Población Activa*, el percentatge de dones en les branques d'activitat sanitària, de serveis socials i de serveis personals és de gairebé el 78 %. Tal com es mostra en la taula 12, el sector del treball de la llar i de la cura es caracteritza per estar ocupat de manera desproporcionada per dones:

Taula 12. Mitjana d'afiliacions a la Seguretat Social en alta en el Règim General (Sistema Especial d'Empleats de la Llar) el mes de gener del 2017, per sexe. Absoluts i percentatges

	Homes		Dones		Total
	Homes absoluts	Homes %	Dones absoluts	Dones %	Total
Barcelona (província)	3.510,71	6,37	51.570,76	93,62	55.083,47
Catalunya	4.473,76	6,64	62.941,00	93,36	67.416,76
Estat espanyol	20.475,38	4,85	401.523,43	95,15	422.008,29

Font: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

D'altra banda, el caràcter feminitzat del sector es complementa amb un important increment del nombre de persones d'origen migrant, particularment dones migrades, que hi treballen. Això és fruit, en gran part, dels fluxos migratoris de les darreres dècades, que han fet que desenes de milers de dones provinents de diferents països del sud global hagin arribat a l'estat espanyol i hagin trobat en el treball de la llar i de la cura els únics nínxols laborals on inserir-se. Aquests fluxos migratoris han donat resposta a les necessitats creixents de cura provocades per la crisi de les cures abans esmentada. Mentre que l'any 1996 les persones estrangeres representaven el 6,9 % del total de persones ocupades en el treball de la llar, a partir de l'any 2005 aquesta xifra va començar a superar el 50 %. Una part important d'aquest col·lectiu s'hi dedica d'una manera informal i submergida (León, 2013), raó per la qual les xifres de la taula 13 constitueixen, sens dubte, una infravaloració de la presència de persones —sobretot dones— d'origen migrant en el sector de la cura i del treball de la llar.¹⁶ D'altra banda, les taules 13 i 14 il·lustren la important concentració de dones migrades en el treball a la llar en comparació amb la seva presència en altres sectors laborals.

¹⁶ Les dades de les taules 12, 13 i 14 corresponen a afiliacions a la Seguretat Social. Atès que a l'economia informal hi ha una concentració elevada de persones d'origen migrant, d'una banda, i de dones, de l'altra, s'estima que la combinació de les dades presentades amb dades del mercat laboral mostraria una racialització i feminització del sector encara més importants.

Taula 13. Mitjana d'afiliacions a la Seguretat Social en alta en el Règim General (Sistema Especial d'Empleats de la Llar) i total d'afiliacions de persones estrangeres no comunitàries el mes de gener del 2017, per sexe. Absoluts i percentatges

	Règim General (Sistema Especial d'Empleats de la Llar)				Total d'afiliacions			
	Homes absoluts	Dones absoluts	Homes %	Dones %	Homes absoluts	Dones absoluts	Homes %	Dones %
Barcelona (província)	2.412,61	23.963,19	9,15	90,85	110.859,95	85.850,71	56,36	43,64
Catalunya	3.011	28.225	9,64	90,36	153.422	107.835	58,72	41,28
Estat espanyol	10.941	125.051	8,05	91,95	566.065	412.722	57,83	42,17

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

Taula 14. Percentatge de persones estrangeres no comunitàries de la mitjana d'afiliacions a la Seguretat Social en alta en el Règim General (Sistema Especial d'Empleats de la Llar) i del total d'afiliacions del mes de gener del 2017, per sexe

	Sistema Especial d'Empleats de la Llar		Total d'afiliacions	
	Homes %	Dones %	Homes %	Dones %
Barcelona (província)	4,38	43,50	4,59	3,56
Catalunya	4,47	41,87	4,86	3,41
Estat espanyol	2,59	29,63	3,20	2,34

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

2.2.2.2. Baixa protecció laboral

Els principals marcs reguladors de les condicions de treball i laborals de les persones que es dediquen professionalment a la cura són el Conveni 189 *Decent work for domestic workers* (Treball decent per a les treballadores domèstiques) de l'Organització Internacional del Treball (OIT), la llei estatal *Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social*, i els convenis laborals aplicables en cada sector i en cada territori.

El Conveni 189, adoptat per l'OIT el mes de juny del 2011, insta els països a desenvolupar nous instruments per abordar les condicions especials del treball de la llar amb l'objectiu de garantir una protecció legal equitativa i evitar pràctiques discriminatòries que afecten les dones —en especial, les dones d'origen migrant— en situacions d'alta vulnerabilitat. Si bé des de llavors el Conveni ha estat ratificat per 23 països,¹⁷ l'estat espanyol no n'és un d'ells.

La ratificació del Conveni 189 per part del Govern espanyol és incompatible amb la legislació actual i obligaria a canviar-la. La llei vigent —*Ley 27/2011*— ha suposat una millora respecte als marcs reguladors anteriors¹⁷ en matèries com ara l'obligatorietat de contracte escrit o de cotització a la Seguretat Social. Tanmateix, continua sense atorgar al treball de la llar els mateixos drets que a la resta de sectors i, entre altres situacions, promou, directament o indirectament, l'absència d'un contracte laboral escrit i de cotització, salaris baixos, negació del dret a la prestació per desocupació i descansos insuficients. En l'actualitat, el sector del treball de la llar i/o de la cura encoberta és un dels que presenta més informalitat i precarització. La Maria ho il·lustra des de la perspectiva de la treballadora, mentre que la Pilar ho fa des de la perspectiva de la persona contractant:

Però, *bueno*, a nivell del que suposa... O sigui, jo no havia, fins ara, amb aquesta feina, no havia treballat mai de treballadora familiar, i les condicions a nivell de contracte i d'atur i així són pèssimes! Perquè no tens dret a l'atur, amb aquest tipus de contractes. Ja t'ho especifiquen concretament. Llavors, tot i que hi hagi un contracte, que hi hagi una mínima cobertura, no deixa de ser una feina precària, perquè si plego, o la iaia es mor, o se'n va a una residència, jo em quedo amb el cul a l'aire.

[ENTREVISTA 1]

Perquè, *bueno*, hi estan tota una tarda, però només treballen 3 o 4 hores, doncs, clar, tampoc no els hi dones tant... Jo, més o menys calculo, tampoc no m'agrada pagar poc... Però jo, una altra cosa et diré, que no les puc tenir totes assegurades. Jo no dono més de sí! I que em vinguin i em posin les multes que vulguin, però jo els diré el que han de fer.

[ENTREVISTA 5]

Les condicions de treball i laborals en el sector es caracteritzen per una particular fragilitat en els casos de les treballadores d'origen extracomunitari, les

¹⁷ Els països que han ratificat el Conveni 189 són els següents: Alemanya (20.09.2012); Argentina (24.03.2014); Bèlgica (10.06.2015); Bolívia (15.04.2013); Xile (10.06.2015); Colòmbia (09.05.2014); Costa Rica (20.01.2014); Equador (18.12.2013); Filipines (05.09.12); Finlàndia (08.01.2015); Guyana (09.08.2013); Irlanda (28.08.2014); Itàlia (22.01.2013); Jamaica (11.10.2016); Maurici (13.09.2012); Nicaragua (10.01.2013); Panamà (11.06.2015); Paraguai (07.05.2013); Portugal (17.07.2015); República Dominicana (15.05.2015); Sud-àfrica (20.06.2013); Suïssa (12.11.2014); i Uruguai (14.06.2012).

¹⁸ L'any 1969, el *Decreto 2346/1969 regulador del Régimen Especial de la Seguridad Social para los Empleados de Hogar* va donar un tracte especial a les treballadores del sector mitjançant una regulació específica de les seves contribucions al sistema de la Seguretat Social i dels drets que se'n desprengien. L'exclusió del treball de la llar del règim general de la Seguretat Social, així com de la protecció laboral, i la seva regulació mitjançant el Codi Civil es van justificar pel «caràcter atípic» de l'esfera privada de la llar, el qual impedia definir-la com un lloc de treball. L'any 1985, el govern del PSOE va impulsar el *Real Decreto 1424/1985, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del servicio del hogar*. Si bé va constituir un avenç parcial en reconèixer la dimensió laboral del treball de la llar, aquest decret definia aquesta dimensió com «especial», classificava la llar com un «context excepcional», exclouia les treballadores de la llar de l'Estatut dels Treballadors i subordinava els drets laborals de les treballadores als drets constitucionals de privacitat i vida familiar. Així, el *Real Decreto 1424/1985* no exigia un contracte de treball per escrit, no reconeixia el dret a la prestació per desocupació ni cobria baixes per malaltia i, en el cas de les pensions de jubilació, garantia prestacions extremadament reduïdes. D'altra banda, si bé els salaris s'havien de situar al nivell del salari mínim interprofessional, es van introduir importants excepcions, com ara el temps de presència no remunerat o la possibilitat de retribuir, en el cas de les treballadores de la llar en règim intern, fins al 45 % del sou en forma d'allotjament i manutenció (Ezquerria, 2011b; León, 2013).

quals, tal com s'ha exposat prèviament, hi són molt presents. La legislació laboral es creua amb la Llei d'estrangeria per dificultar la regularització, per part de les treballadores, de la seva situació administrativa, així com la seva mobilitat cap a altres sectors laborals. En els casos en què la treballadora es troba en règim d'interna o, dit d'una altra manera, resideix a la llar de la família contractant, aquest creuament entre legislació laboral i Llei d'estrangeria genera situacions que sovint comporten una alta vulneració de drets en forma de negació de la privacitat de la persona treballadora i d'un control d'ella per part dels membres de la família contractant, d'obligatorietat de rebre part del seu salari en espècies i, en general, d'impossibilitat de dur a terme una vida quotidiana en dignitat:

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

[ENTREVISTA 10]

Els convenis laborals vigents també reproduïen el baix reconeixement social de la cura generat per la legislació vigent i també promouen, directament o indirectament, salaris baixos, un predomini de jornades laborals parcials i contractes temporals, i una alta flexibilitat de les jornades i dels calendaris laborals. Les condicions de les treballadores del **Servei d'Ajuda a Domicili (SAD)** estan definides pel IV Conveni Col·lectiu de Treball d'Empreses d'Atenció Domiciliària de Catalunya,¹⁹ i es caracteritzen per la temporalitat, la parcialitat de les jornades i la flexibilitat inherent a l'organització dels horaris

¹⁹ Les condicions laborals de les persones professionals d'altres serveis, analitzades en aquest estudi i relacionades amb la cura, com ara l'espai familiar o la ludoteca, per exemple, estan regulades pel III Conveni Col·lectiu del Sector del Lleure Educatiu i Sociocultural de Catalunya, tot i que en el cas de la ludoteca el milloren lleugerament. Els salaris del personal d'intervenció establerts pel conveni oscil·len entre els 1.094,68 euros i els 1.481,52 euros, i se situen per sota del que avui dia és el sou mitjà a Catalunya (vegeu el Conveni). D'altra banda, com ja s'ha exposat anteriorment, la precarietat també es troba present en experiències de cura de caire comunitari. Algunes experiències comunitàries autogestionades, com la del grup de criança, tendeixen a generar condicions laborals caracteritzades per la parcialitat i la informalitat; a més a més, el necessari caràcter intensiu de la implicació de les mares en el projecte es correlaciona amb trajectòries laborals intermitents i plenes d'incerteses.

(ventall laboral de 9 a 22 hores, de dilluns a diumenge) i al calendari laboral personal (bossa anual de 80 hores d'alteració de la jornada laboral). Actualment, a Catalunya, el **Servei d'Ajuda a Domicili** dona ocupació a 7.400 persones a Catalunya: el 69 % són treballadores familiars i el 97 % són dones; el 93 % són tècniques assistencials que treballen una mitjana de 19,3 hores setmanals. Les treballadores, a més a més, atenen una mitjana de 7,2 persones usuàries (ACRA, 2013), cosa que implica destinar una quantitat important de temps a desplaçaments i dificultats per fer descansos durant jornades que poden ser extenuants:

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

[ENTREVISTA 9]

A banda de la parcialitat de les jornades laborals, un altra característica dels llocs de treball són els salaris baixos. Segons la taula salarial del Conveni, l'any 2016 el salari mensual brut d'una treballadora familiar era de 1.071,49 euros (9,01 euros/hora) i el d'una auxiliar de neteja de 918,59 euros (7,72 euros/hora). Això difereix substantivament del preu/hora fixat pel contracte programa, que és de 16,25 euros/hora en el sector públic i de la mitjana del cost/hora de compra del **Servei d'Ajuda a Domicili** externalitzat, que és de 16,20 euros/hora.²⁰

En el cas específic de la ciutat de Barcelona, segons una anàlisi de les condicions de treball de les persones treballadores del Servei d'Atenció Domiciliària que l'Ajuntament de Barcelona va realitzar l'any 2016, del conjunt de

En el cas de la ciutat de Barcelona, les persones treballadores del Servei d'Atenció Domiciliària el 38,9 % del total patien precarietat laboral en forma d'un salari baix, un contracte temporal i una jornada parcial.

3.503 treballadores que el 2015 hi havia a la ciutat, 1.561 (44,6 %) tenien un contracte temporal; 2.665 (76,1 %) tenien un contracte a temps parcial; i 3.352 (95,7 %) guanyaven un sou inferior als

9,47 euros bruts/hora. Finalment, el 38,9 % del total patien precarietat laboral en forma d'un salari baix, un contracte temporal i una jornada parcial i, en clar contrast, únicament el 2,7 % del conjunt de la plantilla no patien cap tipus de precarietat.

Cal assenyalar que la taula salarial establerta pel Conveni i els sous que predominen fan que les treballadores contractades a temps parcial no puguin subsistir únicament amb aquest salari, i que els sous de les que disposen d'un contracte a jornada completa se situïn entre els més baixos del mercat laboral (Conveni; Vallina, 2014). Tot això fa que, tal com es va posar de manifest

²⁰ Observatori de la Xarxa Local de Serveis Socials d'Atenció Domiciliària, activitat del 2013, citat a ACRA, 2014, pàg. 79.

en la Taula Intersectorial contra la Feminització de la Pobresa i la Precarietat impulsada per la Regidoria de Cicles de Vida, Feminismes i LGTBI de l'Ajuntament de Barcelona entre l'octubre del 2015 i el febrer del 2016, aquestes treballadores, que es caracteritzen per prestar serveis i atenció a persones en situació de vulnerabilitat social i sanitària, recorren sovint als Serveis Socials municipals com a resultat de la seva pròpia vulnerabilitat laboral i econòmica.

Una altra problemàtica que les persones que proveeixen cura d'una manera remunerada solen tenir és l'impacte que aquesta cura té en la seva pròpia salut física i emocional. La combinació sostinguda en el temps dels esforços físics requerits per ajudar a mobilitzar altres persones i tenir-ne cura, l'estrès emocional i l'ansietat provocades per les situacions difícils que les treballadores viuen d'una manera habitual, així com altres elements de precarietat que sovint caracteritzen les seves vides, deriven en una degeneració del seu estat de salut:

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

[ENTREVISTA 10]

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

[ENTREVISTA 9]

Això s'emmarca en un escenari de resistències per part dels professionals de la salut i de les autoritats sanitàries, reflectides en la legislació vigent (*Real Decreto* 1299/2006), a reconèixer que alguns d'aquests impactes són fruit de l'activitat professional, cosa que dificulta, no només l'accés a una atenció adequada, sinó també a processos de recuperació:

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

¿Es una enfermedad profesional?

Claro, sí, entonces, cuando es degenerativo, ya te quitan de en medio y te mandan a la Seguridad Social para que te apañe, porque no es problema de la mutua. Sí, sí, es así. Sí, sí. Degenerativo, pero es por mi trabajo, oiga. Si tengo este, se me hace esto, pero este no lo tengo,

pues será del esfuerzo que hago, ¿y esto de qué es? Pues de un golpe que me he dado, pero ¿qué?, trabajando, pero como le dije a uno: «Oye, yo no estoy haciendo bizcochos ni estoy sentada, estoy trabajando, y me hago daño porque estoy en mi trabajo», pero no es porque yo... por la edad, degenerativo, pues estamos apañados ¿sabes?

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

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

[ENTREVISTA 9]

La falta de reconeixement de l'impacte de la cura professional en la salut de les treballadores també els impedeix accedir a possibles baixes remunerades per malaltia. Combinat amb la precarietat vital que sovint pateixen, el marc regulador vigent no preveu la possibilitat que les treballadores es posin malaltes:

Sí, és una mica estressant. També elles, pel perfil del qual parlàvem ¿no? Són persones que tenen certs problemes, sobretot aquelles persones que potser tenen la família a fora, que venen de fora, les estrangeres; potser moltes vegades es resisteixen també a agafar baixes perquè agafar una baixa mèdica implica cobrar menys.

[ENTREVISTA 6]

L'absència de condicions laborals dignes en el sector, reflectida en la legislació vigent i en alguns dels convenis laborals menys garantistes en l'actualitat, sens dubte està relacionada amb la falta de reconeixement de la centralitat social de la cura. També té molt a veure, al seu torn, amb algunes de les característiques específiques de la cura quan es converteix en sector econòmic.

2.2.2.3. Característiques específiques del treball de cura que promouen la precarietat

Més enllà de la feble protecció laboral garantida pels marcs legals, quan el treball de la llar i de cura esdevé una activitat remunerada presenta una sèrie de reptes, resultants de la seva especificitat com a activitat, per a les persones treballadores i per a la seva capacitat de defensar els seus drets. Dit d'una altra manera, quan la cura passa a estar caracteritzada per vincles contractuals i per relacions de poder, els vincles emocionals i morals — sovint de caràcter privat — que la caracteritzen no desapareixen (Yanagisako, 2002; Narotzky i Smith, 2006; Narotzky, 2008; León, 2010). Tampoc desapareix l'element de vulnerabilitat inherent a la vida humana i, per tant, a la cura com a tal. En realitat, aquesta vulnerabilitat, combinada amb les febles proteccions laborals, afecta les condicions dels treballadors i les treballadores i la seva capacitat de millorar-les.

Prèviament s'ha exposat que la legislació que regula els drets de les treballadores remunerades de la llar nega el dret a percebre la prestació per desocupació. Aquesta discriminació del sector s'ha de contextualitzar en les característiques específiques que el defineixen. Particularment en els casos de cura a la gent gran, la relació laboral sovint pateix un alt grau d'imprevisibilitat, ja que sovint pot ser interrompuda a causa de l'hospitalització de la persona receptora de cura o de la seva defunció. En aquest sentit, tal com s'il·lustra a continuació, les característiques específiques de la situació de cura generen una incertesa respecte al futur que la llei no mitiga, sinó que empitjora, i que té dimensions pràctiques però també emocionals:

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

[ENTREVISTA 10]

Alhora, aquesta doble dimensió emocional i de vulnerabilitat inherent a la relació de cura fa que les treballadores tinguin dificultats específiques per defensar els seus drets. No només és un àmbit on la legislació és menys garantista que en altres sectors i on la representació col·lectiva és particularment difícil d'assolir, sinó que, a més a més, la pròpia fragilitat de la persona receptora de cura fa que les respostes habituals en altres sectors laborals a les situacions de violació de drets i d'abusos no s'hi puguin aplicar:

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

[ENTREVISTA 10]

Finalment, una altra característica específica del treball de la llar i de cura és que sovint és realitzat en el marc de la llar de la persona receptora de cura i/o contractant del servei. Això provoca que es generi una tensió important entre la llar entesa com a espai de privacitat i intimitat de la família contractant i subjecte a la protecció del Codi Civil, i la llar entesa com un espai laboral per a la persona treballadora, la qual està coberta per proteccions laborals. El caràcter privat i íntim de la llar ha estat un dels principals argu-

ments utilitzats en les darreres dècades per evitar la millora dels drets laborals en el sector i ha provocat que, en comptes de reconèixer i regular la relació de poder existent entre la persona o les persones contractants i la persona

El sorgiment d'associacions i de sindicats específics de treballadores de la llar és una resposta per generar models polítics i organitzatius capaços de trobar solucions a l'alta vulnerabilitat laboral que pateixen.

contractada, la mateixa normativa laboral sovint insta les parts a resoldre possibles conflictes de forma privada i a partir de la «bona fe» de totes dues (Ezquerria, 2011b). Això representa un obstacle important a l'hora d'aconseguir una formalització plena de l'activitat laboral, tant pel que fa a l'absència freqüent d'un contra-

cte laboral, segons s'ha assenyalat abans, com a altres qüestions, com ara les inspeccions laborals i la representació col·lectiva. El sorgiment, en els darrers anys, d'associacions i de sindicats específics de treballadores de la llar i de la cura és una resposta a les dificultats presentades pel moviment sindical tradicional per prioritzar i afrontar aquesta situació, així com una aposta per generar nous models polítics i organitzatius que siguin capaços de trobar solucions a l'alta vulnerabilitat laboral que pateixen les treballadores en el sector:

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

[ENTREVISTA 10]

2.2.2.4. Externalització dels serveis de cura

Finalment, en els darrers temps han augmentat les veus que relacionen la situació de precarietat laboral en el sector professional de la cura amb el fet que, actualment, a molts municipis, inclòs el de Barcelona, la gestió d'un bon nombre dels serveis de cura està externalitzada.

A Catalunya hi ha 378 entitats que proveeixen els diferents serveis d'atenció de les necessitats de la llar i de cura personal del SAD. En el sector privat, l'ocupació ha augmentat fins al 85,2 % (63,2 % en societats mercantils, 22 % en entitats d'iniciativa social) front només el 14,8 % pertanyents al sector públic (ACRA, 2014). A més, s'observa una tendència creixent a la gestió privada del servei, que va experimentar un increment interanual del 5,8 % en el període 2013-2014 (Bodoque *et al.*, 2016).

Històricament, els serveis s'han adjudicat mitjançant concursos regits per criteris economicistes, els quals fomenten que les empreses competeixin entre elles per presentar ofertes de baix cost. Això acaba repercutint en la qualitat del servei i en les condicions laborals dels treballadors i treballadores. Fins al 2015, per exemple, any en què es van fer uns nous plecs de contractació per donar més valor a la part tècnica i social dels projectes, els plecs del contracte del **Servei d'Ajuda a Domicili** concedia a l'oferta econòmica el 40 % del total de la valoració, la qual cosa prioritzava la reducció del cost del servei per sobre d'altres criteris, com ara els aspectes tècnics del servei, la seva qualitat o les condicions laborals d'acord amb les quals es realitza (Ajuntament de Barcelona, 2015). Això ha provocat que, en paraules d'una de les persones entrevistades, «es posés en qüestió la viabilitat del servei». L'Ajuntament de Barcelona ha començat a revertir aquesta situació mitjançant diverses mesures, com ara la revisió dels plecs de contractació de serveis i la *Guia de Contractació Pública Social* l'any 2016. Altres administracions municipals, com ara l'Ajuntament de Madrid, també estan treballant en una major priorització de les clàusules socials i laborals en les adjudicacions de serveis a entitats i empreses externes (Pinheiro, 2016).

A més de les condicions reguladores dels contractes d'adjudicació de serveis, la definició de les quals respon a processos clarament polítics, les condicions laborals dominants en el sector de la cura, així com altres problemàtiques relacionades amb l'accés al servei i la seva qualitat, que es tracten en apartats posteriors d'aquest document, plantegen un interrogant sobre la idoneïtat de la gestió privada dels diferents serveis relacionats amb la cura. Si bé ens trobem en un moment en què el discurs dominant erigeix l'empresa privada com la garant de gestionar recursos públics amb els millors nivells d'eficàcia i d'eficiència, i en què la reorganització de les entitats locals constitueix un dels principals continguts dels plans d'ajust estructurals imposats per l'administració central (Chinchilla i Domínguez, 2015), hi ha estudis que demostren que els serveis privatitzats presenten sobre costos que van des del 22 % fins a més del 90 % respecte als serveis prestats de forma directa per les administracions locals (Colomer, 2015). Fins i tot si no hi hagués cap evidència que apuntés en aquesta direcció, una aposta política decidida per una economia de les cures basada en la seva democratització i en la justícia de gènere hauria de partir de la premissa que la cura constitueix un dret inalienable i un servei fonamental, com fonamentals són també les condicions d'acord amb les quals es proveeix, la qualitat amb la qual es proporciona i el benestar que genera.

2.2.3. Propostes d'actuacions per garantir que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona

La taula 15 presenta, a partir de les dades recollides, tant mitjançant la realització d'entrevistes com de l'anàlisi de documentació, de literatura i d'altres fonts d'informació, una relació de propostes d'actuacions que hem elaborat per garantir que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona. Segons es pot observar, les actuacions estan orientades a defensar i promoure els drets de les persones cuidadores, tant en el marc de la família com de manera remunerada, així com a impulsar la responsabilitat en l'àmbit de la cura familiar entre homes i dones, i a acompanyar la creació d'aliances socials i la formulació de polítiques entre diferents actors involucrats en els processos de cura per impulsar-ne la democratització.

Taula 15. Propostes d'actuacions per garantir que la provisió d'una cura digna no es realitza a costa dels drets de cap altra persona

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Reconeixement de la centralitat social de la cura	Garantir que la cura no es proveeix a costa dels drets de cap altra persona²¹	Instar les administracions competents (autonòmica i estatal), en col·laboració en aquesta direcció amb els moviments i agents socials mobilitzats, a: - aprovar permisos de paternitat iguals i no transferibles per naixement, adopció i acollida; - modificar la legislació i els convenis laborals perquè les persones cuidadores principals familiars (o no pertanyents a la xarxa familiar de la persona receptora de cura) que actualment no estan reconegudes per la legislació, bé pel seu grau de parentiu o pel fet de no pertànyer a la família, puguin accedir a les prestacions, serveis i/o permisos existents; - dotar la Llei de dependència dels recursos econòmics necessaris perquè sigui viable i garanteixi una cura digna; - impulsar permisos de cura per a pares i mares amb infants en situació de malaltia de llarga durada. Cobrir aquelles necessitats materials de cura que, tant quan són utilitzades d'una manera sostinguda en el temps, com quan es necessiten d'una manera més puntual, tenen un impacte important en el nivell adquisitiu de les famílies: enfortiment de la xarxa de bancs de materials de suport (crosses, llits articulats, cadires de rodes, caminadors...) i valoració d'una línia d'ajuts per a materials sanitaris (orinals plans, esponges, bolquers, cremes, pomades, mascaletes, monodosis...). Introduir fórmules per mitigar l'impacte econòmic de la cura de familiars amb determinades malalties que comporten llargs processos d'hospitalització (per exemple, descomptes en àpats o transport). Promoure la corresponsabilitat dels homes en la cura formant-los i assessorant-los en l'àmbit sanitari, educatiu i de cures. Elaborar un estudi sobre les oportunitats i els reptes de flexibilitzar l'espai i el temps laboral (teletreball, adaptabilitat horària i adaptabilitat dels espais) per evitar que la flexibilitat derivi en una disponibilitat total, evitar un biaix de gènere en la seva adopció i garantir que promou la conciliació de diferents esferes de la vida del personal de l'Ajuntament de Barcelona en clau democratitzadora. Crear grups de trobada, d'intercanvi, de suport mutu, de formació i d'autocura per a persones i/o famílies cuidadores d'infants o d'altres persones en situació de dependència a càrrec, amb l'objectiu de fomentar l'aprenentatge compartit i d'abordar-ne l'impacte en la seva salut i benestar. Dissenyar un programa de mediació entre familiars de persones que arriben a una situació d'autonomia funcional restringida i necessiten cura de llarga durada per fomentar la resolució de possibles conflictes i promoure que el màxim nombre possible de membres de la xarxa s'impliquin en el procés de cura i en la cura mútua.

²¹ Per a aquesta dimensió, vegeu també altres propostes d'actuació en la secció «Socialització de la Cura vers les Administracions Públiques».

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Reconeixement de la centralitat social de la cura	Garantir que la cura no es proveeix a costa dels drets de cap altra persona	Realitzar un estudi sobre la situació de les persones treballadores de la llar i cuidadores en el mercat informal a Barcelona, que inclogui l'anàlisi del règim d'interines i la vulneració de drets laborals bàsics que aquest règim promou. Millorar les condicions de treball (tipus de contracte, etc.) i les condicions laborals (nivell salarial, tipus de jornada, flexibilitat i reconeixement de malalties i lesions laborals, etc.) de les treballadores familiars i les auxiliars de neteja mitjançant la inclusió explícita d'aquest objectiu en els plecs de contractació del servei de l'Ajuntament de Barcelona i instant els òrgans competents a millorar el Conveni Col·lectiu de Treball d'Empreses d'Atenció Domiciliària de Catalunya, tot garantint que les persones treballadores formin part de les negociacions. Incorporar en els plecs de contractació dels serveis de cura de l'Ajuntament de Barcelona: - la creació, en horari laboral, d'espais terapèutics de trobada, d'intercanvi, de suport mutu i d'autocura de les cuidadores professionals amb l'objectiu d'abordar l'impacte de la seva activitat laboral en la seva salut mental i emocional i en el seu benestar; - una formació continuada, en horari laboral, sobre l'execució física de la cura i les seves dimensions emocionals per prevenir malalties mentals i evitar lesions físiques. Abordar els riscos laborals que tenen lloc en el context del treball de la llar i la cura professional: - difonent informació sobre els productes de neteja perillosos per a la salut de les persones treballadores de la llar (cancerígens) i denunciant-ne l'ús; - instant el Govern espanyol a incorporar les malalties provocades per aquests productes en la llista de malalties professionals i a reconèixer l'impacte de l'exercici professional de la cura en la salut emocional de les persones cuidadores per tal que puguin accedir de ple dret a baixes laborals remunerades en concepte de malaltia. Instar les administracions competents (autonòmica i estatal), en col·laboració en aquesta direcció amb els moviments i agents socials mobilitzats, a: - millorar els convenis laborals que regeixen les condicions de treball i laborals (actualment d'alta precarietat) de les persones treballadores de la llar i de les cuidadores professionals, i garantir que les treballadores siguin part de les negociacions; - reformar la legislació que regula el treball de la llar adoptant una versió més garantista del Conveni 189 de l'Organització Internacional del Treball i derogant la Llei 27/2011; - derogar les parts de la Llei d'estrangeria que discriminen i atempten contra els drets humans, socials i laborals de les persones treballadores de la llar i cuidadores d'origen migrant. Posar a l'abast de les persones treballadores de la llar i cuidadores professionals organitzades les eines i el suport que requereixin des de les administra-

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Reconeixement de la centralitat social de la cura	Garantir que la cura no es proveeix a costa dels drets de cap altra persona	cions per fer visible el valor de la feina que fan i per denunciar els abusos i les discriminacions laborals i normatives existents en el sector. Posar a l'abast de les persones treballadores de la llar i cuidadores professionals organitzades les eines i el suport que requereixin des de l'administració municipal per impulsar espais de trobada i d'intercanvi estratègic amb altres actors implicats en els processos de cura (col·lectius de gent gran, col·lectius de persones en situació de discapacitat, col·lectius de dones, col·lectius de persones d'origen migrant, etc.) per impulsar aliances socials i polítiques que treballin a favor de la democratització de la cura. Facilitar mecanismes de suport a l'autoorganització de les persones treballadores de la llar i cuidadores professionals amb l'objectiu de contribuir a visibilitzar la importància de la feina que fan, a denunciar els abusos i les discriminacions laborals i normatives existents en el sector, i a reivindicar canvis normatius que igualin els seus drets amb els de la resta de treballadores i treballadors. Dur a terme una campanya de sensibilització adreçada a les persones i famílies que contracten serveis de cura de persones i de la llar via mercat, i instar-les a regularitzar i formalitzar el vincle laboral amb les persones treballadores contractades mitjançant un contracte escrit i l'entrega de nòmines, i a respectar els seus drets laborals i socials. Fer que l'Ajuntament de Barcelona estableixi incentius (subvencions, taxes o altres ajuts) per fomentar una contractació formal i digna per part de les famílies de persones treballadores de la llar i cuidadores professionals. Crear un programa municipal de formació pràctica i emocional en la cura per a persones que s'hi dediquen professionalment en el marc d'una relació contractual i/o laboral amb una o diverses famílies. Crear un servei municipal d'atenció terapèutica per a persones cuidadores professionals a domicili que treballin, tant en el marc de serveis municipals, com en una llar familiar amb contracte o vinculació laboral privats.

Font: Elaboració pròpia.

2.3. Socialització de la cura

En l'apartat anterior s'ha analitzat la prevalença de la família, particularment la família nuclear, com a principal proveïdora de cura. S'ha destacat, al seu torn, el clar component de gènere d'aquesta organització familiar de la cura, així com els nombrosos impactes negatius que comporta, en especial per a les dones. Davant d'això, una agenda política de democratització de la cura que es proposa contribuir a reconèixer la seva importància i centralitat social i econòmica, entenent la seva distribució com quelcom que ha de tenir lloc més enllà de les fronteres i la privacitat de les llars. El reconeixement de la seva centralitat social significa que el conjunt d'actors i d'institucions socials (la comunitat, les administracions públiques i el sector privat) l'assumeixin i se'n responsabilitzin. Aquesta socialització, que en definitiva busca reduir la sobrecàrrega i la sobrerresponsabilització de les famílies en la provisió de cura i ben-

estar, així com promoure l'assumpció de responsabilitat per part de la resta d'actors socials, es planteja en tres direccions mitjançant **tres dimensions diferents: a) la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari; b) la socialització de la cura vers les administracions públiques; i la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre.** Si bé per motius analítics les tres dimensions s'analitzen per separat, no s'ha de perdre de vista que els tres àmbits sovint interactuen entre ells i se superposen.

Aquests desplaçaments no s'entenen com a absoluts, sinó que es poden produir en diferent mesura segons la situació; tampoc s'entenen com una aposta per eliminar el rol cuidador de la família. La socialització de la cura,

La socialització de la responsabilitat de cura, inclou, l'oportunitat de compartir dubtes, sabers, experiències i estats d'ànim; que permet reduir l'aïllament i la solitud en què sol tenir lloc la provisió i la recepció de cura.

tanmateix, sí que ha de comportar una reducció del protagonisme —i la sobrecàrrega resultant— de la família, i particularment de les dones, en el seu si. La socialització de la responsabilitat de cura, d'altra banda, inclou, més enllà de la redistribució de tasques concretes i de càrrega de treball, l'oportunitat de compartir dubtes, sabers, experiències i estats d'ànim; una oportunitat que permet reduir l'aïllament i la solitud no escollida en què sol tenir lloc la provisió i la recepció

de cura. En definitiva, analitzar la socialització de la cura requereix adoptar una doble mirada, ja que és rellevant conèixer, no només en quina mesura diferents actors, com ara l'Estat, la comunitat o el mercat n'assumeixen certa responsabilitat, sinó fins a quin punt es genera una substitució o una reducció de la cura familiar, així com de l'aïllament que sol acompanyar-la.

En les seccions que integren aquest apartat s'analitza, en primer lloc, la percepció de les persones i de les famílies entrevistades sobre qui s'hauria de responsabilitzar de la cura. En segon lloc, s'examinen alguns dels serveis o espais que utilitzen per rebre suport més enllà de les fronteres de la llar pertanyents a diferents esferes socials (àmbit comunitari, administracions públiques i àmbit privat), així com les valoracions, implicacions i limitacions de la intervenció de diferents actors en la cura. Algunes de les preguntes que s'intenta respondre són: a quins recursos i suports accedeixen per socialitzar la responsabilitat i la càrrega de cura? En quina mesura existeix una corresponsabilització vers la cura per part de l'Estat, el sector privat i/o la comunitat? En quina mesura els serveis/suports oferts permeten substituir o reduir la cura familiar? En quina mesura s'aborda la dimensió emocional de la cura? En quina mesura es promou l'intercanvi d'experiències, coneixements, estats d'ànim entorn de la cura a fi i efecte de promoure'n la dimensió relacional? En quina mesura es promou una diversificació de l'imaginari de persona cuidadora? En quina mesura es promou la valorització personal de la cura?

En definitiva, es pretén caracteritzar els serveis i els espais analitzats des d'una perspectiva de democratització de la cura. Més concretament, es busca identificar el nivell de coherència dels serveis, espais i projectes analitzats amb la dimensió tant material i emocional com relacional de l'eix estratègic de la socialització de la cura. Es pretén, al seu torn, avaluar fins a quin punt els serveis i experiències contribueixen a socialitzar la cura alhora que es pretén eliminar en el procés la (mal)divisió social del treball (des d'una perspectiva

interseccional) que la caracteritza i es promou l'apoderament personal i relacional de les persones involucrades.

Després de l'anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari, vers les administracions públiques i vers el sector privat, s'inclouen diverses propostes d'actuació per promoure la democratització de la cura en cadascun d'aquests àmbits.

2.3.1. Percepcions sobre la responsabilitat de la cura

Segons les dades de l'estudi *Familia y género*, del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), del 2012, la població a l'estat espanyol considera que la família ha de continuar tenint un rol central en la provisió de cura als seus membres, tot i que la consideració de la responsabilitat de les administracions públiques també és molt rellevant. Així, en el cas de la cura d'infants menors de 6 anys, el 63 % consideren que hauria de ser proporcionada per la família; el 29,3 % per centres públics; el 0,35 % per organitzacions sense ànim de lucre; i el 3 % per centres privats. En el cas de la cura de la gent gran, la distribució de les preferències es veu alterada en favor del sector públic, si bé s'aprecia una diferència significativa en les respostes sobre les fonts d'ajuda i suport a les persones grans en la seva vida diària i la font de finançament d'aquesta ajuda. Així, el 46,4 % de les respostes apunten que la família és qui hauria de proporcionar ajuda a les persones grans en la seva vida diària; el 45,95 % es decanten pels centres públics; l'1,4 % per organitzacions sense ànim de lucre; i el 2,8 % per centres o personal cuidador privats. Pel que fa a les fonts de finançament del suport a la gent gran, el 24,8 % consideren que hauria de ser assumit per les mateixes persones grans i les seves famílies, mentre que el 67,4 % es decanta pel finançament públic.

Les reflexions recollides en el transcurs d'aquesta investigació mostren que, fins i tot si es consideren els impactes prèviament analitzats de la cura en les persones cuidadores, la família continua sent l'actor social preferit per una gran majoria de les persones a l'hora de cobrir les necessitats de cura existents en el seu si. Aquesta preferència detectada en la realització de les entrevistes coincideix amb el resultat de l'estudi del CIS. Es detecta també, tanmateix, un consens important en torn a la necessitat que les administracions públiques i altres actors incrementin el seu acompanyament a les famílies així com la seva responsabilització vers la cura en general. Existeixen divergències respecte al grau d'acompanyament que hauria d'existir i sobre el grau de responsabilització de la família i de les administracions públiques. Aquestes divergències es correlacionen significativament amb el factor d'edat o, dit d'una altra manera, les persones més grans reivindiquen amb més força que les persones més joves la centralitat de la família com a actor cuidador. Tot seguit s'analitzen les reflexions dutes a terme.

Una part important de les persones entrevistades, particularment les persones grans o les persones cuidadores de gent gran, consideren que la família hauria de tenir un rol fonamental en la cura dels seus membres. Tal com s'ha apuntat prèviament, les seves consideracions giren al voltant de la importància de la solidaritat intergeneracional en el si de la família i dels vincles afectius i emocionals que haurien de caracteritzar la cura. Aquesta postura no es

troba exempta d'una certa expressió d'abnegació. És a dir, si bé les persones entrevistades que exerceixen o han exercit de cuidadores familiars principals identifiquen clarament les enormes dificultats resultants del seu rol, en minimitzen la importància contextualitzant-les en un marc de responsabilitat i, fins i tot, d'obligació moral:

Responsable de les persones... home, jo crec que la família mateixa. El més normal és la família mateixa. Perquè per a aquesta persona, no és el mateix estar amb la família que el fet que et portin... Per a la persona gran no és el mateix estar amb la família que estar en una residència. I pel que fa als nois, també. Perquè el carinyo... si la família li dona carinyo. Perquè sinó, és igual, el pots portar on vulguis. Perquè el carinyo de la família no li dona ningú. Per molt que el cuidador el vulgui. Perquè la família hi és les 24 hores, i el cuidador té un horari. Crec jo, vaja.

[ENTREVISTA 7]

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

[ENTREVISTA 9]

S'hi detecta també un element —implícit o explícit— de nostàlgia d'un model tradicional de cura que s'intueix en procés de transformació —i fins i tot en extinció— que considerava la cura de la gent gran com una responsabilitat familiar inqüestionable i ineludible. Aquesta nostàlgia s'observa, una vegada més, sobretot entre la gent més gran:

Jo crec que la família... [...]. Jo penso que els teus pares t'han cuidat a tu. Clar, no totes les famílies han estat igual. Però jo sé que els meus pares s'han sacrificat molts cops per nosaltres [...]. Han fet moltes coses per nosaltres, no sacrifici, perquè en realitat tu has volgut els fills, i *bueno*, als fills els has donat tot el que has pogut [...]. Però, jo, no sé, els hi tinc molta estimació, als pares, molt de respecte, i crec que els pares mai no haurien de ser abandonats pels fills, val? El pare, quan es fa gran, ja saps que pot perdre el cap, o no el pot perdre, o pot perdre les cames, i necessita [...] companyia i estimació. I bastant sovint! Per exemple, jo, a la meva mare, moltes vegades, li agafo la mà, i li faig petons. I a vegades em mira i fa així [*ullets*]. Si li faig a la cara, no tant, però si li faig a la mà, sí. I hi ha molta gent que necessita carinyo i no el té. I jo crec que això hauria de ser com era abans.

[ENTREVISTA 5]

Hombre, yo creo que la familia, los hijos, pero bueno, estamos en una de esta de que los hijos, bueno, antes, si al que tenía hijos no se le ponía servicios [d'atenció domiciliària], que tenía de esa, obligaban a que los hijos los cuidaran, ¿sabes? Pero como llegó un punto en el que los hijos no querían saber nada, pues hubo que hacer que con hijos y con hijos coger servicio porque estaban solos, ¿sabes? Pero en principio era así: al que tenía hijos no se le ponía servicio [...]. Si

tenías hijos no te daban servicio. Porque... y ahora no, ya te digo, todos tienen hijos, la mayoría tienen hijos, y se les pone su servicio, porque realmente, cuando entra Servicios Sociales a domicilio, los hijos se quitan de en medio. Quiero decir que ya parece que la trabajadora es la que tiene que cubrir todos los servicios, que a veces tienes que decir: «Oye, no, esto es tuyo y esto es mío, pero no me cargues más cosas».

[ENTREVISTA 9]

Si bé l'estudi mostra una clara identificació de la família com a principal actor responsable de la cura, també es detecta un reconeixement de la necessitat i la importància de la implicació d'altres actors socials, particularment de les administracions públiques i, en menor mesura, del sector privat no mercantil. Aquest reconeixement, tanmateix, no es tradueix en una expectativa uniforme sobre la naturalesa o el grau d'implicació pública en la cura, sinó que mostra importants diferències pel que fa a la relació que s'hauria d'establir entre les famílies i les administracions públiques en contextos de cura. D'aquestes diferències s'extreuen quatre posicionaments diferents: 1) la demanda d'implicació de les administracions públiques per garantir que les famílies puguin continuar sent protagonistes de la cura; 2) la demanda d'implicació de les administracions públiques quan la família no està present o quan no pot oferir cura; 3) la demanda d'implicació de les administracions públiques quan la família pateix sobrecàrrega com a conseqüència de la cura; 4) i la demanda de la implicació de les administracions públiques en un sentit redistributiu i de corresponsabilització. Aquesta darrera opció es dona de manera majoritària entre les persones més joves.

La primera opció, la d'implicació de les administracions públiques per garantir que les famílies puguin ser protagonistes de la cura, correspon al model de política de cura que Leitner (2003) anomena «familiarisme explícit» i Saraceno i Beck (2008) «familiarisme per defecte», i es tradueix en l'aportació, per part de les administracions públiques, d'una prestació per tal que la persona cuidadora principal en el marc de la família pugui realitzar la cura d'una manera remunerada:

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

[ENTREVISTA 11]

Pues que li donessin un tant i que em cuidés a mi. A compte de treballar a la fàbrica. Pues si a la fàbrica li paguen, el que li donen a la fàbrica, que li donin a ella, i que em cuidi a mi.

[ENTREVISTA 12]

La segona opció, la de la implicació de les administracions públiques quan la família no està present o quan no es pot fer càrrec de la cura, no s'allunya gaire del familiarisme explícit ni del familiarisme per defecte, ja que el rol de l'Estat és subsidiari i assistencial:

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

[ENTREVISTA 11]

Home, qui se n'ha de fer càrrec. Si té família, la família. *El bien y el mal es pa' la familia.* Ara, si no té ningú, una cosa o una altra s'ha de buscar.

[ENTREVISTA 12]

Resulta que va vindre una assistenta i em va parlar d'una residència. I llavors jo li vaig dir que, clar, que jo no volia que ma mare anés a una residència, i ella tampoc hi volia anar. Però em va dir: «Miri, vostè està fastidiada, i no sap vostè com pot acabar. Que potser vostè no podrà ni cuidar la seva mare, ni tampoc es podrà cuidar vostè! I llavors, què farà?» Diu: «Per què no fa la sol·licitud? Hi ha tres opcions. Per exemple, vostè, l'entrega. Si quan l'avisen vostè està pensant el mateix, es trenca, i se'n fa una altra. I si... hi ha tres vegades que es pot fer». Llavors, jo la tinc entregada, de moment, si estem tal qual, encara que m'avisin, no. Però, jo què sé!

[ENTREVISTA 12]

La tercera opció, que correspon al model de «familiarisme recolzat» de Saraceno i Beck (2008), explicita de manera més clara la sobrecàrrega resultant de l'exercici intensiu i perllongat en el temps de la cura, i considera que l'administració pública ha de tenir un paper en l'eliminació o reducció d'aquesta sobrecàrrega:

La cura de les persones?

Sí.

A veure, jo, una mica, jo sempre penso en els drets i els deures de les persones, no? És el meu deure cuidar el meu fill. És el meu deure, com a mare. Però sí que és veritat que quan aquestes cures són que ja potser alteren el meu estat de salut, no?, potser psicològic, o físic, que realment jo no puc, home!, evidentment aniríem a segons, a la xarxa familiar, i després d'això a les ajudes socials. És que, sinó, és inviable. És que és tan, tan... tan llarg, tan perllongat, són tantes les cures, que una sola persona... A veure, jo ho parlo per experiència pròpia. Ho pots fer durant un temps determinat i amb... Perquè jo em vaig obsessionar. Però arriba un moment en què quan ja passa aquest grau d'obsessió, realment necessites un suport. Tant per ell, com per tu, i ja et dic: si la família pot, perfecte. Però moltes vegades, la família...

[ENTREVISTA 8]

La quarta opció, que coincideix amb un model de «familiarisme opcional» i fins i tot amb una certa desfamiliarització (Saraceno i Beck, 2008), és adoptada majoritàriament pels perfils més joves de les persones entrevistades i

inclou en el debat les dificultats de conciliar la cura amb altres esferes de la vida dels membres de la família. Planteja la necessitat d'una implicació explícita i decidida de les administracions públiques i d'altres actors en la provisió de la cura i en l'acompanyament de les famílies que la proveeixen. A diferència de les opcions anteriors, aquesta postura aprofundeix en el caràcter redistributiu de l'estat de benestar i dibuixa un escenari de major responsabilització entre la família, el sector públic i, en menor mesura, el sector privat sense ànim de lucre:

Qui té la responsabilitat aquí? La família o la institució a la qual aquesta senyora durant tota la vida ha estat pagant uns impostos i unes cotitzacions perquè li paguin una pensió per poder tenir un final digne? Hi ha com aquesta divisió... Jo, per què estic pagant si després resulta que no puc entrar en una residència pública perquè no hi ha places? Però, en realitat, clar, el més normal seria que la teva família t'estimés molt i et tingués a casa i et cuidés la teva filla i et fes el sopar cada dia, et netegés el cul... Però la vida en què vivim en molts casos no ho permet. I llavors, crec que és una mica mig-mig... que hi ha com el sentir que portar els iaïos a la residència és com descuidar-los, però també hi ha el discurs que no hi ha prou residències i que l'administració s'ha de fer càrrec de posar recursos perquè la gent gran estigui bé... potser faria el 50/50.

[ENTREVISTA 1]

Jo trobo que la societat... sí. El que estan fent [Amics de la Gent Gran], el que es pot fer, perquè clar, som molta gent gran! I potser voldríeu fer més, i de vegades no es pot, o pel que sigui... m'entens? Però és això el que em dona a mi el refiar-me, perquè les filles encara que vulguin tenen la seva casa, tenen el treball, tenen la canalla, i tampoc, encara que vulguin... Et poden venir a visitar, però no poden estar pels problemes que necessitem, m'entens?

[ENTREVISTA 3]

2.3.2. Socialització de la cura vers l'àmbit comunitari

Aquest apartat es divideix en dues seccions: una primera d'anàlisi i discussió, i una segona en la qual s'ofereix, a partir de l'anàlisi realitzada, un seguit de propostes d'actuació per promoure la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari des d'una perspectiva de democratització de la cura.

2.3.2.1. Anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari

Les experiències analitzades que millor representen el desplaçament de la responsabilitat de cura des de la família cap a l'àmbit comunitari són els **grups de criança i els grups de criança compartida** —centrats en la cura de la canalla— i els **grups de suport a persones cuidadores** —centrats en el suport a les persones cuidadores de familiars en situació de malaltia o d'autonomia funcional restringida—. En ambdós casos, les persones participants solen ser majoritàriament dones. L'estudi mostra una bona valoració d'aques-

tes experiències com a generadores d'espais de confiança, de vincle relacional, de socialització i lleure, així com a mecanismes, sovint creatius, d'acompanyament en el procés de cura. També es valora positivament la possibilitat de socialitzar-hi informacions, experiències i estats d'ànim relacionats amb la situació de cura, la qual cosa dota aquests espais d'una certa funció terapèutica. En contrast, les principals limitacions observades en clau de democratització de la cura, particularment en el cas dels **grups de criança**, són l'absència de diversitat dels seus participants en funció de l'origen, el nivell formatiu, el nivell socioeconòmic i la reproducció de la divisió sexual del treball.

a. Grups de criança i grups de criança compartida

Els **grups de criança** són experiències comunitàries que han emergit com una alternativa no reglada al sistema públic i privat de cura, impulsada per famílies, amb l'objectiu d'assolir una organització de la cura dels seus fills i filles que concordi més amb les seves necessitats i creences. Comporten una responsabilització directa de la cura i el seu trasllat, des de les llars i l'àmbit privat, cap a llocs nous. Aquests llocs nous són, tal com expressa Christel Keller (2015:29): «llocs híbrids, ni públics ni privats, una mena de prolongació de les relacions familiars més enllà de les relacions de parentiu i que es dona fora de les llars».

D'acord amb la categorització de Puig i Segura (2015:13), s'identifiquen dues tipologies de **grups de criança**: els **grups de criança** i els **grups de criança compartida**. Els primers són «espais de trobada i d'assessorament per a famílies amb nens i nenes d'entre 0 i 2 anys. Poden cobrir serveis familiars amb infants més grans (vinculats a escoles lliures) i comptar amb l'ajut i l'assessorament per part de professionals». Els segons són «iniciatives organitzades per part de les famílies com a alternativa a les llars d'infants. Comporten la definició i implementació d'un marc pedagògic de desenvolupament de l'infant. Solen estar destinats a nens i nenes d'entre 1 i 3 anys, però, ocasionalment, també acullen infants més petits o més grans. Es basen en la implicació, tant dels educadors com de les famílies, en un espai comú». Segons Puig i Segura, actualment, a la ciutat de Barcelona hi ha 7 grups de criança i 20 grups de criança compartida.²²

Els **grups de criança compartida** solen sorgir de xarxes d'afinitat, d'amistat o comunitàries provinents de grups de preparació al part o d'acompanyament al postpart, grups de ioga per a mares, grups de lactància, o qualsevol altre espai dirigit a mares. Estan integrats per entre 5 i 12 famílies, aproximadament, atès que una de les seves prioritats és conformar un model de criança i de cura a petita escala i amb un alt grau de contacte entre la canalla i les persones adultes.

Alguns dels grups recorren a la contractació d'una educadora professional, la qual s'encarrega de dinamitzar l'activitat quotidiana del grup. A més de comptar regularment amb aquesta figura, alguns **grups de criança compartida** generen un sistema rotatori de participació de les famílies que garanteix que amb la canalla i l'educadora sempre hi hagi present, com a mínim,

²² Les dades són del 2015. Els **grups de criança compartida** estan distribuïts en diferents districtes de la ciutat: Ciutat Vella (1); Eixample (1); Sants-Montjuïc (1); Gràcia (10), Sant Andreu (2); i Sant Martí (5).

una altra persona adulta. Les famílies a vegades també fan torns per preparar els àpats dels infants, de l'educadora i de la persona adulta que els acompanya. Aquest sistema permet, d'una banda, una baixa ràtio de menors per persona adulta per tal de garantir una cura de gran qualitat; de l'altra, que les famílies puguin disposar de temps durant la setmana per participar en altres esferes de la vida social. En aquest sentit es pot afirmar, tal com fa Keller (2015), que els **grups de criança compartida** contribueixen a una socialització de les tasques de cura, ja que constitueixen una resolució col·lectiva de les necessitats de cura presents en un nombre determinat de famílies, de manera que desplacen una part de la cura des de les llars cap a espais comunitaris creats en comú.

Altres tipologies de **grups de criança** no tenen com a objectiu establir un espai de cura diària alternativa a l'escola bressol, sinó generar un espai per a les famílies i la canalla durant una sèrie de franges horàries al llarg de la setmana. Aquesta tipologia de grups no posen tant d'èmfasi en la socialització de tasques de cura *per se*, com en la creació d'un espai físic i social que busca promoure una reducció de l'aïllament en el qual la cura és duta a terme en el marc de la llar mitjançant l'impuls de relacions interpersonals, l'organització d'activitats de lleure, l'intercanvi d'informació i la generació de dinàmiques de suport en un espai comunitari.

Un primer element de la reducció d'aïllament que proveeixen els **grups de criança** està relacionat amb el que l'Anna anomena «fer barri» i amb la generació de relacions quotidianes en l'entorn immediat que van més enllà del temps que es comparteix en l'espai concret i de les persones o grups que hi participen:

És un lloc, on tu hi vas. Ahir vaig passar-m'hi, abans d'anar a comprar, a saludar. Encara que sigui això, saludar una mama i uns nens, això és crear comunitat... És difícil tenir gent de confiança al teu barri.

[ENTREVISTA 4]

Clar! Hi estableixes molts lligams amb altres entitats del barri, fas comunitat també amb altres entitats.

[ENTREVISTA 4]

En l'espai s'organitzen activitats de lleure pensades per promoure la socialització de persones adultes, però també l'intercanvi entre aquestes i la canalla:

Fem diferents tallers, com ara pilates amb els fills, ioga per a embarassades, música. Jo aquest any hi aniré... amb la meva filla.

[ENTREVISTA 4]

Altres activitats estan pensades per promoure l'intercanvi d'informació sobre elements importants de la criança i l'educació dels nens i nenes, així com el suport mutu i la cura i l'autocura dels pares i, en especial, de les mares. Són les mateixes participants en el grup les que proposen les temàtiques dels tallers i la resta d'activitats en funció dels seus interessos i necessitats:

Hi ha tallers o xerrades sobre temes de criança, i es treballa molt amb el Mas Guinardó, que ens cedeix tallers i espais per fer-hi conferències, xerrades. És un casal de barri, és municipal. I està just davant!

Ho tenim de conya, està davant!

[ENTREVISTA 4]

I n'hi ha un altre. Ho ressaltó, perquè estaria bé que altres grups també ho potenciessin: és un grup de recolzament per a la maternitat. Aquí sí que hi vaig jo sola. Hi ve la meua tieta, són dues vegades al mes, dues tardes, una hora i mitja cada tarda, i és un espai per a les mares, amb una terapeuta bioenergètica i és molt, molt interessant. Molt cuidador [...] i és un espai que va molt bé, per cuidar, un espai per a tu, que t'ajuda a reflexionar, a treballar-te el tema de la maternitat, la teua relació amb la teua mare... treballes moltes coses...

[ENTREVISTA 4]

La forma de funcionar és a través de reunions i assemblees; s'avalua en els tallers que han funcionat l'any passat i si continuen, o de vegades hi ha propostes de noves mares, que diuen: «Què tal si fem un taller sobre el tema de...». Jo què sé!

[ENTREVISTA 4]

Finalment, tant els **grups de criança** com els **grups de criança compartida** també permeten experimentar amb noves concepcions i significats relacionats amb la cura que s'allunyen dels paradigmes educatius més tradicionals, reproduïts en el si de la família nuclear i en altres espais, o dels paradigmes més biomèdics i clínics, impulsats en àmbits institucionals:

Volíem crear un grup, un espai... El grup neix de la voluntat de crear tribu. Nosaltres tenim un lema que diu que es necessita una tribu per criar un infant. Inicialment ens reuníem un cop per setmana per compartir totes les coses que ens acompanyen entorn de la maternitat. Tot el que ens va passant com a mares i com a dones. A mi, per exemple, m'ha ajudat molt aquest grup, perquè coses que potser a fora o els metges et diuen que... Aquí és una altra... aquí coneixes molt més. I és un acompanyament molt més personalitzat. I de fet, jo, els consells que rebia i les experiències de la resta de mares és el més valuós que m'ha aportat per estar amb la meua filla.

[ENTREVISTA 10]

Tot i que els **grups de criança** i els **grups de criança compartida** presenten un clar potencial socialitzador en el seu vessant relacional i de càrrega de feina de cura, respectivament, en el transcurs de la recerca també s'han trobat certs elements que generen interrogants sobre la seva adequació a l'objectiu estratègic de democratització de la cura. Aquests elements tenen a veure, sobretot, amb la seva falta de qüestionament —i a vegades acceptació acrítica— de les desigualtats socials que caracteritzen la provisió de cura o el que aquí s'anomena la (mal)divisió social del treball en l'organització social de la cura; també estan relacionats amb les seves dificultats per proveir un suport generalitzat des de la singularitat.

En primer lloc, tot i constituir una aposta decidida per la socialització de la cura de la infantesa, tant la literatura existent (Keller, 2015; Montesi, 2015), com les entrevistes realitzades a membres dels grups i altra informació recollida d'altres grups de criança a la ciutat de Barcelona, indiquen que aquest model de cura no qüestiona clarament la divisió sexual del treball que exis-

teix en la criança (Keller, 2015). Si bé les participants tendeixen a utilitzar un discurs equitatiu pel que fa a la implicació d'homes i dones en el procés de criança, la realitat apunta que són les mares (i a vegades les àvies) de manera desproporcionada les que s'acaben implicant en el funcionament dels grups. En la majoria dels casos, es tracta de projectes liderats per dones/mares. Són també les dones/mares les que s'ocupen de la gestió quotidiana de l'espai i les que participen en els espais de deliberació i de presa de decisions. Això contrasta amb una implicació molt més limitada —per no dir una absència notable— dels homes.

Hi ha, per exemple, dos pares que fan molt per a la seva família; o sigui, realment és com una cosa conjunta. N'hi ha d'altres que veig que fan coses més puntuals o que hi destinen temps, però l'organització la porta la dona. La majoria de casos són així. L'organització mental i d'estar són més de la dona.

[ENTREVISTA 4]

És més de la mare. El grup de voluntàries de torns, són majoritàriament mares, i alguns pares fan altres tasques voluntàries.

[ENTREVISTA 4]

A les assemblees de voluntàries, jo només hi he vist dos homes; normalment, les mares són les que venen, i els pares es queden amb els fills, i algunes sí que els porten perquè el pare està treballant o per altres raons. Però la majoria que participa a l'assemblea són mares...

[ENTREVISTA 4]

La participació majoritàriament femenina en els **grups de criança compartida** a vegades és fruit del fet que les dones es troben en una situació de desocupació o d'ocupació parcial o flexible. En altres casos, les mares expliquen que són elles les que tenen més capacitat per flexibilitzar o reduir les seves hores de dedicació laboral i, per tant, per implicar-se d'una manera intensiva en la criança i en el grup (Keller, 2015; Ezquerro, 2016). Això significa que únicament les famílies que es poden permetre econòmicament que un dels seus membres adults (probablement la dona) redueixi o flexibilitzi la seva implicació laboral poden decidir participar en un grup que requereixi una presència intensiva i en un model de criança d'aquestes característiques. D'altra banda, cal no perdre de vista els impactes negatius que una flexibilització o reducció de la jornada laboral, així com una interrupció de la trajectòria laboral de les dones, generen en el salari directe, indirecte i diferit de les dones. Això contribueix a reproduir vells patrons de masculinitat i feminitat i, mitjançant la penalització de la participació de les dones/mares en el mercat laboral, contribueix inevitablement a aprofundir els processos actualment existents, com ara la feminització de la pobresa i la precarietat en diferents moments del cicle vital.

Aquesta situació, tanmateix, no és inevitable, i a vegades els **grups de criança compartida** poden evolucionar en el seu format i en els seus objectius. A mesura que els infants creixen, guanyen en autonomia i, és en aquest moment en què, segons el relat de la Mercè, les dones busquen compatibilitzar la maternitat amb altres àmbits de la seva vida que també volen impulsar, mitjançant la creació, en el mateix espai físic del grup, d'un projecte de *co-working*:

Apareix la dona i diu: «Escolta, però jo també vull treballar i vull començar a fer coses. I com podem compaginar aquestes dues coses: la faceta de mare i la de dona?» I sorgeix aquest projecte, en el qual anem definint les bases de com volem educar els nostres fills i alhora com podem entre nosaltres anar rotant i estar molt integrades en la cura, però disposar de temps els matins, de nou a tres, en el mateix espai que tenim, per poder començar a desenvolupar els nostres projectes personals i laborals.

[ENTREVISTA 10]

La divisió sexual del treball no és l'únic element problemàtic dels **grups de criança compartida** en clau de democratització de la cura. Una altra de les limitacions que ha d'afrontar és la dificultat per proveir un accés universal a la cura. Aquesta incapacitat respon a diferents factors. En primer lloc, per definició, els **grups de criança compartida** són necessàriament petits, atès que busquen promoure un model de criança personalitzat i proper i, per tant, només poden existir a petita escala. En segon lloc, el seu caràcter autogestionat fa que les quotes que les persones o famílies participants paguen puguin ser considerablement més cares que les de les escoles bressol municipals (EBM) i, fins i tot, que les de la majoria de llars d'infants privades. Les tarifes són força dispars: en el cas dels **grups de criança**, poden oscil·lar entre els 1.430 i els 1.870 euros anuals; en el cas de les iniciatives associades a escoles lliures, se situen entre els 3.630 i els 5.720 euros anuals. I, finalment, el cost de la llar d'infants privada amb criança compartida representa 5.060 euros anuals (Puig i Segura, 2015:72).

A banda de presentar una quota més elevada que la del sistema reglat públic, avui dia aquestes experiències no es poden beneficiar de les bonificacions per escolaritat i alimentació que ofereix l'Ajuntament de Barcelona en el cas de les **escoles bressol municipals**; es tracta d'uns ajuts econòmics destinats a reduir la quota que paguen les famílies amb dificultats econòmiques i socials i que tenen en compte diferents factors, com ara la renda familiar, la

L'opció pels grups de criança compartida respon fonamentalment a criteris (com la línia pedagògica o la filosofia del centre) o de qualitat del servei.

tipologia de família (família d'acollida, nombrosa o monoparental), l'existència de membres amb discapacitats psíquiques o físiques a la unitat de convivència, així com el fet de rebre assistència i un seguiment per part dels Serveis Socials. A Barcelona, aquestes bonificacions es concedeixen, de

mitjana, en el 90 % de les sol·licituds, i en districtes com ara Ciutat Vella poden arribar fins al 95,33 % dels casos. Es constata, en aquest sentit, que l'opció pels **grups de criança compartida** respon fonamentalment a criteris ideològics (com la línia pedagògica o la filosofia del centre) o de qualitat del servei (com ara el volum dels grups, les ràtios persona educadora-infant o la rigidesa del procés d'adaptació de l'infant) (Puig i Segura, 2015).

Cal destacar, a més a més, que el perfil de les famílies participants en els projectes de criança alternatius és força uniforme: tots els tutors i tutores tenen un nivell d'estudis superior, hi ha predomini d'ocupacions en el sector terciari, no compten amb la presència de persones ni famílies d'origen migrant, les tipologies de famílies participants no inclouen la monoparentalitat i es constata el predomini d'un únic fill o filla per unitat familiar. En aquest sentit, Keller

(2015) adverteix del perill que experiències com les dels **grups de criança i els grups de criança compartida** quedin limitades a famílies o persones d'un cert perfil socioeconòmic, familiar o d'un altre tipus, i que excloguin una part majoritària de la població. Tal com reflexionen Laval i Dardot (2015), existeix la paradoxa que algunes coses són «comunes» atesa la universalitat del seu destí, però reservades, en la pràctica, a una categoria molt reduïda de persones «usuàries».

Finalment, les quotes que paguen les famílies participants en els **grups de criança i grups de criança compartida** tenen com a propòsit principal garantir el funcionament quotidià dels grups i sufragar les despeses que generen: el salari de la persona contractada, els materials i en ocasions el lloguer d'un local. Aquestes quotes representen un repte important per al potencial democratitzador de la cura per part dels **grups de criança compartida**: d'una banda, no poden ser tan altes que faci que les famílies participants no se les puguin permetre; de l'altra, han de ser prou altes perquè permetin sufragar les despeses necessàries. El dilema sembla que només es pot resoldre a mitges, perquè, tot i que hem vist que les quotes són considerables, sovint no és possible realitzar una contractació oferint condicions laborals dignes i satisfactòries.

La precarietat laboral de les persones contractades pels **grups de criança** no és resultat, necessàriament, d'una absència de voluntat per part de les famílies participants de proporcionar condicions laborals dignes, sinó, en realitat, del caràcter autogestionat dels grups. En aquest sentit, les participants en **grups de criança** entrevistades destaquen la dificultat experimentada per garantir, des de l'autogestió, no només condicions laborals dignes, sinó també la sostenibilitat del projecte en el temps: una vegada que els infants han crescut, les mares tendeixen a reincorporar-se al mercat laboral i el projecte acostuma a perdre massa crítica. La manca de recursos econòmics, tècnics i en forma d'espai i de temps és un altre factor que dificulta la consolidació del projecte i el situa en una posició de fragilitat i precarietat organitzativa, professional i econòmica.

b. Grups de suport a persones cuidadores

Si bé els **grups de criança compartida**, tal com s'ha exposat prèviament, poden generar un grau important de socialització de tasques de cura, destaquen principalment pels avantatges relacionals que generen. Aquests avantatges són compartits pels **grups de suport a persones cuidadores**. Abordar la seva experiència de cura en el seu entorn comunitari permet que les participants en aquests grups deixin de gestionar la seva situació d'una manera individual i aïllada. Si bé els **grups de suport a persones cuidadores** tenen un caràcter eminentment comunitari, sovint són impulsats per les mateixes persones participants, amb el suport de professionals de l'acció social o de la salut de l'administració pública i d'associacions. La manera com un dels grups de suport ho presenta en la seva pàgina web resumeix a la perfecció l'esperit i la utilitat d'aquestes experiències:

Som uns grups de persones amb una tasca comuna: tenir cura d'un familiar malalt o gran: pare, mare, marit, muller, germà, germana, fill, filla de qui en som els únics responsables; una tasca feixuga de por-

tar... Ens anem trobant per compartir angoixes, dubtes i alegries i, gràcies al suport moral i psicològic, a les orientacions pràctiques i als bons consells que ens van oferint amb altruisme uns molt bons professionals, ens hem convertit en La Colla Cuidadora: un grup d'amics que compartim vivències, penes, satisfaccions i emocions, que ens donem suport en tot allò que bonament podem i que, a les trobades, recuperem ànims per anar fent.²³

Així, aquests grups no busquen promoure la socialització ni la redistribució de tasques específiques de cura, sinó acompanyar les persones cuidadores, promoure'n l'autocura, acompanyar el seu apoderament personal i relacional i mitigar l'aïllament social que pateixen.

La promoció de l'autocura és fonamental si tenim en compte que moltes de les persones cuidadores fa molt de temps que han deixat de banda les seves necessitats i el seu benestar per prioritzar les necessitats del familiar receptor de cura:

El primer dia va ser la presentació de tots. Ens van fer explicar a cadascú el cas que tenia. I el segon dia vam estar parlant, *bueno*, això de cuidar-se, què és important. I llavors ens va fer una estona de relaxació: va dir que això era molt important fer-ho cada dia, perquè anava molt bé...

[ENTREVISTA 7]

La creació d'espais busca que els participants hi puguin intercanviar coneixements, experiències i estats d'ànim, els quals sovint es tradueixen en recomanacions pràctiques i permeten deixar de viure la situació de cura d'una manera individual i aïllada. La participació en els grups facilita una presa de consciència individual i col·lectiva, així com la construcció d'una identitat comuna del cuidador i la cuidadora que va més enllà de les necessitats i demandes del familiar que requereix atenció, i incorpora les necessitats individuals dels cuidadors i cuidadores:

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

[ENTREVISTA 6]

I llavors, tot això m'ho anava tragant, m'ho anava tragant, no parlava, no daixò, i llavors, quan anava al metge de capçalera, ell em deia: «Com està?», i jo em posava a plorar. I clar, coses d'aquestes, i llavors el meu metge de capçalera em va dir: «Espera't que t'acompanyaré a la Susanna, que hi ha unes reunions que van molt bé, que són per a cuidadors i tal», i diu: «A veure si et poden apuntar». Llavors vaig anar a l'assistenta social del CAP i em va dir: «Sí, en comencen ara. Ja t'hi apuntarem!». I llavors vam anar i cada quinze dies anàvem a aquestes reunions i clar, allà jo m'esplaiava, jo em sentia com compresa, perquè

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

tots tenim els mateixos problemes; o sigui, tots els problemes de qui és cuidador de persones que són així, completament dependents, o que tenen aquest tipus de problemes, Alzheimer o el que sigui, demències d'aquestes. A tothom ens passa el mateix.

[ENTREVISTA 5]

Els **grups de suport de persones cuidadores** també busquen impulsar i establir una certa xarxa de suport per a les persones que cuiden, i tenen una forta dimensió socialitzadora que contribueix a abordar l'aïllament social i l'exclusió relacional que pateixen moltes cuidadores familiars principals de persones grans:

El grup té una vocació terapèutica; s'espera que generi un canvi que repercuteixi positivament en la salut de les persones participants [...]. Preservar el sentit comunitari del projecte és una prioritat del grup. [Existeix una] actitud molt orientada a acollir altra gent i a cuidar-se dels altres [...]. Les cuidadores empatitzen i identifiquen els processos que viuen les altres cuidadores, i les trobades serveixen per intercanviar coneixements i experiències. Els grups tenen una durada d'un any i una periodicitat quinzenal. A banda de participar i d'assistir a les reunions, organitzen sortides, festes per Nadal, excursions per treballar la socialització i la relació en el col·lectiu.

[ENTREVISTA 20]

Finalment, des de la **Xarxa de Suport a Famílies amb Membres a Càrrec**, conjuntament amb el **Laboratori del Temps** i altres projectes municipals, es treballa per facilitar el descans de les persones cuidadores i afavorir l'exercici dels seus drets, tot promovent l'accés a la informació i als recursos econòmics i humans disponibles en l'àmbit públic i comunitari. Segurament, aquest és un dels aspectes de l'economia de les cures on més recorregut queda per fer. Dit això, les experiències d'aquests grups també es tradueixen en aportacions significatives per introduir la perspectiva comunitària i de treball de processos com a forma de col·laboració entre tots els actors proveïdors de cura implicats: Serveis Socials, serveis de salut i famílies cuidadores. El resultat d'aquest treball està recollit en el dossier *Vostè com està?*, una guia que va adreçada als professionals que treballen amb persones que cuiden i que, entre altres aspectes, defineix les diferents fases per les quals passa la persona cuidadora.

A més a més, amb l'objectiu d'establir un vincle col·laboratiu entre els diferents actors presents en la cura, la **Xarxa de Suport a Famílies amb Membres a Càrrec** anima els membres integrants a participar en el programa «Cuidador Expert», que ofereix formació a persones cuidadores no professionals i pretén facilitar l'intercanvi de coneixements i d'experiències entre persones que viuen de primera mà el fet de cuidar, i que, en definitiva, promou l'apoderament relacional:

A mí me llamó una enfermera del ambulatorio de donde es mi madre y me dijo que a partir de enero iban a hacer unas reuniones con una persona que sería el Cuidador Expert. Entonces, personas, pues, eh, que tuvieran familiares... O sea, como unas reuniones que durarían tres meses [...]. Entonces, a partir de enero, pues claro, yo de Cuidador Expert [...], que según la chica decía que esto lo habían hecho en

el barrio del Clot y que había dado mucho resultado y tal, y bueno, me parece muy bien que lo hagan esto, porque es una manera de... Yo me acuerdo que cuando hablabas con alguna, yo en mi caso era con gente del centro, algún familiar, te descarga mucho, porque decías: «Bueno, estamos en la misma asociación o yo estoy mejor que esa persona», y entonces el hecho de hablar todos, yo creo que a mucha gente le puede ayudar. Bueno, hay gente a la que le supera la enfermedad y no hay ayuda que valga, pero bueno, entonces... Pero a mucha gente le puede ayudar ver que estamos muchos y ayudarnos de alguna manera en experiencias prácticas a estar [...]. Pienso que compartir nuestras experiencias puede ser de gran ayuda, porque aunque no soluciona los problemas, puede paliar algunos de los efectos negativos que implica ser la cuidadora principal.

[ENTREVISTA 6]

A banda de participar en el programa «Cuidador Expert», la **Xarxa de Suport a Famílies amb Membres a Càrrec** també col·labora en l'elaboració de la guia metodològica i els materials formatius, juntament amb el personal sanitari expert en les diferents disciplines implicades.

Tot i la seva enorme importància com a espais on es comparteixen experiències i es dona suport a les persones cuidadores informals, i que permeten abordar «el fet de tenir cura» d'una manera més flexible, diversa i coral que altres àmbits, els **grups de suport a persones cuidadores** no es troben exempts de reptes. El primer és, de manera similar als **grups de criança**, que les persones participants són de manera desproporcionada dones. Això no fa més que reflectir la realitat de l'especialització femenina en la cura a les llars, la qual, tot i que per motius d'edat no té l'impacte en clau laboral que poden patir les dones participants en els **grups de criança**, promou la seva sobrecàrrega (amb impactes en la seva salut física i emocional), l'empobriement econòmic i la pobresa de temps. També deixa intacte l'imaginari social en torn de la cura, en el qual les dones en són les responsables.

Un segon repte que han d'afrontar els **grups de suport a persones cuidadores** és que, atesa l'alta variabilitat de situacions de cura i de perfils de persones cuidadores, han de ser capaços de donar resposta a la singularitat de necessitats de les persones participants sense perdre de vista la seva raó de ser general. Tot i que caldria recollir informació addicional per comprovar la diversitat cultural, socioeconòmica, educativa, etc. de les persones que participen en els grups, s'han detectat algunes situacions específiques del nivell d'intensitat de cura requerida a casa, el qual pot impedir disposar de temps per participar-hi amb regularitat.

Home, la dificultat més grossa és que, per exemple ara, els dilluns, dilluns que ve, dilluns passat vam tenir grup motor, que és el grup que organitza les reunions, i jo no hi vaig poder anar, perquè entre que ve la noia de la dependència i que no tinc aquesta noia, no puc deixar la meva mare i això també, aquestes dificultats les tinc.

[ENTREVISTA 5]

Un altre repte pot raure en la capacitat d'ajustar les activitats als diagnòstics i necessitats concrets de les persones que hi participen, sovint relacionats amb el tipus de condició patida pel familiar receptor de cura:

El meu fill, [...] tota la vida ha tingut fisio. I al col·legi tenia un logopeda. Però és que ell no..., ni amb signes ni amb històries. Ell no està per històries [...]. Si el cuidador, l'altre dia ho parlava amb la psicòloga [...] i vaig dir: «A lo que vaig anar dimarts, la musicoteràpia, no m'ha fet gràcia». Perquè si anem a aquests llocs és perquè ens ajudin, no que ens ajudin, però que ens diguin com ens hem de cuidar nosaltres. Si resulta que per fer musicoteràpia amb el meu fill, que no en farà, perquè el noi que va venir ens feia cantar, però afegir algú [...]. Jo, això, no li puc ensenyar al meu fill. Perquè ell no [...]. Si diu que anem a un lloc perquè ens ensenyin a cuidar-nos a nosaltres i ens donen més feina, i he d'ensenyar-li la musicoteràpia i fer que faci no sé què, m'estan *agobiant* més.

[ENTREVISTA 7]

Finalment, els recursos humans i materials públics destinats als grups de suport a persones cuidadores es consideren insuficients per reproduir i estendre les experiències a altres àmbits de la ciutat preservant-ne la dimensió comunitària i de proximitat.²⁴ Ara mateix, aquests grups de suport existeixen a petita escala i no constitueixen experiències que puguin donar resposta a la demanda creixent de suport a persones cuidadores que atenen els membres de la seva família en un context d'envelliment demogràfic accelerat.

c. Resum del potencial democratitzador de la cura en l'àmbit comunitari

Com a conclusió de l'anàlisi i discussió d'experiències de socialització de la cura en l'àmbit comunitari s'ofereix un breu resum de l'adequació de les experiències analitzades a les diferents dimensions preses en consideració. Tal com es mostra en la taula 16, les dimensions en què les experiències comunitàries analitzades mostren clares fortaleeses són les d'abordatge de la dimensió emocional de la cura, l'abordatge de la dimensió relacional de la cura o d'aïllament social, l'apoderament personal i l'apoderament relacional. En canvi, mostren limitacions a l'hora de proporcionar un accés generalitzat als seus serveis i activitats i a l'hora d'incloure diversitat i singularitat de perfils i de situacions de cura. La seva redistribució de la càrrega de cura des del marc de la família a l'àmbit comunitari també és feble. Es dona en el cas dels **grups de criança compartida**, però no en els casos dels **grups de criança** ni dels **grups de suport a persones cuidadores**.

²⁴ Informació extreta de l'entrevista 20, realitzada a una persona professional.

Taula 16. Resum del potencial democratitzador de la cura de l'àmbit comunitari

	Redistribució de càrrega de treball des de la família cap a l'àmbit comunitari	Abordatge de la dimensió emocional de la cura	Abordatge de la dimensió relacional de la cura i de l'aïllament social	Abordatge de la divisió sexual del treball	Capacitat de proporcionar un accés generalitzat	Capacitat d'incloure diversitat i singularitat de perfils i situacions	Apoderament personal	Apoderament relacional
Grups de criança	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Grups de criança compartida	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Grups de suport a persones cuidadores	No	Sí	Sí	No	No	N/A	Sí	Sí

Font: Elaboració pròpia.

2.3.2.2. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari

La taula 17 presenta, a partir de les dades recollides, tant mitjançant la realització d'entrevistes, com de l'anàlisi de documentació, de literatura i d'altres fonts d'informació, una relació de propostes d'actuacions que hem elaborat per promoure la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari resultants.

Taula 17. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers l'àmbit comunitari

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Socialització	Àmbit comunitari	Avaluar les implicacions del reconeixement institucional i la regulació dels grups de criança compartida i d'altres espais de suport mutu en la criança i la cura de la canalla, amb l'objectiu de promoure'n una consolidació alineada amb els eixos de democratització de la cura, emfasitzant, en especial, una participació equitativa d'homes i dones, així com la inclusió de col·lectius i maneres de concebre la cura culturalment i socioeconòmicament diverses. Acompanyar la creació d'espais comunitaris autogestionats i territorialitzats de trobada, d'intercanvi, de suport mutu, de formació i d'autocura per a persones cuidadores familiars de persones adultes i grans malaltes i/o en situació d'autonomia funcional restringida. Facilitar l'accés dels projectes comunitaris en l'àmbit de la cura a espais físics i recursos municipals de gestió comunitària, amb l'objectiu de promoure'n una accessibilitat, creixement i consolidació alineats amb els diferents eixos de democratització de la cura. Dur a terme una campanya de comunicació i de visibilització dels valors de les experiències comunitàries existents en l'àmbit de la cura per facilitar-ne el coneixement, l'accessibilitat i l'elegibilitat per part de les persones usuàries. Elaborar un estudi de models sostenibles per a projectes público-comunitaris en l'àmbit de les cures. Promoure les xarxes comunitàries que abordin la solitud no volguda i l'aïllament relacional de les persones grans o en situació d'autonomia funcional restringida. Ampliar els grups d'intercanvi i de suport mutu per a persones i famílies cuidadores d'infants o de persones en situació de dependència funcional a càrrec. Organitzar tallers específics i espais de trobada que promoguin la xarxa relacional i comunitària de suport per a persones cuidadores d'òrgans i identitats culturals diversos. Donar suport a activitats de socialització i de lleure per a persones en situació d'autonomia funcional restringida, amb l'objectiu de promoure el seu autogovern i la participació social i comunitària.

Font: Elaboració pròpia.

2.3.3. Socialització de la cura vers les administracions públiques

Les administracions públiques, a diferència de les experiències comunitàries analitzades prèviament, estan en millors condicions de proveir serveis que ofereixin un accés universal o, si més no, més generalitzat, i que beneficiïn un volum de persones considerablement més elevat. No obstant això, abans d'analitzar les experiències d'aquest àmbit, cal recordar que, ara com ara, no és possible parlar de serveis de cura —o de suport a la cura— exclusiva-

ment públics, atès que la major part d'aquests serveis s'han externalitzat a empreses del sector mercantil o a entitats pertanyents a l'àmbit de l'economia social i solidària. Això genera una sèrie de complexitats en la socialització de la cura i en altres aspectes de l'estratègia de democratització de la cura, algunes de les quals s'analitzen en aquest apartat i en apartats posteriors.

Aquest apartat es divideix en dues seccions: una primera d'anàlisi i discussió, i una segona en la qual s'ofereix, a partir de l'anàlisi realitzada, un seguit de propostes d'actuació per promoure la socialització de la cura vers les administracions públiques des d'una perspectiva de democratització de la cura.

2.3.3.1. Anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers les administracions públiques

La major part de la informació recollida en el transcurs de la recerca sobre la socialització de la cura vers les administracions públiques correspon a serveis i experiències de cura de menors, d'una banda, i de cura de gent gran i/o en situació de autonomia funcional restringida, de l'altra. En conseqüència, aquest apartat consta de dos subapartats: la cura de la canalla i la cura de la gent gran.

a. La cura de la canalla

A continuació es presenta l'anàlisi, des de la perspectiva de la socialització de la cura, de tres serveis públics dedicats a la cura de menors: **a) les escoles bressol municipals; b) els espais familiars; i c) les ludoteques.**

El servei públic que sens dubte comporta una major socialització de la cura de la canalla com a servei reglat d'educació i/o d'acollida d'infants de 0 a 3 anys són les **escoles bressol municipals**. Durant el curs escolar 2015-2016, a Barcelona hi havia 97²⁵ **escoles bressol municipals** públiques, a més de 5 llars d'infants públiques de la Generalitat de Catalunya.²⁶ Aquell curs, l'oferta total de places públiques d'**escoles bressol municipals** va ser de 8.101.²⁷ Això significa una cobertura del 41,66 % de la demanda existent a la ciutat de Barcelona (Puig i Segura, 2015).

De la realització de les entrevistes s'extreuen tot un seguit de valoracions positives per part de les persones usuàries. En primer lloc, la incorporació de l'infant a l'**escola bressol** és un moment fonamental per als pares, sobretot per a les mares, perquè significa que podran recuperar gradualment certa autonomia i temps propi. En aquest sentit, les **escoles bressol** es perceben

²⁵ La distribució per districtes de les 97 escoles bressol municipals era la següent: 7 a Ciutat Vella; 8 a l'Eixample; 11 a Sants-Montjuïc; 4 a les Corts; 6 a Sarrià-Sant Gervasi; 8 a Gràcia; 14 a Horta-Guinardó; 13 a Nou Barris; 9 a Sant Andreu; i 17 a Sant Martí (Puig i Segura, 2015).

²⁶ La distribució per districtes de les 5 llars d'infants públiques de la Generalitat de Catalunya era la següent: 1 a Sants-Montjuïc; 1 a Nou Barris; 1 a Sant Andreu; 2 a Sant Martí (Puig i Segura, 2015).

²⁷ La distribució per districtes de les 8.101 places públiques d'escoles bressol municipals era la següent: 473 a Ciutat Vella; 696 a l'Eixample; 850 a Sants-Montjuïc; 317 a les Corts; 499 a Sarrià-Sant Gervasi; 676 a Gràcia; 1.125 a Horta-Guinardó; 1.017 a Nou Barris; 847 a Sant Andreu; 1.591 a Sant Martí (Puig i Segura, 2015).

com un servei fonamental per a la corresponsabilització social de la cura dels infants més petits i per facilitar la conciliació entre diferents àmbits de la vida de les mares:

Tindr , ara no, eh! Ara, ara, quan comences, és zero; quan comenci la rutina a l'escola bressol. Ara la vaig a recollir a les tres. La podrà recollir una hora i mitja més tard. Amb aquesta hora i mitja,
uuuuuaaaaaallllla.

Faràs meravelles! *[riem]*

Tindr  molt més marge, et dona molta... I aleshores, per això et deia que jo m'he adonat que necessito molt aquest respir. Jo, aquest estiu, les vacances, han estat amb ella. I no he tingut... Jo ara, o sigui, jo no he descansat, per aix  tinc ganes ara que vingui l'octubre, per poder descansar [riu], per tenir un respir! Perquè hi ha l'escola bressol fins a les quatre i mitja [riu].

[ENTREVISTA 4]

Jo penso que, en general, és com obrir [...]. La família està molt bé, i menys mal. Hi ha moments en què la necessites més. Te n'adones. Es mutu, això de les cures [...]. Però, home, hi ha altres coses a compartir amb altra gent, amb altres, sí... Trobo que és molt més ric, molt més ric, sí. I per a la meua filla, també.

[ENTREVISTA 4]

La valoració positiva de les **escoles bressol** també té relació amb una apreciació de la qualitat de la cura i de l'educació ofertes, així com amb la flexibilitat creixent dels centres pel que fa a diverses qüestions, com ara l'adaptació, en especial en el cas de les noves matrícules:

Jo, per exemple, els primers mesos, jo anava... Perquè la vaig començar a portar abans d'anar a treballar, i vaig fer una adaptació d'una hora. Després, de dues hores. I després, quan vaig començar a treballar, i així... clar! Va ser una adaptació més, i això t'ho permeten. Sí, sí. Sobretot quan són molt petits. Però jo crec que... Amb això jo penso que sí, que suposo que segons quina escola... Depèn molt de la Direcció, i dels mestres... però en general, jo crec que bé.

[ENTREVISTA 4]

Estic contenta, quan la deixo estic tranquil·la, i ella hi va molt contenta; també li agrada molt jugar i tal, i jo la hi deixo. Té moments, al principi, aquests dies, eh, amb mi, i després a poc a poc, anem a posar les coses, estic una estona i tal, i després ja està. Està tranquil·la.

[ENTREVISTA 4]

A diferència del que s'ha exposat en el cas dels **grups de criança**, les **escoles bressol** ofereixen, a més a més, una major diversitat, tant pel que fa al perfil de les persones i famílies usuàries, com pel que fa al seu origen i tipologia:

A l'escola bressol veig més diversitat que en el grup de criança. D'origen, sí que en veig; d'origen sí, una mica més, sobretot d'origen, i de família monoparental. Hi ha aquesta dona, aquesta mare, en un

altre grup més gran, i a la meua classe, ara, a veure els nous, no sé si hi ha alguna [...]. Jo trobo que és millor que la meua filla estigui amb nens de tot tipus de família, jo ho trobo més interessant també. Lo altre, al teu barri, a més a més. Però a mi tampoc... Potser és més d'ideologia. Jo vull que la meua filla es pugui nodrir de diferents realitats, no només d'una realitat. I aleshores, penso que l'escola bressol això ho recull bastant.

[ENTREVISTA 4]

De la realització de les entrevistes i de l'anàlisi de documentació existent també emergeixen aspectes de les **escoles bressol** que es consideren milloables. En primer lloc destaquen els preus elevats. Segons l'estudi de Puig i Segura (2015) sobre el procés educatiu de 0 a 3 anys, a Barcelona, durant el curs 2015-2016, el preu del servei d'una **escola bressol municipal** de gestió directa era de 1.749 euros anuals en concepte d'escolaritat, i de 1.144 euros anuals en concepte d'alimentació (dinar i berenar), repartits en 10 quotes anuals, a més de 115 euros si l'infant feia ús del servei d'esmorzar. En el cas de les **escoles bressol municipals** de gestió indirecta, el preu era de 1.959 euros anuals en concepte d'escolaritat, i de 1.281 euros anuals en concepte d'alimentació, a més de 129 euros anuals si l'infant feia ús del servei d'esmorzar.²⁸ Finalment, el preu públic dels serveis escolars prestats a les llars d'infants de titularitat de la Generalitat de Catalunya era de 118 euros al mes. Aquest preu no incloïa el cost dels serveis de menjador. En resum, el preu de les escoles bressol municipals oscil·la entre els 220 i els 320 euros al mes, en horari complet, del setembre al juny. Les famílies poden accedir a bonificacions del 80 %, del 50 % o del 30 % del preu. Segons les dades corresponents al curs escolar de 2013-2014, de les 2.901 sol·licituds de bonificacions sol·licitades per a aquell curs, 2.612 (el 90 % del total) es van resoldre favorablement. La família de l'Anna, tot i ser monomarental, es troba entre les que no han pogut beneficiar-se'n. Això significa que la seva despesa mensual és considerable:

Home! L'escola bressol són 300, i jo... perquè ja ho tinc organitzat. Aquesta despesa són 300 i *algo*. És que ara, per exemple, el mes que no es queda a dinar és menys. Però quan es queda a dinar i tal, és 310 o una cosa així...

[ENTREVISTA 4]

Una altra mancança o limitació identificada per l'Anna té a veure amb els calendaris dels serveis oferts per les **escoles bressol**. Segons l'anàlisi realitzada per Puig i Segura (2015), l'activitat de les **escoles bressol municipals** de gestió directa va des de mitjans del setembre fins a mitjans del juliol. Les vacances de Nadal i de Setmana Santa coincideixen amb les vacances escolars, i cada centre estableix tres dies festius no consecutius de lliure disposició. Aquesta organització temporal del servei no s'ajusta al calendari laboral de la majoria de pares i mares. En el cas de l'Anna i la seva filla, a més, el fet de constituir una família monomarental dificulta encara més la compatibilització entre ambdós calendaris:

Jo tinc vacances un mes a l'estiu. És veritat que hi ha dues setmanes al juliol que no està cobert, i dues setmanes al setembre que no està

²⁸ Es preveu que això canviï, en part, amb la tarificació social que entrarà en vigor a la ciutat el curs 2017-2018.

cobert. I aleshores necessites el suport familiar o buscar-te un cangur... Aquí rau la dificultat. El calendari sí que és una dificultat. No és el mateix calendari el laboral que el de cura...

[ENTREVISTA 4]

Un altre aspecte negatiu que l'Anna relaciona amb el fet d'encapçalar una família monomarental té a veure amb les dificultats que sorgeixen per implicar-se en el funcionament del centre mitjançant l'AMPA, perquè, a diferència de les famílies on hi ha dues persones adultes, els horaris l'obliguen a quedar-se a casa amb la seva filla o a contractar un cangur:

Quina valoració fas de l'escola bressol? N'estàs contenta?

En general, bé. Sí, n'estic contenta. Hi ha una cosa, per exemple, les AMPA; o sigui, jo no hi puc participar gaire. Amb els pares i les mares parlo, però les reunions les fan a les vuit del vespre, clar. Quan els pares o les mares es queden amb el fill, i clar, tu hi vas; un es queda dormint i sopant, i les mares o els pares hi poden participar. Jo no puc. Podria portar la meva filla, que no, que l'horari ja és quan... a l'hivern, a dos quarts de nou o a les nou, ja a dormir. Aleshores, no la puc deixar, i no pagaré un cangur per... Saps què vull dir, no? I aleshores, clar, la participació és quan tu pots portar la teva filla, quan ets família monomarental. Sinó, és molt difícil.

[ENTREVISTA 4]

Finalment, una darrera crítica plantejada per l'Anna respecte a les **escoles bressol** són les altes ràtios existents entre els infants i la professional educadora («Grups amb 13 o *vint-i-pico* nens»)²⁹. En especial, des que el Govern municipal convergent de Xavier Trias va ampliar les ràtios l'any 2012 fins al màxim permès, les ràtios públiques se situen en 8 criatures d'entre 4 mesos i 1 any per professional, 13 en el cas dels grups d'1 a 2 anys, i 20 en la franja de 2 a 3 anys.

Els **espais familiars** constitueixen una oferta educativa de l'Institut d'Educació de Barcelona, amb quotes en principi assequibles, destinada a la petita infància. Actualment, a la ciutat de Barcelona n'hi ha 8.³⁰ El servei no té com a objectiu reduir la càrrega de cura de les famílies i, per tant, no contribueix directament a la redistribució de la cura, sinó que busca incidir en la qualitat de vida dels infants menors de 3 anys i alhora oferir suport a les famílies com a primeres educadores dels seus fills i filles. S'hi organitzen sessions amb activitats educatives i de joc conjuntes entre infants i persones adultes, a més de tallers i tertúlies durant els quals les famílies es reuneixen amb el personal educatiu i comparteixen la seva experiència en la criança i educació dels seus fills i filles:

Son muy respetuosos, verás. [...] Te escuchan, nos escuchamos, decimos lo que hacemos, y ese intercambio de experiencias pues es bien

²⁹ Informació extreta de l'entrevista 4, realitzada a una dona que encapçala una família monomarental.

³⁰ Del conjunt d'espais familiars municipals que hi ha actualment, 4 depenen de l'Institut d'Educació de Barcelona. Es tracta de l'Espai Familiar Cadi-Raval (Ciutat Vella); l'Espai Familiar Casa dels Colors (Sants-Montjuïc); l'Espai Familiar Bon Pastor (Sant Andreu); i l'Espai Familiar El Torrent (Nou Barris). Els altres 4 espais familiars municipals són: l'Espai Familiar i Centre Obert Sant Martí (Sant Martí); l'Espai Familiar i Centre Obert Les Corts-Sants (les Corts); l'Espai Familiar El Petit Drac (Sarrià-Sant Gervasi); l'Espai Familiar La Vela (Casal del Barri Besòs) (Sant Martí).

enriquecedor, aparte de que hay un montón de libros que te pueden ayudar.

[ENTREVISTA 11]

Més enllà de la trobada de caràcter lúdic i educatiu, que inclou els infants, i de l'intercanvi de coneixements i d'experiències entre les persones adultes, els **espais familiars** esdevenen, per a algunes persones que en són usuàries, un lloc de trobada amb altres famílies, així com una font de suport emocional i de generació de xarxa relacional:

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

[ENTREVISTA 11]

Aquest element és valorat particularment per les mares, com ara la Rosa, que han viscut les primeres etapes de la criança amb sensació de desbordament i/o d'aïllament:

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

[ENTREVISTA 11]

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

[ENTREVISTA 11]

Un altre element que és una font de valoració positiva de l'**espai familiar** per part de la Rosa és que, tal com està concebut i organitzat, és respectuós amb models de criança alternatius a l'opció per una **escola bressol** en l'etapa de 0 a 3 anys. Ella i la seva parella van optar per un model en què els fills es quedaven a casa amb ella fins que arribés el moment de l'escolarització obligatòria. Si bé va viure la criança del seu primer fill en total aïllament a la llar, quan va néixer el segon fill va accedir a l'**espai familiar**, el qual li va permetre, no només trencar amb l'aïllament que sentia, tal com s'ha explicat, sinó que, a més a més, la va fer sentir validada en el seu model de

criança i li va facilitar la trobada amb altres famílies que havien optat pel mateix:

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

[ENTREVISTA 11]

Les **ludoteques** són espais de trobada d'infants i les seves famílies per tal de fomentar la relació i el desenvolupament a través del joc. L'objectiu principal de la **ludoteca** és doble: d'una banda, es vol educar els infants en totes les seves dimensions a partir del joc i la joguina, d'una manera saludable, activa i participativa; de l'altra, la **ludoteca** es concep com un espai de qualitat des del qual construir i reforçar el vincle entre el referent familiar (pare, mare, avi, àvia) i l'infant. D'una manera semblant a l'**espai familiar**, la **ludoteca** no promou la redistribució de tasques de cura, sinó que és més aviat un espai de socialització. El servei sol oferir-se com un servei complementari en horari de tarda i hi ha ludoteques públiques i privades. A les públiques, hi ha la supervisió de l'autoritat educativa.

Des d'una perspectiva de democratització de la cura, les limitacions principals dels **espais familiars** i de les **ludoteques** tenen a veure amb el fet que el seu impacte en la divisió sexual del treball a les llars i en els mateixos serveis en el context de la criança és molt feble, i amb les dificultats que comporten per respondre a la demanda existent i per proporcionar un servei públic des de la perspectiva de la diversitat i singularitat d'experiències personals, familiars i de cura existents a la ciutat.

Així, de les entrevistes amb professionals d'ambdós serveis, així com de l'anàlisi de documentació de l'organització i funcionament del servei, se n'extreu que en aquelles activitats i serveis que requereixen l'acompanyament d'un membre adult de la família, aquesta figura sol ser la d'una dona. A títol il·lustratiu, les dones conformen, per exemple, el 90 % de les acompanyants en les activitats amb infants de 0 a 3 anys que es duen a terme a l'**espai familiar**. Curiosament, les dades recollides indiquen que, en alguns casos, la par-

ticipació dels pares és inferior, no només a la de les mares, sinó també a la de les àvies, i fins i tot a la de les mainaderes contractades per les famílies.

Diverses entrevistes assenyalen que la participació desproporcionada de dones com a usuàries en serveis relacionats amb la cura sol tenir lloc de manera paral·lela al desenvolupament de continguts orientats clarament cap a elles. En el cas de l'**espai familiar**, per exemple, predominen temes vinculats amb la lactància o la recuperació després del part o, dit en paraules

La participació desproporcionada de dones com a usuàries en serveis relacionats amb la cura sol tenir lloc de manera paral·lela al desenvolupament de continguts orientats cap a elles.

d'una informant: «La participació en el grup és altament feminitzada i és per això que es treballa preeminentment el vincle maternofilial».³¹ La presència majoritària de dones i el contingut dirigit exclusiva-

ment a elles es reforcen mútuament i generen un cercle viciós, on la divisió sexual del treball de cura a les llars fa que siguin les dones les qui més utilitzin aquests serveis, d'una banda, i, de l'altra, que la forta presència de dones entre el conjunt de persones usuàries dels serveis promogui un biaix de gènere dels continguts treballats i de les activitats organitzades. És possible que això, al seu torn, disminueixi l'interès i la motivació dels homes per participar en les activitats. En el **projecte «Noves Masculinitats»**, fa temps que ho han identificat com una problemàtica a tractar:

També fem projectes integrals. Què significa això? Treballem amb diferents entitats o serveis o el que sigui que volen començar a incorporar els homes en el seu servei, a treballar amb els homes o que volen millorar la seva atenció. El que solem fer és un treball de necessitats: veiem una mica què necessiten els homes, quina és la seva demanda real explícita, però també el tema de demanda encoberta. Fem formació als professionals i després mirem quines accions podem realitzar en aquest servei per millorar l'atenció i començar a treballar. Un exemple molt evident és el que estem treballant des de finals del 2010 o inicis del 2011 amb el PASIR (Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva). Llavors, aquí ens van demanar de quina manera podien incorporar els homes en aquest servei que històricament havia estat de dones i per a dones. Es va canviar el nom. Era el «Programa Dona» o no se què era, i es va posar el nom de «Programa d'Atenció Sexual Productiva» per intentar incorporar els homes. De fet, això és bàsic, perquè si no dones aquesta atenció als homes, no es fan responsables... i això és donar el missatge als homes: «Ei, nosaltres també som responsables d'això, i ens agradaria fer això». Vam començar a treballar amb professionals de diferents equips sobre quines eren les temàtiques que es podien tractar perquè els homes hi participessin.

[ENTREVISTA 15]

Així, des del **projecte «Noves Masculinitats»** es considera que informar, orientar i acompanyar els homes en moments de transició en el cicle vital pot generar contextos favorables per apoderar-los i responsabilitzar-los en el seu rol de cuidadors. Caldria, però, d'acord amb allò expressat anteriorment, revi-

³¹ Informació extreta de l'entrevista 13, realitzada a una persona professional.

sar i ampliar les programacions per afavorir la participació dels homes, a més de diversificar els imaginaris per facilitar la identificació dels homes i trencar el cercle viciós de l'especialització de gènere.

L'especialització de gènere també apareix d'una manera contundent en les experiències laborals emmarcades en l'àmbit dels serveis. Així, el 70 % de les persones que integren l'equip professional de l'**espai familiar** són dones i, en el cas de la **ludoteca**, aquest percentatge és del 75 %.

Pel que fa a la capacitat de donar resposta a la demanda existent, de l'entrevista realitzada amb una professional de la **ludoteca**³² s'extreu que es troba en un estat de saturació de capacitat; una saturació que també està present en serveis similars existents al districte on està ubicada —el districte de Sants-Montjuïc— i que dificulta la provisió d'un servei de qualitat. Si a això s'hi afegeix que en l'actualitat alguns barris d'aquest districte no compten amb aquest servei, se n'extreu també l'existència d'una insuficiència d'oferta per cobrir les necessitats del territori. És a dir, el servei és públic (i en teoria universal), però no té prou capacitat per satisfer la demanda existent. En aquest sentit, des de la **ludoteca** es considera que l'Ajuntament hauria d'obrir noves ludoteques o serveis similars, i les hauria de repartir equitativament pel territori a fi i efecte de garantir l'accés al servei i d'aconseguir que sigui de qualitat.

En el cas de l'**espai familiar**, hi ha un fet que ens sembla mereixedor d'una atenció especial. La participació de famílies diverses —quant a nivell de renda, origen i tipologia— en els serveis que no requereixen l'acompanyament d'una persona adulta (espai obert) és molt notable: el 48,85 % dels infants reben una beca de Serveis Socials; el 41,38 % són d'origen estranger; i el 39,6 % pertanyen a famílies monoparentals. En clar contrast, en el servei on l'acompanyament d'una persona adulta és obligatori, la diversitat familiar és molt menor: únicament el 5,13 % estan becats pels Serveis Socials; el 15,02 % són d'origen estranger; i el 5,77 % són fills i filles de famílies monoparentals.

Així mateix, tant a l'**espai familiar** com a la **ludoteca** es detecta una dificultat per garantir la participació d'adolescents i joves embarassades en els seus serveis i activitats. En aquest sentit, sembla adequat revisar el disseny i els objectius de serveis i equipaments com aquests amb l'objectiu de facilitar-hi l'accés i garantir la participació en el servei de tot tipus de famílies i persones, d'acord amb la seva singularitat i l'especificitat de les seves necessitats. En aquest sentit, i a tall d'exemple, l'ampliació d'horaris, la revisió dels requisits d'acompanyament i la dotació de recursos específics podria contribuir a pal·liar la situació de pobresa de temps propi que pateixen de forma particularment severa les famílies monoparentals, o a garantir la participació de les dones més joves o de persones adultes de famílies d'origen migrant. Altres mesures, com ara l'avaluació de programes i la revisió dels canals de difusió, també podrien contribuir de forma determinant a afavorir la inclusió i la diversitat de les persones usuàries.

b. La cura de la gent gran

Una de les experiències més paradigmàtiques de socialització de la cura de la gent gran és el **Servei d'Ajuda a Domicili**. Atès el paper decisiu que actu-

³² Informació extreta de l'entrevista 14, realitzada a una persona professional.

aliment té en la provisió de cura a gent gran, la major part de recollida de dades s'ha concentrat en aquest servei.

Amb l'aprovació de la LAPAD l'any 2006, presentada com el «quart pilar de l'estat de benestar», el Govern espanyol adoptava per primera vegada una regulació que contemplava, en una sola norma, el marc bàsic de drets individuals i subjectius (cobertura universal) de les persones en situació de dependència funcional. La LAPAD considera beneficiàries aquelles persones que requereixin ajuda per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària i que estiguin reconegudes com a beneficiàries d'acord amb els resultats del barem de valoració de la dependència (BVD), excloent del seu àmbit de protecció les persones amb dependència funcional considerada lleu i/o les que requereixen atenció sociosanitària. Es preveuen, al seu torn, tres graus de dependència: grau 1 (dependència moderada); grau 2 (dependència severa); i grau 3 (gran dependència).

Entre la cartera de prestacions i serveis de la LAPAD hi ha el **Servei d'Ajuda a Domicili**, que pretén promoure condicions que facilitin que les persones grans visquin a casa seva tot el temps que els sigui possible. És a dir, quan arriba el moment en què la persona gran és incapaç de tenir cura d'ella mateixa o no disposa d'una xarxa familiar suficient que li pugui oferir l'atenció que necessita, busca proporcionar els serveis i l'atenció en la pròpia llar amb l'objectiu d'evitar que la persona gran ingressi en una residència. Busca possibilitar, també, un cert alleugeriment de la càrrega de treball i responsabilitat de la xarxa familiar, en cas que hi sigui present, vers la cura. L'any 2012, a Catalunya, aquest servei donava ocupació a 7.421 treballadors i treballadores (ACRA, 2014), i l'any 2015, a la ciutat de Barcelona, a 3.503 (Ajuntament de Barcelona, 2016b), la gran majoria, dones. El nombre de persones usuàries a Catalunya el 31 de gener del 2017 era, segons dades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de 22.426, i a Barcelona s'atenen anualment unes 19.000 persones usuàries.³³

El **Servei d'Ajuda a Domicili** es dedica, sobretot, a proporcionar atenció personal i suport a la neteja en el marc de la llar. Tal com resumeix una de les coordinadores del servei a Barcelona:

Aquest servei serveix, sobretot, per a aquelles persones [...] per rebre una ajuda i perquè es puguin mantenir al domicili. Hi ha persones que amb aquesta petita ajuda poden estar vivint a casa soles i no han de buscar altres recursos ni marxar amb els fills. El fet que vingui una persona i que potser et pugui dutxar o que et pugui anar a comprar, doncs et fa molt més autònoma i el que fa es que tu no hagis de marxar a viure amb altres persones o a un altre lloc, perquè tu sola no et pots valdre, no? Llavors, hi ha persones que es mantenen a casa gràcies a aquest servei, i que potser no estan ni en una residència ni vivint amb el fills. I moltes vegades els usuaris ho diuen: quan passen temporades amb els fills, ells volen tornar a casa. Estàs molt bé amb el fill i estàs més acompanyat, però vols estar a casa teva, et sents més lliure, i aquest servei una mica fa això: mantenir la persona en el domicili perquè hi vol estar i, amb una mica d'ajuda, doncs, estar-hi.

[ENTREVISTA 19]

³³ Informació extreta de l'entrevista 18, realitzada a una persona professional.

Les persones i famílies beneficiàries del servei valoren positivament la professionalitat del personal i el suport que genera en tasques concretes de cura que requereixen certa especialització, certa força física o certs coneixements per evitar que la persona cuidadora s'autolesioni:

La Raquel, que ve tot l'any, i la Pilar que em venia [...], aquestes perfectes! Perquè al menys et sents recolzada, perquè pots agafar-la bé, no et fas mal, perquè entre les dues doncs... Així com ara mateix, amb la Mari mateix, o amb la Marcia, que la tinc els dilluns i els divendres, em va la mar de bé. Perquè estem acostumades a fer-ho de manera per no fer-nos mal nosaltres...

[ENTREVISTA 5]

Des de l'any 2011, arran de la crisi econòmica, el **Servei d'Ajuda a Domicili** ha hagut de reduir significativament la intensitat de les prestacions: una franja d'entre 1,5 i 2,3 hores al dia per a les persones amb una dependència alta; entre 40 minuts i 1,5 hores al dia per a les persones amb una dependència severa; i un màxim de 40 minuts al dia per a les persones amb una dependència moderada (Codorniu, 2014). Les retallades socials per part del Govern central s'han vist reflectides en el transcórrer quotidià del **Servei d'Ajuda a Domicili** a la ciutat. Tal com es planteja des de l'Ajuntament de Barcelona:

Podem parlar des de l'any 2012 de molt poc creixement; després, de bastants anys de creixement rapidíssim. És possible que estigui relacionat amb les aturades que hi ha hagut en el desplegament de la Llei de dependència. El nombre d'usuaris i les hores de servei han crescut molt poc, la gent no deixa de fer-se gran i, ara mateix, hi ha més gent de la que està sent atesa.

[ENTREVISTA 18]

Els mateixos professionals del **Servei d'Ajuda a Domicili** reconeixen que la intensitat de prestació de serveis és clarament insuficient per a una part important de les persones beneficiàries del servei, particularment d'aquelles més vulnerables i que més atenció requereixen. Això s'explica, en part, per la manera com la LAPAD ha estat dissenyada i, en part, per les dificultats pressupostàries ocasionades per la crisi econòmica, la qual ha contribuït a l'aprimament de serveis i a la disminució d'hores de serveis a domicili. També es relaciona amb la pròpia lògica d'adjudicació dels serveis a entitats privades per part de l'administració municipal, la qual, en el cas del **Servei d'Ajuda a Domicili**, tal com ja s'ha examinat, fomenta també la precarietat laboral. La baixa intensitat de prestació de serveis es tradueix en una reduïda redistribució de càrrega de treball de cura des de la família cap al servei, en especial en casos de necessitat de cura intensiva i continuada. Tal com es planteja des de l'administració municipal:

El servei té una intensitat limitada, té un màxim. És a dir, podem donar un servei cada dia, però... els nostres llindars de servei és un servei de poques hores al dia o de més hores algun dia però pocs dies... Ens movem en l'entorn que defineix la Llei de dependència, més o menys, entre una mitjana de 20 hores de servei mensual; és a dir, unes 5 hores a la setmana si fa o no fa, 1 hora al dia entre setmana, i com a màxim 80-90 hores al mes [...]. Una persona que tingui continuament necessi-

tat d'atenció... nosaltres no li donem aquesta atenció continuada. Diguem que la seva alternativa és anar a un centre de dia, per exemple; allà pot estar-s'hi tot el dia o pot anar a una residència, però al domicili no té aquesta possibilitat. I si té recursos, pot contractar un servei privat.

[ENTREVISTA 18]

Aquesta insuficiència també és percebuda per les famílies usuàries, les quals consideren la descàrrega de tasques de cura com a resultat de l'accés al **Servei d'Ajuda a Domicili** molt limitada, atès que no comporta un alleugeriment significatiu de tasques per a les persones cuidadores principals ni guanys rellevants en la seva disponibilitat de temps propi:

A mi el que m'agradaria és poder disposar del meu temps i no haver de pensar sempre si puc, perquè, per a això em necessitarà, o per a allò... Això és el que em... perquè tampoc, home! A mi m'agradaria anar d'excursió i tot el que tu vulguis, o anar a la platja. Però, *bueno*, ara està així la cosa.

[ENTREVISTA 2]

Tal com explica la Isabel, a més a més, en el seu cas, el temps reduït del servei impossibilita que el seu home rebi una atenció adequada a la seva condició:

M'interessaria que vingués algú per fer-lo bellugar una mica, perquè jo no puc, no m'hi atreixo, perquè podem caure tots dos. Una persona que li pugui donar una volteta. Com menys es mou, el múscul es va atrofiant i el neuròleg va dir que el millor és el gimnàs... Caminar és el millor! Però, qui el fa caminar? Perquè les noies que venen, doncs només és per a l'*arreglo* d'ell, i res més...

[ENTREVISTA 3]

No, perquè a elles de vegades els sembla que és un moble, i és una persona, eh! No és un moble, m'entens? Vine aquí, vine allà. Pum! Pum! No, això, no. Ell està delicat, té una malaltia d'allò, i l'han de tractar com a això... potser si tinguessin més temps —els hi donen 1 hora o 40 minuts—, sí, perquè llavors ell és molt lent, és molt lent, aquí les portes tampoc estan adaptades... m'entens? I topen aquí, topen allà... i... necessiten temps! M'entens?

[ENTREVISTA 3]

Davant el que es percep clarament com una insuficiència, tant d'hores com de tipologies de serveis d'atenció, les famílies han de fer front a un dilema: continuar rebent atenció insuficient o inadequada, procedir a ingressar la persona receptora de cura en una residència, o recórrer, en el cas que s'ho puguin permetre, a serveis domiciliaris privats. Alguns serveis que les famílies troben a faltar i que acaben finançant amb els seus propis recursos són els serveis de fisioteràpia, de podologia o de barberia/perruqueria.

En aquest sentit, es fa palès que el **Servei d'Ajuda a Domicili** sovint no pot garantir d'una manera universal una atenció de qualitat en la llar pròpia que cobreixi les necessitats de les persones receptores de cura, ja que aquestes es poden veure obligades a realitzar un gran esforç econòmic

—una despesa addicional— per contractar en el mercat privat —sovint de manera informal— un servei de cura que pugui compensar les insuficiències del **Servei d’Ajuda a Domicili** i, si no es poden permetre aquesta despesa, han de renunciar a quedar-se a la seva llar. La dificultat d’accés a cura en l’entorn domiciliari per motius econòmics es pot veure reforçada, al seu torn, per altres característiques del servei. La LAPAD també incorpora un sistema de copagament, tant en el seu sistema de prestacions, com en el de serveis. Si bé el motiu de la seva implantació és la consideració que pot generar un major grau de responsabilitat vers el servei per part de la persona beneficiària, sol tenir un efecte recaptatori molt limitat i la seva aplicació en sistemes sanitaris i socials que no tenen una cobertura universal pot repercutir negativament en el benestar de les persones beneficiàries. D’altra banda, hi ha indicis que el copagament en el context de la LAPAD tendeix a gravar de forma més proporcional les rendes baixes i les rendes mitjanes que no pas les altes, i la manera com es regula la determinació del patrimoni per valorar la renda de les persones beneficiàries tendeix a perjudicar els individus amb menys patrimoni (Codorniu, 2009). En aquest sentit, cal prendre en consideració que l’estructura de renda de les persones grans (les beneficiàries principals de la LAPAD) se situa entre les més baixes.

Una altra mancança important expressada per les persones i les famílies usuàries és l’atenció insuficient a la dimensió més emocional i relacional de la situació de dependència funcional. Els serveis públics en general, tal com expressa la Carme, no proveeixen aquest acompanyament:

A veure, si la mare, és que ara al final no sé què cobrava la meva mare, els psiquiatres i tot això, que eren de pagament, havies de posar-ho tu. Vull dir, no... perquè si anaves al psiquiatra del *Seguro*, et podia donar una crisi i morir-te perquè no et tocava la visita.

[ENTREVISTA 2]

El **Servei d’Ajuda a Domicili**, en concret, tampoc no dona resposta a aquesta dimensió emocional i relacional del benestar de les persones usuàries. La raó principal, segons les entrevistes realitzades, és la insuficiència d’hores de servei per usuari que s’ha esmentat abans. Tal com relata la Cristina:

Y sí que iría bien, porque hay casos en los que realmente sí que le iría bien, tener un acompañamiento de un par de horas o de una hora, yo qué sé. A los abuelos les gusta mucho que les hables y que los escuches, porque ellos lo que te piden es que te sientes, y ya te vas... ¿sabes? Es eso, porque claro, tú tienes un servicio de una hora y tú no te puedes sentar. Mientras que estás haciendo la higiene vas hablando, pero terminas la higiene y recoges y esto y dices: «Ya me tengo que ir», y él dice: «Ah, ¿ya se tiene que ir usted?» Y le digo: «Es que no tengo más tiempo, cariño, es que me tengo que marchar, porque tengo que cuidar a otras personas», ¿sabes? Quiero decir que necesitan tiempo para que tú te sientes. Y yo te digo, que yo hablo mucho, yo hablo... Estoy duchándolo y estamos hablando, y le estoy contando, y nos reímos, y todo lo que puedo y es verdad... porque lo necesitan, te lo piden, te lo piden, te lo piden...

[ENTREVISTA 9]

Des de l'Ajuntament de Barcelona es reconeix, tanmateix, que la cura i atenció de la dimensió emocional i relacional de la dependència funcional entre la gent gran no ha estat mai un component central de la conceptualització del servei, el qual, tal com es desprèn de l'entrevista realitzada, presenta grans limitacions per incidir en aquests aspectes de les experiències vitals de les persones grans:³⁴

Hi ha coses més difícils i coses més fàcils. És més fàcil posar una persona determinada a una hora, en un lloc, perquè faci una tasca determinada que, en l'altre extrem, promoure la intensitat de... de l'entorn relacional d'una persona, evidentment [...]. O sigui, tu pots dir, una horeta al dia el puc ajudar a llevar-se, a banyar-se i a preparar les coses perquè tingui el dinar a punt quan li toqui dinar, sí, això pots fer-ho; però, fer que no estigui sol, quantes hores és això? Ajudar que es relacioni amb multitud de persones i la relació es consolidi, això jo crec que és difícil convertir-ho en tasques d'una hora i mitja durant, vull dir...

[ENTREVISTA 18]

La solitud deguda a l'aïllament físic i relacional que viu la gent gran, tant en el rol de receptores com de proveïdores de cura, és una de les circumstàncies personals que ha aparegut

L'aïllament físic i relacional que viu la gent gran pot ser una conseqüència directa de problemes de mobilitat associats a l'edat avançada.

de forma repetida a les entrevistes. Aquest sentiment d'aïllament pot ser una conseqüència directa derivada de problemes de mobilitat associats a l'edat avançada i de l'evolució de la malaltia

que pateix la persona receptora de cures, tal com queda recollit en els testimonis de la Maria i la Pilar:

És una persona que psicològicament i psíquicament està bé, es pot relacionar amb normalitat. L'únic que té és un impediment de mobilitat; vull dir que si hi hagués un ascensor o visqués en uns baixos, ella amb una cadira de rodes podria sortir al carrer, i no tindria cap contradicció en sortir amb una cadira, però es que jo aquí no puc sortir (...). I la dona no pot, les cames no li donen. Vull dir que ella fa l'exercici i així, però no se sent segura. Si pogués sortir, milloraria la seva qualitat de vida.

[ENTREVISTA 1]

Tenia Alzheimer [...]. I *bueno*, va acabar que no sortia de casa, que no menjava, que estava fatal, com un cadàver, doncs igual. La vam trobar... Clar, les nebodes havien estat 15 dies de vacances, ella per telèfon, com fan els d'Alzheimer, dissimulen...: «... he sortit cada dia, com faig cada dia. He menjat, he...» Però, saps? Allò que estava en aquell període que t'enganyen, com si diguéssim, no? Però llavors hi ha un moment en què dius: «No ha anat enlloc», el que passa és que ho has de saber veure, perquè els malalts d'Alzheimer el que tenen és que ells

³⁴ Tot i així, cal destacar l'existència de dos programes que actualment busquen promoure la inclusió relacional de les persones grans: el programa «**Vincles**», concebut per reforçar els cercles i les xarxes relacionals mitjançant l'ús de la tecnologia, i el programa «**Radars**», que promou que l'entorn de les persones grans, particularment si viuen soles, contribueixi a detectar situacions d'aïllament o de deteriorament.

al principi s'adonen de totes les mancances que tenen. I llavors intenten amagar-ho, que tu no te n'adonis.

[ENTREVISTA 5]

En un altre nivell, la situació de confinament de la gent gran també pot estar relacionada amb les característiques i barreres físiques de l'edifici on està ubicat el seu habitatge, on sovint hi manquen les infraestructures necessàries — com ara un ascensor o una plataforma salva escales — per facilitar la sortida al carrer dels veïns i veïnes d'edat avançada, tal com relaten la Carme i la Isabel:

Ella últimament no [pot sortir] massa, perquè com teníem el tema que per baixar i pujar... Baixar encara baixava, dintre de tot, una mica bé, però pujar, la cosa costava més, ja no baixava gaire. Però, bé, alguna cosa [...]. Ara estàvem parlant amb l'amo de la finca, que es veu que té pensament de posar ascensor, però clar, posar ascensor vol dir canviar tota l'estructura i no sé per on... Potser baixaria pel celobert... Però de moment no veig moviment, saps?

[ENTREVISTA 2]

Jo volia saber si es pot fer alguna cosa, perquè hi ha unes baranes que es posen [...], però el que passa és que l'escala és molt estreta i clar, minva molt l'escala. Aleshores els veïns hauríem d'estar-hi tots d'acord... Però ens aniria bé, perquè mira, jo sóc gran, em costa molt pujar l'escala, la veïna va amb crosses [...]. I això seria una cosa eficaç, perquè escolta, estem saturats per poder baixar, i portes una bossa i no pots pujar-la... Jo que sé, un elevador o alguna cosa.

[ENTREVISTA 3]

Altrament, algunes persones asseguren que tot i que existeixen serveis de lloguer per salvar aquestes barreres arquitectòniques, com per exemple les erugues pujaescales, es tracta de tecnologies cares no accessibles a totes les economies familiars, raó per la qual, tal com ens explica la Isabel, les utilitzen de forma puntual:

Quan baixava l'escala, doncs amb la cadira i, si venia dallò, doncs encara podies desplaçar-te a algun lloc... Però ara ja, al no poder baixar l'escala, és impossible... Perquè clar, la cadira [mecanitzada], ja t'he dit. Això val molts diners i ho pots fer de Pasqües a Sant Joan, que es diu...

[ENTREVISTA 3]

En tots els testimonis s'associa la falta d'interacció amb altres persones i la reclusió a la llar, no només amb un impacte negatiu en l'estat anímic de les persones receptores i proveïdores de cura, cosa que en alguns casos pot generar fins i tot depressió, sinó també amb un agreujament de la simptomatologia de la malaltia que es pateix. Tal com es recull en el testimoni de les cuidadores professionals, sovint elles són l'únic contacte que les famílies tenen amb el món exterior:

Yo lo que le hago es la higiene y esto, le hago la cama y la visto y nos vamos a dar un paseo. Entonces, a lo mejor tardo una hora en esto y la otra hora la echo para sacarla a la calle, ¿sabes? Porque si no, no ve la calle, porque encima el piso da a la parte de atrás y solamente

ve una pared. A ver, yo entonces me imagino a esa señora, y además que está demenciada, porque está demenciada, y ahí todo lo que es sentada ahí, toda esto, es para morir.

[ENTREVISTA 9]

Com a cura, no sé si dir-li emocional o així, perquè com us deia abans, ella no surt al carrer i té una necessitat també de conversar, i llavors hi ha una estona que jo m'assec allà amb ella i xerrem. Jo, això, ho computaria dins de cures en ella, perquè és una dedicació.

[ENTREVISTA 1]

Cal afegir també que, a banda de les barreres físiques i socials descrites, sovint les usuàries de serveis per a la gent gran no poden fer-ne ús perquè els programes i serveis de cures no tenen en compte els problemes de mobilitat de les persones a les quals van adreçats, o no disposen de serveis complementaris que en facilitin l'ús. És el cas, per exemple, d'algunes activitats organitzades per l'IMSERSO o els centres de dia, tal com descriuen la Núria i la Montserrat:

Van a algun centre de dia o a algun casal de gent gran?

No, no, no. És que, saps què passa? Que abans no hi volia anar, però ara no pot. Ara hi voldria anar, però no pot perquè em van dir que no pugen a buscar-la aquí dalt, ha de baixar, i no pot baixar perquè en dues setmanes va caure quatre vegades.

[ENTREVISTA 12]

A més a més, juntament amb la desatenció emocional i relacional, en el transcurs de la recerca també s'han detectat importants mancances amb relació a l'atenció psicosocial que poden realitzar les professionals d'acció social del **Servei d'Ajuda a Domicili**. Les mancances es relacionen sobretot amb la incapacitat de les professionals per fer un seguiment personalitzat de les persones usuàries com a resultat de la sobrecàrrega de tasques que pateixen i dels alts nombres de persones usuàries que tenen assignades:

El tema de les ràtios [...]. Ara tampoc t'ho sé dir, perquè ara estic amb una reducció de jornada. Però estic en el que marca el plec. Ara tinc 160 [usuaris] i he fet una reducció de jornada [...] a 32 hores i mitja. Potser una persona amb 37 hores ha de tenir sobre uns 200 usuaris. Abans què sortís el plec, jo estava portant amb 37 hores, 260, saps? Clar, portar 260 usuaris, estar pendent de 260 usuaris més les treballadores, saps? Els hem d'anar a veure, sí, és un cop a l'any, i hem de fer una trucada de seguiment l'any, per preguntar com va el servei i tal. Clar, hem d'anar a veure 260 usuaris un cop l'any, més els usuaris nous que van entrant, i moltes vegades hi ha usuaris que potser per la seva problemàtica, tu no els vas a veure una vegada l'any, els vas a veure tres, quatre i cinc vegades, no? Saps què et vull dir? Hi ha de tot... Llavors, bé, clar... A part d'això, nosaltres tenim la nostra feina de gestió de personal, que l'empresa també ens demana. Que no és només el seguiment dels usuaris! La nostra feina de facturació, i tot això... Facturar, nosaltres hem de passar una factura a l'Ajuntament per cobrar les hores que hem fet... Això també ho fem nosaltres, no?

[ENTREVISTA 19]

Altres valoracions negatives del servei realitzades per les persones i famílies usuàries estan relacionades amb el que es percep com una excessiva estandardització dels horaris i calendaris, la qual cosa impedeix la provisió d'uns serveis adequats a les necessitats i expectatives de les famílies:

Tinc això, que jo li dic Llei de dependència: són aquestes noies que venen al matí. Que em ve... però, *bueno*, fatal, eh? Aquest servei... La de l'any passat que em va suplir la Raquel, que és la que feia vacances, era perfecta, i l'he demanat aquest any, i no me l'han portat. I aquest any me n'han portat una, me n'han portat dues [...]. I resulta que quan vaig veure l'horari, resulta que era completament diferent al que portava la Raquel... molt més aviat. Si la Raquel venia a les vuit i quart, aquesta venia a les set quaranta-cinc, i jo dic: «No, a la meua mare, no, jo ja no la faig despertar a les set quaranta-cinc: que farà tot el dia aquí?».

[ENTREVISTA 5]

Les persones i famílies usuàries també destaquen negativament l'alta rotativitat de treballadores existents en el servei i, com a conseqüència, la dificultat per obtenir referents estables que promoguin relacions de confiança i d'intimitat:

És la mateixa persona?

No, no, van variant. Normalment, de vegades en tinc una un temps, però poques vegades. La de la nit, sí, fa molt de temps que ve aquesta, però la del matí, o tenen vacances, o ara me la canvien... Ara diuen que me'n posaran una de fixa... No ho sé, perquè la que tenia, que venia una mica, que portava temps, ha plegat. I ara, a partir de la una, en ve una, no sé el que durarà, m'entens?

[ENTREVISTA 3]

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

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

[ENTREVISTA 9]

Finalment, si bé la xifra de població considerada «protegible» i que s'havia de poder acollir a la cobertura de la LAPAD per al 2015 s'havia fixat inicialment en 1,3 milions de persones, aproximadament, les polítiques de contracció en la despesa pública implementades des de l'any 2011 amb motiu de la crisi econòmica, com ara el RD/2011 i la *Ley 20/2012*, van ajornar l'accés de les persones amb dependència moderada fins a l'any 2015, i van deixar-ne fora 144.000 l'any 2012; 334.000 l'any 2013; i més de mig milió (554.000) l'any 2014 (Codorniu, 2014). Això es va traduir en l'allargament de les llistes d'espera i, en alguns casos, en la pèrdua permanent d'accés al servei:

Resulta que nosaltres la vam demanar perquè a mi m'havien operat del recte. Llavors jo no podia fer força tampoc, ni res. I el meu pare s'ho feia tot al llit i tot. I ella, clar, imagina't, tenia 89 anys! O 88! i la meva mare tampoc no podia. I llavors vam demanar ajuda també perquè el vinguessin a banyar i tot, però com que no te la donen de seguida, primer es va morir el meu pare, que van vindre a ajudar.

[ENTREVISTA 2]

En definitiva, el **Servei d'Ajuda a Domicili** facilita una redistribució bastant limitada de les tasques de cura des de la llar vers les administracions públiques i no està pensat, tal com està organitzat en l'actualitat, per abordar les dimensions emocionals i/o relacionals de la cura. La seva capacitat per proporcionar un accés universal des de la singularitat, a més, es troba limitada per la insuficiència d'hores del servei, per l'existència de copagaments i per altres impactes de les retallades en despesa pública social arran de la crisi econòmica.

c. Resum del potencial democratitzador de la cura en les administracions públiques

Com a conclusió de l'anàlisi i discussió d'experiències de socialització de la cura vers les administracions públiques s'ofereix un breu resum de l'adequació de les experiències analitzades a les diferents dimensions considerades. Segons s'observa en la taula 18, les forteses i febleses en clau democratitzadora varien segons l'experiència. Les **escoles bressol**, i en menor mesura el **Servei d'Ajuda a Domicili**, ofereixen una redistribució de les tasques de cura, mentre que alguns serveis, com ara l'**espai familiar** o la **ludoteca**, prioritzen aspectes emocionals, relacionals i d'apoderament. En general les experiències públiques no aborden la divisió sexual del treball prevalent en l'organització social de la cura i presenten clares limitacions, malgrat el seu caràcter de servei públic, per garantir-hi l'accés universal des de la singularitat d'experiències i perfils.

Taula 18. Resum del potencial democratitzador de la cura en les administracions públiques

Experiència/ Servei	Redistribució de càrrega de treball des de la família cap a l'àmbit comunitari	Abordatge de la dimensió emocional de la cura	Abordatge de la dimensió relacional de la cura i de l'aïllament social	Abordatge de la divisió sexual del treball	Capacitat de proporcionar un accés generalitzat	Capacitat d'incloure diversitat i singularitat de perfils i situacions	Apoderament personal	Apoderament relacional
Escoles bressol	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí. Amb limitacions	Sí. Amb limitacions	N/A	N/A
Espais familiars	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Ludote- ques	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Servei d'Ajuda a Domicili	Sí Amb limitacions	No	No	No	Sí. Amb limitacions	Sí. Amb limitacions	N/A	N/A

Font: Elaboració pròpia.

2.3.3.2. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers les administracions públiques

La taula 19 presenta, a partir de les dades recollides mitjançant la realització d'entrevistes i l'anàlisi de documentació, de literatura i d'altres fonts d'informació, una relació de propostes d'actuacions que hem elaborat per promoure la socialització de la cura vers les administracions públiques.

Taula 19. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers les administracions públiques

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Socialització	Socialització vers les administracions públiques	Crear un espai de cures de referència a la ciutat i amb vocació d'arrelament al territori, que aglutini, entre altres línies d'acció, les següents: - orientació a les persones amb necessitat de cura sobre tots els serveis i programes socials i sanitaris, així com sobre prestacions i bonificacions, en matèria de cura i realització de derivacions als serveis pertinents; - portal web que centralitzi la informació sobre serveis, programes i projectes relacionats amb la provisió i la recepció de cura a la ciutat de Barcelona; - formació continuada sobre processos de cura a persones cuidadores remunerades i no remunerades; - formació especialitzada i tallers de dol per a persones cuidadores professionals per acompanyar el procés de dol davant la mort d'una persona usuària receptora de cura; - informació i assessorament sobre els drets socials i laborals per a persones cuidadores remunerades professionals i no professionals; - coordinació i visibilització de les experiències i serveis referents a la ciutat en matèria de cura; - coordinació amb el circuit de l'abordatge a les violències masclistes i amb l'Oficina per la No Discriminació; - servei d'acompanyament psicosocial bàsic per a persones cuidadores professionals a domicili que treballin, tant en el marc de serveis municipals, com en una llar familiar amb contracte/vinculació laboral de tipus privat; - promoció d'espais de trobada i de debat de diversos col·lectius implicats en l'organització social de la cura (cuidadores familiars, cuidadores professionals d'origen autòcton i migrant, espais de persones migrades, col·lectius de gent gran, col·lectius de persones amb diversitat funcional, etc.) amb l'objectiu de promoure aliances per a la socialització de la cura i per al seu reconeixement social. Ampliar la xarxa d'espais familiars i ludoteques actualment existents a la ciutat de Barcelona, així com les franges horàries i dies durant els quals les famílies poden accedir als seus serveis. Aplicar mesures de flexibilització dels horaris i del calendari de les escoles bressol municipals, especialment en període d'estiu, per facilitar les estratègies de conciliació i de cura dels pares i mares dels infants. Promoure la cessió d'escoles bressol els dissabtes per a programes dedicats a la cura, com el programa «Respir» i altres. Disminuir les ràtios de persona educadora-infant de les escoles bressol municipals per garantir una millor qualitat del servei educatiu i de cura. Crear noves escoles bressol municipals. Crear un «Pla de retorn a casa» per als infants diagnosticats d'una malaltia greu de llarga durada i hospitalitzats durant un temps perllongat que detecti les necessitats no cobertes de suport emocional, formatiu, sanitari i, entre d'altres, d'adaptació de la llar. Crear un programa domiciliari i/o comunitari d'acompanyament terapèutic i suport escolar per a infants diagnosticats d'una malaltia oncològica o de qualsevol altra malaltia greu de llarga durada.

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Socialització	Socialització vers les administracions públiques	Establir una col·laboració entre l'Ajuntament de Barcelona i les entitats socials per realitzar accions lúdiques i terapèutiques per a infants diagnosticats d'una malaltia oncològica o de qualsevol altra malaltia greu de llarga durada i per als seus cuidadors familiars. Crear suports de suport mutu per a les famílies cuidadores d'un infant diagnosticat d'una malaltia oncològica o de qualsevol altra malaltia greu de llarga durada. Introduir bons, descomptes i serveis per mitigar la disrupció vital i l'impacte econòmic d'un familiar amb malaltia de llarga durada en situació d'hospitalització (per exemple, pàrquings, àpats, etc.). Fomentar l'acompanyament psicosocial integral i de qualitat de les persones usuàries receptores de cura i de les seves famílies per cobrir les dimensions emocionals i físiques de la cura mitjançant, entre d'altres, la revisió dels plecs de contractació dels serveis de cura municipals, tot promovent: - revisar les ràtios de professionals per persones usuàries i adequar els tempos dels serveis a les necessitats de les persones; - prestar serveis addicionals que fomentin el benestar i la dignitat de les persones en situació d'autonomia funcional restringida, com ara un servei de fisioteràpia, de barberia, de podologia o de suport en la mobilitat limitada dins la llar; - donar suport a la mobilitat limitada dins la llar a persones en situació d'autonomia funcional restringida per prevenir l'atròfia i el deteriorament; - adequar els serveis als ritmes i les necessitats de les persones usuàries, evitant l'excessiva estandardització dels horaris, així com l'execució precipitada del servei, i promovent les treballadores familiars com a referents estables que consolidin una rutinització de les tasques que s'adeqüi a les necessitats de les persones usuàries i amb les quals les persones usuàries i les seves famílies generin un vincle de confiança i d'intimitat; - incloure l'acompanyament psicològic i altres serveis quotidians de cura i d'autocura de difícil accés per a les persones en situació d'autonomia funcional restringida per raons econòmiques o per raons de mobilitat; - aprofundir en un model de cura que giri al voltant de les necessitats, els criteris i els desitjos de la persona receptora de cura amb l'objectiu de promoure el seu autogovern i garantir-li una vida digna. Crear una línia d'ajuts per finançar necessitats materials de cura actualment no cobertes per les administracions públiques (orinals plans, esponges, bolquers, cremes, pomades, mascaretes, monodoses, etc.), les quals, tant quan són utilitzades d'una manera sostinguda en el temps com quan es necessiten d'una manera més puntual, tenen un impacte important en el nivell adquisitiu de les persones i/o famílies. Realitzar els estudis necessaris per garantir la viabilitat de la gestió directa (municipalització) del Servei d'Ajuda a Domicili. Promoure l'adaptació de l'habitatge a les necessitats de cura per tal de: - garantir que les persones en situació d'autonomia funcional restringida puguin entrar i sortir de casa seva de la manera més autònoma possible (per ex.: adequacions d'escales i esglaons); - garantir que les persones que utilitzen cadira de rodes o un altre suport tècnic per a la seva mobilitat puguin accedir al carrer i rebre visites de persones també amb dependència funcional d'una manera regular i normalitzada (instal·lació d'ascensors, elevadors, rails, rampes, etc.);

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Socialització	Socialització vers les administracions públiques	- garantir que les persones en situació d'autonomia funcional restringida puguin adaptar la seva llar a les seves necessitats de cura i mobilitat (reforma de lavabos, banyeres, portes, passadissos, etc.). Garantir que els serveis comunitaris municipals per a persones en situació d'autonomia restringida (com ara els centres de dia) inclouen entre els seus serveis el suport a l'entrada i sortida de l'habitatge, particularment en els casos en què no hi ha ascensor i existeixen altres barreres físiques que dificulten la participació en els serveis i el contacte amb la xarxa relacional. Enfortir els recursos existents de suport a la cura i al manteniment de la llar per a famílies monomarentals i en situació d'exclusió econòmica amb l'objectiu de garantir que puguin gaudir d'una cura de qualitat i puguin mitigar la seva pobresa de temps. Crear una bossa d'hores mensuals de servei de cura que faciliti la conciliació entre la vida laboral, la familiar i la personal per a famílies sense xarxa relacional i/o en situació d'exclusió econòmica que estiguin realitzant formació o un procés d'inserció laboral. Elaborar metodologies per fer efectiu i real l'accés de totes les persones a serveis públics, prestant una atenció especial a la singularitat (famílies monoparentals, famílies d'origen migrant, etc.), garantint, entre d'altres, que els horaris, els calendaris, l'organització, les quotes i els continguts dels programes, serveis i activitats municipals que tinguin una relació amb la cura prenguin en consideració la diversitat de tipologies de famílies i unitats de convivència existents i en cap cas comportin una discriminació indirecta o exclusió implícita de tipologies de famílies i llars menys convencionals i/o menys visibles. Potenciar, des de l'administració municipal, la Xarxa de Suport a Famílies Cuidadores, tot garantint una diversificació dels col·lectius i dels perfils de necessitat de cura que comprèn.

2.3.4. Socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre

Les entitats del sector privat que proveeixen cura, i que, per tant, contribueixen a la seva socialització, es poden dividir en dues categories: a) les que ho fan d'una manera directa; i b) les que ho fan a través de la gestió d'un servei públic que s'externalitza. Les entitats poden ser, al seu torn, mercantils (amb ànim de lucre) o no mercantils i/o pertanyents a l'economia social i solidària. És aquesta segona distinció la que s'utilitza per organitzar l'anàlisi de la informació recollida. Tant les entitats mercantils com les que no tenen ànim de lucre comparteixen una forta feminització i, en alguns casos, una important presència de persones treballadores d'origen migrant.

Tot seguit es presenta una anàlisi i discussió de la informació recollida sobre aquest tema i s'ofereix, a partir de l'anàlisi realitzada, una sèrie de propostes d'actuació per promoure la socialització de la cura vers el sector privat des d'una perspectiva democratitzadora.

2.3.4.1. Anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre

Aquest apartat es divideix en dues seccions: una primera d'anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers el sector privat amb ànim de lucre, i una segona d'anàlisi i discussió de la socialització de la cura vers el sector privat sense ànim de lucre.

a. Socialització de la cura vers el sector privat amb ànim de lucre

Segons s'ha observat anteriorment, en els darrers anys s'ha produït un creixement de la participació d'empreses mercantils en l'àmbit de la cura. La principal situació detectada de socialització de la cura per part d'empreses mercantils ha estat la seva gestió d'una part del **Servei d'Ajuda a Domicili**. Dues de les empreses guanyadores del darrer concurs per gestionar-ne el servei a la ciutat de Barcelona van ser Clece i Valoriza. En ambdós casos es tracta d'empreses multiservei que, lluny d'estar especialitzades en l'àmbit de la cura, donen ocupació a milers de treballadors i treballadores en nombrosos sectors econòmics.³⁵ Això contrasta amb les entitats sense ànim de lucre que en el passat han gestionat o que actualment gestionen el **Servei d'Ajuda a Domicili** i la seva especialització en els sectors social, sanitari i educatiu.

La falta d'especialització de les empreses mercantils, així com, precisament, el seu caràcter mercantil, són percebuts pels professionals del sector de la cura com un element contraproduent per a la qualitat del servei, en el sentit que prioritzen la rendibilitat econòmica front la qualitat del servei en un context en què el benestar de les persones, tal com es planteja des de l'economia feminista i des de l'economia de les cures, hauria de prevaler per damunt de qualsevol altre criteri:

Jo, abans d'estar a Clece, estava a Eulen, que també era una empresa multiservei. Era una altra empresa que també portava aquest servei. Llavors, d'Eulen vam passar a Clece [...]. Clece hi va ser força temps, perquè em sembla que li van donar dues vegades el concurs. Clar, la persona que teníem com a cap no era una persona de l'àmbit social. Era una persona amb una formació econòmica, saps què vull dir? Llavors, no entenia res, no entenia res del tracte de les persones, no entenia res del servei. Clar, al final, aquella persona l'únic que veia era números. Llavors, clar! Sí que és veritat que això és un servei que ha de proporcionar-los un rendiment, i tu agafes aquest servei perquè també vols un benefici econòmic, has de tenir en compte altres aspectes que estan per sobre d'això. Llavors, sí que és veritat que es nota-

³⁵ Clece ofereix, segons la informació de la seva pàgina web, serveis a les persones (serveis a persones grans, restauració social, serveis educatius i serveis socials), serveis als edificis (serveis de logística, serveis de jardineria, serveis energètics, *facility management*, serveis de neteja, serveis auxiliars, serveis de màrqueting espectacular); i serveis a la ciutat i al seu entorn (serveis de gestió de residus sòlids urbans [RSU], enllumenat públic, serveis mediambientals, serveis aeroportuaris). Declaren estar presents en els sectors següents: sector sociosanitari, centres de lleure i espais esportius, sector aeroportuari, sector industrial, sector financer, sector educatiu, sector hotelier, sector de l'administració pública, sector hospitalari <<https://www.clece.es/es/servicios/>>. D'una manera similar, l'empresa Valoriza, que pertany a la constructora Sacyr, es dedica a serveis de *facility management*, al manteniment d'instal·lacions, a serveis energètics, a serveis de neteja, a serveis auxiliars i a la realització d'obres <http://www.valorizafacilities.com/es_es/>.

va una mica la diferència [...]. Clar, tu intentes... No ho sé, jo veig que sí que hi ha una diferència, sí. Clar, que a la persona que tinguis a dalt li importi tres *pepinos* l'usuari que tens.

Creus que està passant amb el món de la dependència, això?

Amb les empreses? Jo, almenys, penso que sí. Clar, jo ara no veig què passa a les altres empreses. Però clar, jo sí que veig una mica de diferència. Jo de vegades parlava amb la persona que estava per sobre nostre i era el cap de servei, i jo pensava: «Però si aquesta persona no sap res! Com em pot estar dient que faci això? Si és que em sembla que...», saps? No ho sé, em sembla incoherent i súper poc humà i... no ho sé!

[ENTREVISTA 6]

Aquesta suposada falta de coneixements i d'especialització en el sector de la cura per part d'empreses també és percebuda per les persones i famílies usuàries («aquestes empreses, ni idea de què porten, eh!»).³⁶ S'han recollit, al seu torn, testimonis de persones treballadores que rebutgen la política municipal d'externalització del servei a empreses; es tracta de testimonis com el de la Cristina, que n'han vist l'evolució durant dècades i que expressen d'una manera implícita la contradicció latent entre l'atenció a persones i sectors socials vulnerables, com és la gent gran, i l'ànim de lucre:

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

[ENTREVISTA 9]

Aquestes diferents mirades i perspectives es refereixen indirectament a un debat de fons latent en la literatura feminista que es pregunta fins a quin punt la mercantilització de la cura és compatible amb la seva democratització d'acord amb els eixos que hem presentat en aquest document. Atesa la contradicció existent assenyalada per l'economia feminista en allò que anomena «el conflicte capital-vida» (Pérez Orozco, 2014), la pregunta es refereix a les implicacions polítiques i econòmiques del desplaçament del benefici econòmic del centre de la lògica econòmica i la prioritització de la provisió i recepció de benestar. Aquest interrogant supera els objectius d'aquest treball, però és un avís sobre la necessitat d'una reflexió en profunditat, en un context en què la demanda de cura —en especial, la cura de la gent gran— continuarà creixent al llarg dels propers anys, sobre el paper que el sector privat mercantil hauria de tenir en la seva gestió i provisió.

³⁶ Informació extreta de l'entrevista 5, realitzada a una cuidadora principal d'un membre de la família en situació d'autonomia funcional restringida.

b. Socialització de la cura vers el sector privat sense ànim de lucre

Davant els elements problemàtics de la provisió de cura per part d'empreses mercantils, i després d'haver vist l'enorme precarització laboral que caracteritza el sector de la cura, en el transcurs de la recerca s'ha recollit informació sobre les implicacions del fet que el servei sigui proveït per entitats privades sense ànim de lucre, sobretot per part de cooperatives pertanyents a l'àmbit de l'economia social i solidària.

Com s'ha observat abans, a Barcelona, el **Servei d'Ajuda a Domicili** estava —i està— gestionat per empreses provinents de l'economia social i solidària. Si bé no ha estat possible realitzar una anàlisi en profunditat sobre les diferències resultants de la gestió del servei per part d'una tipologia d'empresa i d'una altra, sí que ha estat possible recollir el testimoni de professionals que han treballat en les dues tipologies d'empreses i que hi han detectat certes diferències:

Potser veig coses, però no et sabia dir per què són. Diferències d'empreses, saps?

Per això t'ho volia preguntar. Em sembla interessant que em diguis això. Com que fa molts anys que estàs en aquest sector... Quants anys fa?

Vuit o nou, sí.

Dius que tens molt present entre un perfil d'empresa i l'altra... Creus que és important, per a aquest tipus de serveis que esteu oferint, creus que és important que sigui dut a terme per una empresa de caire social, o creus que la naturalesa de l'empresa és irrellevant?

No, sí que és important.

Sí? Per què? Què és el que creus que aporta?

[...] Sí que és veritat que això és un servei que els ha d'aportar un rendiment, i tu agafes aquest servei perquè també vols un benefici econòmic. Has de tenir en compte altres aspectes que estan per sobre d'això. Llavors, sí que és veritat que es notava una mica la diferència. Ara és una empresa de caràcter social i sí que té en compte les persones: tant les persones treballadores com les que en són usuàries. [...] Jo, almenys, penso que sí. Clar, jo ara no veig què passa a les altres empreses. Però clar, jo sí que veig una mica de diferència.

[ENTREVISTA 6]

Caldria obrir una línia d'investigació específica per aprofundir en les diferències existents i concretar-les. Tanmateix, s'apunten a continuació alguns elements que mostren que, fins ara, la presència d'empreses de l'economia social i solidària en la gestió i la provisió de cura no garanteix la solució de cap dels problemes que durant el transcurs d'aquest informe hem presentat com a endèmics en el sector, incloses la precarització laboral o les mancances en el model de cura prevalent.

La mateixa informant que intueix diferències entre una tipologia d'empresa i una altra apunta, al seu torn, que fins i tot quan l'empresa és una entitat de l'economia social i solidària hi ha tensions entre les diferents lògiques existents:

Sí que es veritat que tu has d'encaixar-ho tot, perquè, siguem realistes, a [la meua empresa] també li interessa treure'n un benefici i no perdre diners amb aquest servei, però sempre amb una..., no?, sense perjudicar l'usuari... Perquè, al final... [...]. També una mica controlar-ho. Perquè no sé si totes les empreses compleixen amb aquesta ràtio. No tot són flors i violes. Vull dir que, també el comitè d'empresa [...] està pendent de les ràtios. Segur que [l'empresa] sabia que havia de complir unes ràtios, perquè l'Ajuntament així ho marca en el nou plec. Però el comitè d'empresa també n'està pendent, i ha ficat una mica de pressió perquè això també baixi... Saps què vull dir? Que [l'empresa] també és veritat que és una empresa de caràcter social, però suposo que també vol treure el seu benefici del servei, no?

[ENTREVISTA 6]

D'altra banda, cal destacar que l'estratègia de l'**entitat de cura a la gent gran**³⁷ —entitat de l'economia social i solidària que no gestiona el SAD, però que realitza altres serveis d'atenció a la gent gran a domicili— per fer front a aquests darrers anys de crisi econòmica ha consistit a reduir el nombre d'hores dels serveis d'atenció domiciliària a la gent gran, fet que no només ha afectat la qualitat i la freqüència de la cura que reben les persones ateses, sinó que també ha tingut un impacte negatiu en les hores que hi dedica el personal autònom per a l'entitat.

Així, la presència d'una entitat de l'economia social i solidària no garanteix l'absència de tensions ni de conflictes en la gestió i provisió del servei pel que fa a criteris de qualitat o de drets laborals. En aquest sentit, cal destacar que dins l'àmbit de l'economia social i solidària hi ha diferents tipologies d'entitats i d'empreses, amb diferents models i lògiques organitzatives, i també amb diferents dimensions. Segons les seves pròpies informacions, les dues entitats de l'economia social i solidària que en els darrers anys han estat a càrrec de la provisió d'una part del **Servei d'Ajuda a Domicili**, a Barcelona, actualment compten, d'una banda, amb 3.400 persones contractades i 40.000 persones ateses, i, de l'altra, amb 2.605 professionals i 115.121³⁸ persones ateses. L'anàlisi de les condicions de treball del personal del Servei d'Atenció Domiciliària durant l'any 2015 realitzat per l'Ajuntament de Barcelona (2016b) indica, tal com s'ha apuntat prèviament, que la gestió del **Servei d'Ajuda a Domicili** per part d'aquestes entitats no va garantir unes condicions de treball de qualitat. Així, els seus treballadors i treballadores van representar, respectivament, el 44,9 % i el 44,2 % de caràcter temporal de la contractació; el 68,6 % i el 83,6 % de contractació a temps parcial; i el 95,6 % i el 95,8 % de sous inferiors a 9,47 euros bruts/hora. En el primer cas, només el 3 % dels treballadors i de les treballadores no presentaven cap tipus de precarietat laboral i, en el segon cas, aquest percentatge era del 2,3 %.

En el futur, serà rellevant analitzar més detingudament si existeixen diferències en el si de l'economia social i solidària i si les dimensions, les estratègies i l'organització de les empreses tenen un impacte en la qualitat del servei i de les condicions de treball i laborals dels treballadors i les treballadores. Un estudi més a fons de la seva performativitat en clau de democratització de cura també és rellevant perquè, degut a la precarietat del sector de cura, a la prevalença de l'activitat informal i a la baixa protecció laboral garantida per

³⁷ Informació extreta de l'entrevista 17, realitzada a una persona professional.

³⁸ Les dades de la segona entitat corresponen a l'any 2014.

la legislació vigent analitzades anteriorment, l'impuls i creació de cooperatives de cura està emergint com a estratègia per part de persones treballadores organitzades per garantir serveis de qualitat i per formalitzar i dignificar la seva situació laboral.³⁹

A Barcelona hi ha diverses experiències de cooperatives relacionades amb plans comunitaris que donen cobertura a necessitats bàsiques i d'atenció a les persones a través de serveis relacionats amb l'allotjament, l'alimentació, la higiene, les relacions humanes i la inserció social i comunitària. Un exem-

A Barcelona hi ha experiències de cooperatives relacionades amb plans comunitaris que donen cobertura a necessitats bàsiques i d'atenció a les persones a través de serveis relacionats amb l'allotjament, l'alimentació, la higiene i la inserció social i comunitària.

ple és la iniciativa del menjador solidari de la Cooperativa Gregal, al barri del Besòs, que durant l'any 2016 va servir una mitjana de 415 menús diaris en el servei de menjador solidari, de dilluns a divendres, en horari de migdia. Aquest servei està orientat a donar una resposta a la situació de persones i famí-

lies que viuen una situació personal, econòmica i social de més vulnerabilitat. Ofereix l'opció de dinar al menjador comunitari o d'endur-se'l a casa, i ha treballat en un conveni mitjançant el Pla de Barris del Besòs per portar el menjar a casa a persones que no poden sortir del seu domicili, impartir cursos de cuina i desenvolupar iniciatives d'autoocupació cooperativa anomenats «Tallers Autònoms Urbans» (TAU) (López, 2016).

Així mateix, també és interessant analitzar les demandes laborals de persones treballadores de la llar i cuidadores arran del *Congreso sobre empleo de hogar y cuidados*, que va tenir lloc a Madrid els dies 1 i 2 d'octubre del 2016⁴⁰ i va estar organitzat per l'Ajuntament de Madrid, el Grupo Turín i una plataforma d'entitats que aplega organitzacions i persones que treballen per dignificar el sector de la cura i pressionar el Govern espanyol perquè ratifiqui el Conveni 189 de l'Organització Internacional del Treball. Entre altres qüestions, durant el congrés es van abordar les diferents línies de lluita i reivindicació del sector, entre les quals cal destacar algunes relacionades amb el suport i foment de les cooperatives de treball associat creades i gestionades per les mateixes persones treballadores.

Una de les experiències presentades durant el congrés va ser la de la cooperativa Victoria's Servicios del Hogar Soc. Coop. Madrileña. Impulsada l'any 2009 per la també cooperativa Abierto Hasta el Amanecer, actualment vincula quatre sòcies treballadores d'origen migrant i es tracta de la primera cooperativa de treballadores de la llar de la Comunidad de Madrid. El seu objectiu principal ha estat donar cobertura legal al treball que realitzen les dones treballadores per fer aflorar les feines que es realitzen en l'economia submergida:

³⁹ La creació de cooperatives de serveis de cura que aglutinin persones treballadores de la llar, cuidadores i persones usuàries està integrada i relacionada amb el «Pla d'Impuls de l'Economia Social i Solidària 2016-2019» de l'Ajuntament de Barcelona.

⁴⁰ Per saber-ne més, consulteu: <<http://congresoempleodehogarycuidados.es/>>.

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

[CAMARASA, 2016]

La iniciativa busca abordar la situación de miles de trabajadores en el sector, la cual, tal como se ha descrito previamente y se va presentar durante el congreso en Madrid, es caracterizada por la presencia mayoritaria de:

Mujeres que somos empleadas del hogar, que no teníamos un contrato escrito, sino solo verbal, sin ninguna seguridad de que tengamos ese trabajo de forma indefinida.

[CAIZAPANA, 2016]

El proyecto nace de un análisis de la realidad de lo que es la cura en un sentido amplio, en el que se identifica que: «Cada día son más las familias que utilizan un servicio de cuidado, ya sea de forma permanente, ya sea de forma esporádica», (Camarasa, 2016). Tanto desde la Cooperativa Abierto Hasta el Amanecer como desde el núcleo motor del proyecto defienden la economía social como un modelo económico que sitúa a las personas en el centro de las decisiones en un doble sentido: de una banda, las personas empresarias y las personas trabajadoras son las mismas; de la otra, consideran que una cooperativa es una asociación entre personas que tiene como objetivo responder a las diversas necesidades laborales de ocupación digna, valorada y visible. En este sentido, el proceso de creación de la cooperativa se concibe como un proceso en el que las mujeres se asocian para pasar de invisibles a empresarias y así poner fin al círculo vicioso de invisibilidad y precariedad laboral y vital en el que se encuentran. Otros objetivos que se persiguen, según la visión de las diversas impulsoras, son: salir del aislamiento para pasar a compartir necesidades, inquietudes y objetivos con el resto de socias; crear un espacio de crecimiento personal y de práctica de trabajo en equipo; y generar poder para la toma de decisiones.

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

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

[CAIZAPANA, 2016]

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

Val la pena destacar, en último lugar, la consideración, por parte de las trabajadoras impulsoras de la cooperativa, que esta ha significado para ellas una forma de empoderamiento y que afirman sentirse independientes, autónomas y libres. Es en esta línea que concluyen:

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

[CAIZAPANA, 2016]

Els avantatges presentats per la creació de cooperatives obvien, tanmateix, els processos previs a la constitució de les cooperatives i el fet que potser certs col·lectius de persones no hi tenen accés. En el transcurs d'aquesta i d'altres recerques⁴¹ s'han detectat una sèrie de barreres per a l'impuls i creació de cooperatives de cura i de treball de la llar. Sovint, les persones que ja es dediquen al treball de la llar i de la cura i que consideren, en la línia d'allò exposat prèviament, la creació d'una cooperativa com una estratègia per formalitzar i dignificar la seva activitat, no tenen prou temps per impulsar el projecte degut a la situació de precarietat vital i laboral en què es troben, i això representa un problema. Un altre problema detectat és la falta de coneixements tècnics per realitzar totes les gestions i tràmits necessaris per a l'impuls del projecte. Un tercer problema és el fet de no tenir els diners necessaris per a la creació de la cooperativa. Finalment, cal preguntar-se també si, més enllà de permetre la sortida de l'activitat de cura de l'economia informal, el model de cooperatives de cura pot sostenir a llarg termini una democratització de la cura com a combinació de la creació i manteniment de condicions laborals dignes i d'una provisió de cura accessible i de qualitat.

Un altre element a explorar en l'objectiu de socialitzar la cura vers l'àmbit de l'economia social i solidària és la possibilitat de relació i col·laboració entre aquesta economia i les administracions públiques. Aquesta fórmula pot presentar el gran avantatge d'evitar els problemes en clau de drets laborals socials ocasionats tant pel sector privat formal com per la prevalença de l'ocupació informal, i alhora mantenir un control per part de les administracions públiques sobre els processos de provisió de cura i de respecte de drets laborals. Existeixen referents i experiències d'aquestes característiques desenvolupats a Madrid i a Astúries⁴² o, en procés d'estudi, a Andalusia.⁴³

A banda de les experiències d'entitats de l'economia social i solidària que es dediquen a la provisió de serveis públics a més gran escala o de l'impuls d'experiències més petites que tenen com a objectius la dignificació i la formalització del sector, en el transcurs de la recerca s'ha detectat la presència d'altres entitats, com ara associacions o fundacions, que, amb fons de finançament

⁴¹ En l'actualitat, les dues autores estan duent a terme la següent investigació finançada per la convocatòria RecerCaixa 2015: «Crisi i alternatives en femení: anàlisi d'impactes i estratègies de les dones a Catalunya en l'àmbit de l'economia social i solidària». El projecte es va iniciar l'1 de març de l'any 2016 i finalitzarà el 28 de febrer de l'any 2018. Per a més informació, consulteu: <<http://www.alternativasenfemenino.info/ca/>>.

⁴² Vegeu: Ayuntamiento de Cudillero, *Cooperativa de asistencia a domicilio para personas dependientes: modelo de plan de empresa*, disponible on-line a: <https://www.asturias.es/Recursos-Web/trabajastur/Otra_Documentacion/Cooperativa%20Asistencia%20a%20domicilio%20para%20personas%20dependientes%20...%20Cudillero.pdf>.

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

públic i privat, es dediquen a oferir serveis i acompanyament en situacions de malaltia i/o de dependència funcional. Algunes d'aquestes entitats ofereixen serveis d'atenció i cura que possibiliten una certa reducció de tasques

Les experiències d'entitats de l'economia social i solidària que es dediquen a la provisió de serveis públics tenen com a objectius la dignificació i la formalització del sector.

de cura per part de la família. Tanmateix, el que més destaca de la seva missió i la seva activitat quotidiana és l'acompanyament que realitzen i la manera com aborden la dimensió emocional i relacional de la

cura. En aquest sentit, i tenint en compte la crítica resultant de nombroses entrevistes sobre l'absència d'aquest abordatge en els serveis oferts per l'administració pública, sembla que aquest tipus d'entitats estan cobrint un forat no omplert per les administracions públiques.

Una de les experiències estudiades ha estat la de l'**Entitat de Cura a la Gent Gran**, la qual busca promoure condicions que facilitin que les persones grans visquin a casa seva tot el temps que els sigui possible mitjançant la provisió de serveis i atenció a la pròpia llar. L'**Entitat de Cura a la Gent Gran** es dedica a cobrir necessitats d'atenció, tècniques i d'accés a recursos. Els serveis que proveeix són d'intensitat variable, d'acord amb les necessitats de les persones receptores de cura, i poden oscil·lar entre l'assistència puntual en activitats de la vida quotidiana (acompanyar al metge, fer gestions, servei de perruqueria i arranjaments de la llar); el servei mensual, quinzenal o setmanal de neteja, podologia i fisioteràpia; o la visita setmanal de 3 hores per part d'una persona voluntària de l'entitat. També busca incidir en la freqüent situació d'exclusió relacional de les persones grans generant espais de socialització i promovent les relacions intergeneracionals mitjançant l'organització d'activitats socials, un seguiment telefònic amb l'objectiu de proporcionar atenció emocional i psicològica, la participació en diversos esdeveniments, com ara fires d'entitats o mostres d'associacions, i l'organització de tallers i formacions gratuïtes per estimular hàbits de conducta, prevenir malalties i millorar la qualitat de vida. Si bé algunes entitats com aquesta possibiliten un cert alleugeriment de la càrrega de treball i responsabilitat de la xarxa familiar, el que més han destacat les persones entrevistades sobre la seva activitat ha estat la manera com aborda la dimensió relacional i emocional de la cura.

Aquest abordatge de la dimensió emocional i relacional de la cura ha estat detectat en el transcurs de la recerca en diferents situacions de necessitat de cura i inclou, en primer lloc, tant un servei de voluntariat de visites setmanals a domicili per fer companyia a la persona receptora de cura, en especial persones grans, com l'organització d'activitats per impulsar la socialització de les persones cuidadores. Aquest és el cas concret d'Amics de la Gent Gran, segons ens explica la Isabel:

Molt bé, doncs, sí. Són serveis de sortides i un voluntari, tenim. Un voluntari que ve un dia a la setmana i aleshores fem sortides. Hi ha vacances, hi ha sortides a Montserrat. Hi ha diverses activitats. El que passa és que amb el meu marit no em puc desplaçar jo a tot arreu, m'entens? A llocs puntuals.

[ENTREVISTA 3]

També en el marc de l'acompanyament emocional i relacional en els processos de cura, altres persones entrevistades destaquen l'acompanyament en la cura:

Jo, a efectes de voluntariat i fundacions, molt content, la veritat. Era un món que nosaltres no coneixíem, per sort, però ens van tractar molt bé. Les fundacions que diu l'Àngels... **[JOAN]**

... Molta sensibilitat. **[ÀNGELS]**

Molta, molta ajuda, moltes sortides; després si volies fer... Molt d'acompanyament, estaven molt a prop nostre, tant a l'hospital com aquí. La veritat és que et sorprèn, no? La gent que té ganes d'ajudar. I tot voluntariat, eh! I això em va sorprendre molt, molt. Molt agraïts. **[JOAN]**

Sí, perquè al final van ser la nostra família! **[ÀNGELS]**

A l'hospital, els metges i la infermera estan per curar el teu nen, i tu t'has de buscar la vida... És normal! Per una part ho vull entendre així. Després, cadascú té els recursos que té i... però, bé, en aquest aspecte, en temes de fundacions i tot això, estem molt agraïts. Sempre, sempre estarem agraïts, perquè s'han portat molt bé! Molt bé! **[JOAN]**

[ENTREVISTA 8]

L'Àngels i el Joan destaquen particularment l'acompanyament terapèutic a les persones cuidadores familiars:

Sobretot el primer any. Molt intensiu. I jo ara, actualment, mitjançant Oncolliga, que també va ser l'Enriqueta Villavecchia que es va posar en contacte amb aquesta fundació, llavors a mi, jo, faig teràpia, amb una psicòloga. Sí que és veritat que no és setmanal ni quinzenal. **[ÀNGELS]**

Totalment gratuït. **[JOAN]**

I són especialistes, són professionals especialitzats en aquestes circumstàncies. **[ÀNGELS]**

Són psicooncòlegs. **[JOAN]**

O amb familiars amb malalties oncològiques, com és el meu cas. **[ÀNGELS]**

[ENTREVISTA 8]

c. Resum del potencial democratitzador de la cura en el sector privat amb i sense ànim de lucre

Com a conclusió de l'anàlisi i discussió d'experiències de socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre, s'ofereix un breu resum de la seva adequació a les diferents dimensions de la democratització preses en consideració. Tal com es mostra en la taula 20, la cura proporcionada pel sector privat, particularment per part de les empreses mercantils, presenta importants limitacions en clau democratitzadora. Destaquen d'una

manera positiva, d'altra banda, l'abordatge de la dimensió emocional i relacional de la cura, així com la promoció de l'apoderament personal i relacional, de projectes impulsats per entitats de l'economia social i solidària.

Taula 20. Resum del potencial democratitzador de la cura en el sector privat amb i sense ànim de lucre

Experiència/ Servei	Redistribució de càrrega de treball des de la família cap a l'àmbit comunitari	Abordatge de la dimensió emocional de la cura	Abordatge de la dimensió relacional de la cura i de l'aïllament social	Abordatge de la divisió sexual del treball	Capacitat de proporcionar un accés generalitzat	Capacitat d'incloure diversitat i singularitat de perfils i situacions	Apoderament personal	Apoderament relacional
Àmbit privat amb ànim de lucre	Sí. Amb limitacions	No	No	No	Sí. Amb limitacions	Sí. Amb limitacions	N/A	N/A
Àmbit privat sense ànim de lucre	Sí. Amb limitacions	Sí	Sí	No	Sí. Amb limitacions en alguns casos i no en altres	Sí. Amb limitacions	Sí	Sí

Font: Elaboració pròpia.

2.3.4.2. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre

La taula 21 presenta, a partir de les dades recollides mitjançant la realització d'entrevistes i l'anàlisi de documentació, de literatura i d'altres fonts d'informació, una relació de propostes d'actuacions que hem elaborat per promoure la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre.

Taula 21. Propostes d'actuacions per promoure la socialització de la cura vers el sector privat amb i sense ànim de lucre

Eix estratègic	Dimensió	Propostes d'actuació
Socialització	Socialització vers el sector privat	Incorporar en els plecs de contractació de l'Ajuntament de Barcelona de serveis de cura que es promogui la gestió de serveis públics de cura per part d'empreses amb: - coneixement especialitzat, competències i experiència prèvia en processos de cura d'alta qualitat a persones en situació de vulnerabilitat; - amb presència i arrelament en el territori (districtes, barris), tot evitant la provisió uniforme i gerencialista de serveis al conjunt de la ciutat o a grans fragments territorials. Reduir en els plecs de contractació de l'Ajuntament de Barcelona de serveis de cura el pes relatiu de la valoració econòmica i prioritzar condicions de treball i laborals dignes en els plecs de contractació d'empreses per proveir serveis de cura. Monitoritzar periòdicament les empreses i entitats que gestionen programes municipals de cura i atenció a les persones en situació d'autonomia funcional restringida per garantir que respecten els drets laborals de les persones treballadores. Impulsar una reflexió en profunditat del paper que el sector privat mercantil hauria de tenir en la gestió i la provisió de cura. Fer un seguiment periòdic de les empreses i entitats que gestionen programes municipals de cura i atenció a les persones en situació d'autonomia funcional restringida per garantir que respecten els drets laborals de les persones treballadores. Fer un seguiment de l'aplicació de la clàusula social sobre paritat per part de les empreses licitadores amb l'Ajuntament, en especial en les licitacions en el sector educatiu, neteja, treballadores familiars, etc.
	Socialització vers l'economia social i solidària	Fer un estudi de la viabilitat de la creació d'una cooperativa mixta de serveis públics per aglutinar les persones treballadores de la llar i cuidadores i persones usuàries, tot garantint una contractació digna per part de les famílies i la provisió d'una cura de qualitat. Oferir acompanyament i formació per introduir la perspectiva de l'economia feminista en les entitats del sector de l'economia social i solidària. Proporcionar suport institucional per al treball conjunt d'assessorament i d'intercanvi d'experiències de democratització de la cura en l'àmbit de l'economia social i solidària. Oferir acompanyament i suport institucional en la creació de cooperatives de cura i de treball de la llar liderades per treballadores i, possiblement, en col·laboració amb les persones usuàries des de la perspectiva de democratització de la cura.

Font: Elaboració pròpia.



VI. REPTES I AGRAÏMENTS

Durant el desenvolupament de l'estudi hem hagut d'afrontar nombrosos obstacles que han alentit i dificultat enormement la seva elaboració. En primer lloc, destaca la situació de fragilitat i vulnerabilitat de moltes de les persones entrevistades, les quals, sovint, per raons diverses, com ara problemes de salut, de memòria o de desconfiança a causa de l'aïllament social en què viuen, no ens han volgut obrir la porta de casa seva. En segon lloc, hem identificat que determinats perfils, tant de persones cuidadores com d'usuàries de serveis de cures, constitueixen col·lectius especialment inaccessibles. En concret, ens ha costat concertar entrevistes amb dones de més de 90 anys que visquin soles, amb mares al front de famílies monoparentals, i amb dones d'origen migrant usuàries de serveis públics adreçats a la infantesa. Altra ment, cal subratllar que un dels obstacles principals que hem tingut ha estat la pobresa de temps de les persones cuidadores. Les sobrecàrregues globals de feina que viuen quotidianament van dificultar especialment que ens poguessin dedicar al voltant de dues hores a la realització d'una entrevista d'aquestes característiques. En darrer lloc, la constatació que, tal com es defensa des de l'economia feminista, l'economia de les cures és transversal al conjunt de la societat, no ens ha permès cobrir totes les dimensions, situacions i experiències que caracteritzen la pràctica de tenir i rebre cura en el dia a dia de la ciutat. Les veus més absents en l'estudi són, sens dubte, les de la gent jove i les de la gent adulta en situació de discapacitat. Esperem cobrir aquesta mancança en recerques futures, ja que estem convençudes que escoltar les seves veus és un pas imprescindible per obtenir una mirada global i completa a l'economia de les cures.

D'altra banda, volem destacar que ha estat imprescindible el suport que hem rebut per part de les persones treballadores, tant en serveis públics, com en

entitats privades i espais comunitaris: ens ha ajudat enormement a establir un primer contacte amb els treballadors i treballadores d'equipaments i serveis, així com amb les persones cuidadores i usuàries de serveis. Sense la col·laboració de totes elles, la realització de l'estudi encara hagués estat més difícil.

Així, volem donar les gràcies, en primer lloc, a totes les persones cuidadores i receptores de cura que ens han obert les portes de casa seva per la seva amabilitat i confiança, tot i que no hem fet servir els seus noms reals per respectar la seva confidencialitat. Sabem que per a totes elles el temps propi és un bé escàs i preuat, i confiem haver sabut recollir la seva veu i les seves experiències amb l'objectiu de millorar les polítiques de cura a la ciutat en tots els seus vessants.

Volem donar les gràcies també a totes les persones professionals i voluntàries dels serveis públics, entitats privades i espais comunitaris que han confiat en la nostra recerca i ens han facilitat l'establiment del primer contacte per a la producció de les entrevistes, tant amb el personal d'equipaments i serveis, com amb les persones usuàries de serveis i persones cuidadores. En primer lloc, volem agrair a la Tona Calvo la feina duta a terme i el fet que ens ajudés a contactar amb les persones responsables d'equipaments i serveis municipals. En segon lloc, volem manifestar el nostre agraïment a les companyes i companys de la Xarxa d'Economia de les Cures a les Escoles i Instituts (Mirta Lojo, Montserrat Roset, Raul López, Nani Hidalgo, Adelina Escandell, Rosa Bofill, Àngels Caba, Immaculada Bargallo, Èlia Martínez Caba i Guillermo Gorostiza), pel seu compromís i motivació, pel seu bagatge i aportacions, i per la seva implicació en el projecte i en la concreció de mesures.

Finalment, donem les gràcies a totes les persones vinculades a les nombroses entitats i projectes que nodreixen el món de l'economia de les cures, en el seu ampli ventall de dimensions, projectes i disciplines professionals, l'ajut inestimable que ens han ofert en el decurs d'aquesta investigació per establir contactes i ubicar perfils: Alba Calvo (Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya); Begoña Giménez (Servei de Dol de Ponent); Albert Quiles i Regina Martínez (Amics de la Gent Gran); David Aparicio (Espai Familiar del Raval); Irene Costa (AFANOC); Marta Torruella (Associació de Cuidadors Familiars de Barcelona); Maria Antònia Arnau (Col·legi de Metges de Barcelona); Aurora Álvarez Yoyi (Ateneu Popular 9 Barris); Xabier Ballesteros (La Colla Cuidadora); i Alba Ríos i Carla Sallent (Suara Cooperativa).



VII. BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

- GONZÁLEZ, María José i JURADO GUERRERO, Teresa. (2015). *Padres y madres corresponsables. Una utopía real*. Madrid: Catarata.
- III Conveni col·lectiu del sector del lleure educatiu i sociocultural de Catalunya per als anys 2011 a 2016 (codi de conveni núm. 79002295012003). Disponible a: CVE-DOGC-A-15187029-2015 (núm. 6910 - 10.7.2015).
- IV Conveni col·lectiu de treball d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya per als anys 2015 a 2018 (codi de conveni núm. 7900152501999). Disponible a: CVE-DOGC-A-15075002-2015 (núm. 6834- 19.3.2015).
- KELLER, Christel. (2015). *Grupos de Crianza Compartida. Experiencias de organización comunitaria del cuidado*. Treball final de màster.
- LAMAUTE-BRISSE, Nathalie. (2010). *Economía del cuidado de la niñez en Haití: proveedores, hogares y parentesco*. Santiago de Chile: CEPAL.
- LAVAL, Christian i DARDOT, Pierre (2015) *Común. Ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. Barcelona: Gedisa.
- LEITNER, S. (2003). «Varieties of familism. The caring function of the family in comparative perspective», a *European Societies*, núm. 5(4), pp. 353-375.
- LEÓN, Magdalena. (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo.
- LEÓN, Margarita. (2010). *Tensions between formalization and informalization of elderly care*, conferència «Transforming care: provision, quality, and inequality in late life», Copenhagen.
- LEÓN, Margarita. (2013). «A real job? Regulating household work: the case of Spain», a *European Journal of Women's Studies*, núm. 20(2), pp. 170-188.
- Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social (BOE del 2 d'agost de 2011).
- LOIS, Marta i ALONSO, Alba (coords.). (2014). *Ciencia política con perspectiva de género*. Madrid: Akal.
- LÓPEZ, H. (2016). «Gregar, una cocina como motor del Besòs», a *El Periódico de Catalunya*, 1 de desembre del 2016.
- MONTESI, Michela. (2015). «Información y crianza con apego en España», *XI Congreso y II Congreso ISKO España-Portugal, 19-20 de noviembre del 2015, Organización del conocimiento para sistemas de información abiertos*. Murcia: Universidad de Murcia.
- MURCIA, Ana. (2012). *La economía del cuidado en la agenda de la cooperación internacional para el desarrollo. Las políticas de los cuidados en América Latina. Una aproximación a Panamá y Uruguay*. Treball final de màster de la Universitat Autònoma de Barcelona.

- NAROTZKY, S. (2008). «Trabajo doméstico a domicilio y trabajo doméstico en la globalización neoliberal. Del feminismo igualitarista a la ética del cuidado: situando la responsabilidad», *I Congreso Internacional sobre Género, Trabajo y Economía Informal*, Elx.
- NAROTZKY, S. i SMITH, G. (2006) *Immediate Struggles. People, Power and Place in Rural Spain*, Berkeley, California: University of California Press.
- ORGANITZACIÓ INTERNACIONAL DEL TREBALL. (2015). *Women and the Future of Work - Taking care of the caregivers*, disponible a: <http://www.ilo.int/global/docs/WCMS_351297/lang-en/index.htm>.
- PENG, Ito. (2009). *The Political Economy and Social Economy of Care in the Republic of Korea*. Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.
- PEÑA, Ximena i URIBE, Camila. (2013). *Economía del cuidado: valoración y visibilización del trabajo no remunerado*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- PÉREZ OROZCO, Amaia. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- PÉREZ OROZCO, Amaia. (2016). «Políticas al servicio de la vida: ¿políticas de transición?», a FUNDACIÓN DE LOS COMUNES (ed.), *Hacia nuevas Instituciones democráticas. Diferencia, sostenimiento de la vida y políticas públicas*, Madrid: Traficantes de Sueños, pp. 61-102.
- PINHEIRO, Marcos. (2016). «La justicia avala las cláusulas sociales que el Ayuntamiento de Madrid exige en los contratos públicos», *Eldiario.es*, 13.02.2016, disponible a: <http://www.eldiario.es/madrid/clausulas-Ayuntamiento-Madrid-contratos-publicos_0_483302367.html>.
- PUIG, Jordi i SEGURA, Marta. (2015). *Anàlisi del potencial del capital social dels grups de criança en el procés educatiu de 0-3 anys*, Barcelona: Regidoria d'Educació de l'Ajuntament de Barcelona.
- RAZAVI, Shahra. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Ginebra: The United Nations Research Institute for Social Development.
- Real Decreto 1424/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del Servicio del Hogar Familiar (BOE del 13 d'agost del 1985).
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro (BOE del 19 de diciembre del 2006).

- REAS EUSKADI. (2014). *Sostenibilidad de la vida. Aportaciones desde la Economía Solidaria, Feminista y Ecológica*. Bilbao: REAS Euskadi.
- RECIO, C.; MÉNDEZ, E.; ALTÉS, J. (2009). *Los bancos del tiempo: experiencias de intercambio no monetario*. Barcelona: Graó.
- RIVERO RECUENCO, Ángel (dir.). (2008). *De la conciliación a la corresponsabilidad: buenas prácticas y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- TORNS, Teresa (dir.). (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- VALLINA, Ana. (2014). «Dones en lluita per dignificar una professió», a *La Directa*, 22.10.2014, disponible a: <<https://directa.cat/dones-en-lluita-dignificar-una-professio>>.
- YANAGISAKO, S. (2002). *Producing Culture and Capital. Family Firms in Italy*, Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press.



VIII. SOBRE LES AUTORES

L'equip d'investigació ha estat integrat per la directora de la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC), i coordinadora del Grup de Recerca en Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives de la UVic-UCC (**Sandra Ezquer-
ra**) i per un membre de la cooperativa La Ciutat Invisible (**Elba Mansilla**). A continuació es proporciona un breu perfil curricular de cadascuna d'elles.

**Sandra Ezquer-
ra** és llicenciada en Història i Antropologia Social i Cultural per la Universitat de Barcelona. Té un màster en Sociologia per la University of Oregon (EUA) i el doctorat en Sociologia per la mateixa universitat. En l'actualitat és professora agregada a la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya en l'àmbit de la inclusió social i les polítiques socials i de salut. L'any 2013 va fundar el grup de recerca Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI) en aquesta mateixa universitat, del qual n'ha estat la coordinadora des d'aleshores. Durant aquests anys, el SoPCI ha impulsat diversos projectes de recerca i transferència de coneixement en l'àmbit de la inclusió social, el gènere i la innovació social. **Sandra Ezquer-
ra** també és, des de finals de l'any 2015, directora de la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, des d'on busca impulsar la formació, la transferència de coneixement i l'acció social en l'àmbit de l'economia feminista.

En els darrers anys, les seves investigacions s'han centrat en l'àmbit de l'economia feminista i l'economia de les cures. Els seus escrits i la seva producció científica han girat al voltant d'anàlisis de les relacions entre la crisi econòmica i l'anomenada «crisi de les cures», i sobre les potencialitats de l'àmbit públic i el comunitari com a eixos vertebradors d'una nova organització social de la cura. L'any 2015 va participar en l'organització del V Congrés

Estatut d'Economia Feminista a Vic, el qual va aplegar quatre-centes persones provinents del món acadèmic, de l'economia social i solidària i dels moviments socials per compartir resultats de diverses recerques i debatre propostes des de l'economia feminista als reptes socials i econòmics plantejats per la crisi actual.

Elba Mansilla és llicenciada en Periodisme per la Universitat Autònoma de Barcelona i té un postgrau en Assessorament Lingüístic i Serveis Editorials per la Universitat de Barcelona. Des de l'any 2005 és sòcia de treball de la cooperativa La Ciutat Invisible, SCCL, on treballa en les àrees d'Investigació, Formació i Comunicació. L'any 2012 va obtenir l'ajuda a la investigació Francesca Bonnemaison per realitzar l'estudi *Femení i plural: dones a l'economia cooperativa*, i l'any 2011 va aconseguir la beca Joan Peiró per a la realització del documental *Territori cooperatiu: experiències de l'economia social al Maresme*.

L'octubre del 2014, des de la Comissió d'Economies Feministes de la XES, va coimpulsar l'eix de gènere de la Fira d'Economia Solidària de Catalunya (FESC) i el novembre del mateix any va formar part del grup motor de la Fira d'Economia Feminista. Des de l'elaboració de la investigació *Femení plural*, està impulsant el contagi de valors i pràctiques entre economia solidària i moviment feminista des d'espais diversos, com ara la FESC (octubre del 2014 i 2015), el IV Congrés de Dones del Baix Llobregat (setembre del 2014), la Fira d'Economia Feminista (novembre del 2014), la Diputació de Barcelona (desembre del 2014), la X Trobada de REAS Aragó (maig del 2015), el V Congrés Estatal d'Economia Feminista (juliol del 2015) i la XII Trobada de Dones del Prat de Llobregat (setembre del 2015).

Altrament, i amb l'objectiu de procurar eines pràctiques que millorin la visibilitat de les dones i la sostenibilitat dels equips de treball a les cooperatives i entitats socials, ha codissenyat, coordinat i executat el projecte «Cooperació necessària: eines per a una economia cooperativa i feminista», desenvolupat durant la tardor del 2015 als barris de Nou Barris, Poblenou, Poble-sec i Sants de Barcelona. També ha impartit diverses sessions formatives en els mateixos àmbits en els cursos «Cooperativisme i economia solidària: una introducció» (Barcelona, octubre del 2015 i febrer i març del 2016) i «Eines per emprendre col·lectivament» (Els Monjos/Vilafranca del Penedès, novembre del 2015).

Com a equip, **Sandra Ezquerro** i **Elba Mansilla** han elaborat prèviament l'informe *Polítiques Municipals, Acció Comunitària i Economia de les Cures a la Ciutat de Barcelona*, i participen juntes en el projecte «Crisis i alternatives en femení: anàlisi d'impactes i estratègies de les dones a Catalunya en l'àmbit de l'economia social i solidària», guanyador de l'ajut a la recerca RecerCaixa 2015.