



## Estudios e Investigaciones

# NUEVAS PROFESIONES PARA LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO COTIDIANO

Equipo investigador dirigido por: Teresa Torns Martín

- *Vicent Borràs*
- *Sara Moreno*
- *Carolina Recio*

Universidad Autónoma de Barcelona

**NIPO: 685-14-035-8**

*Exp.120 /11*



# Nuevas Profesiones para la Organización Social del Cuidado Cotidiano - PROFESOC

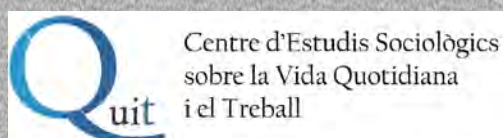
---

## *MEMORIA FINAL DE INVESTIGACIÓN*

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Teresa TORNS MARTÍN

Equipo investigador: Vicent Borràs, Sara Moreno y Carolina Recio

*Expte. de Referencia: 2011-0004-INV-00120*



*Febrero 2014*

---

# SUMARIO

<b>Presentación</b>	2
<b>I. Introducción teórica</b>	7
1. Estado de la cuestión	7
1.1. Un modelo de bienestar en crisis	7
1.2. Los cuidados en el centro de la problemática del bienestar	13
2. Las posibles alternativas: la organización social del cuidado	23
2.1. El núcleo duro de las alternativas: Los cuidados de larga duración	25
2.2. Los servicios de cuidados de larga duración: una necesidad no legitimada	25
3. Los servicios de cuidados de larga duración y los límites de su profesionalización	29
3.1. Estructura profesional	30
3.2. Relaciones de poder	30
3.3. Imaginarios y preferencias	32
3.4. Contenido y formas del trabajo	32
4. A modo de síntesis	33
<b>II. Objetivos</b>	34
<b>III. Metodología</b>	39
Introducción	39
1. Modelo de análisis	39
2. Estrategia Metodológica	41
2.1. Análisis cuantitativo	41
2.2. Análisis cualitativo	43
<b>IV. Los resultados de investigación</b>	48
Introducción	48
1. Los discursos de las cuidadoras	49
1.1. Las dificultades simbólicas para la profesionalización del trabajo de cuidado	49
1.2. Trabajo, profesión y relaciones de poder: las dificultades materiales	72
2. El discurso de los actores sociales y las personas expertas	92
2.1. Dificultades vinculadas al desprestigio de los cuidados	93
<b>V. Conclusiones y prospectiva</b>	117
1. Síntesis de los resultados según los objetivos específicos	117
2. Algunas reflexiones para ampliar el debate sobre la profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración	125
<b>VI. Actividad divulgativa y difusión de resultados</b>	129
<b>VII. Bibliografía</b>	132
<b>VIII. Anexos</b>	136

## PRESENTACIÓN

---

Explorar las posibilidades de creación de nuevos perfiles profesionales capaces de hacer frente a las necesidades sociales relacionadas con los cuidados de las personas en su vida cotidiana fue el primer objetivo de este estudio. No se trataba de analizar cualquier tipo de necesidad ni de considerar a todas las personas sino solo de tener en cuenta aquellas necesidades que han ido surgiendo en las sociedades del bienestar, en estas últimas décadas. Y de centrar la atención en un volumen creciente de personas que, en esas sociedades y, particularmente en España, son consideradas como dependientes. Cuestiones ambas que, a pesar de no estar ni en el centro del debate académico ni en el debate social y político, fue planteado a la espera de que, tras un buen diagnóstico, surgieran propuestas de intervención y mejora. Pero como tantas veces sucede en el territorio de la investigación sociológica, los resultados obtenidos, aunque llenos de interés, solo han satisfecho, en parte, ese objetivo.

Para hacer que ese objetivo principal se tornase viable, hubo que replantearlo para lograr un enfoque más preciso. Así fue como la especificidad de las necesidades de cuidados de las personas dependientes condujeron a centrar el objeto de estudio en los servicios de cuidados de larga duración, los conocidos en inglés como *Long Term Care Services*. Ya que, en principio, ése era el territorio idóneo donde cabía plantear la formulación de las nuevas profesiones, que daban título a este proyecto. Pero, en el transcurso de la investigación, también fue quedando claro que buscar las razones explicativas del porqué de la existencia de tales servicios, y/o de la necesidad de profesionalizarlos, abre la puerta hacia una problemática sino distinta sí mucho más amplia y compleja. Incluso pudiera decirse que esta investigación tratando de elaborar un catálogo de nuevas profesiones, en el ámbito de los servicios de cuidados, tropezó con una realidad que convierte el objetivo principal – la elaboración del mencionado catálogo – en un objetivo menor o secundario. Ya

que esa obligada profesionalización de tales servicios, probablemente, puede y debe ser una solución pero, en modo alguno, puede ser la única respuesta al reto que los cuidados de larga duración plantean en las sociedades del bienestar y, muy particularmente, en España.

De hecho, las sospechas sobre la pertinencia o no de esa profesionalización estuvieron presentes desde el comienzo del estudio, pues se sabía que las profesiones realmente existentes en este ámbito, apenas son reconocidas y valoradas. Incluso se había podido comprobar, en análisis anteriores (Torns *et al.* 2009) que lo más parecido a esos servicios, los llamados servicios de atención a la vida diaria (SAD), casi nunca han sido promovidos como políticas de empleo ni contemplados como pieza clave de las políticas de bienestar. Una falta de promoción que persiste, en la actualidad, a pesar de que en su día fueron reconocidos, por la UE, como uno de los diecisiete yacimientos de empleo. Formaron parte de las recomendaciones europeas para impulsar la conciliación de la vida laboral y familiar. Y, en España, han sido pieza esencial del desarrollo de la popularmente citada como “ley de dependencia”.

Pero que las sospechas existieran y que, además, el contexto de crisis que asola las sociedades del bienestar no contribuyera a sentar las bases de una mejor y renovada profesionalización de los mencionados servicios de cuidados no fabricó el desistimiento, antes al contrario. En realidad, también se sabía, desde el inicio, que las necesidades de cuidados que cubren los servicios a la dependencia, como también se les conoce, ya están siendo cubiertas, de manera más o menos profesional. En concreto, mediante el trabajo de cuidados no pagado, llevado a cabo por las mujeres de la familia, o mediante el empleo de mujeres, inmigradas, en su mayoría. Mujeres que son contratadas, casi siempre, en condiciones precarias o de cuasi esclavitud, si bien ese panorama varía según (Bettio 2011) los países de la UE consideren esos servicios como parte fundamental de las políticas de bienestar.

Sin embargo, aunque ése era el contexto de partida, si algo ha quedado claro tras los resultados obtenidos en esta investigación, es la posibilidad de delimitar, de manera razonable, cuáles y qué tipo de dificultades limitan o impiden la profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración. Así, se ha constatado la existencia de unas dificultades que provienen, bien de

la lógica de las profesiones existentes, bien de los imaginarios colectivos que amparan los valores, pautas y tradiciones familiares y culturales, hegemónicas en la sociedad española. Y si bien todo hacía esperar que explorar el primer grupo de dificultades, las ligadas a las profesiones, constituiría el mejor camino para satisfacer los objetivos del estudio, la propia dinámica de la investigación hizo variar esa lógica. En concreto, la complejidad de las dificultades relacionadas con el segundo grupo, las relativas a los imaginarios, pautas, valores y tradiciones citadas, acabó convertido en el eje prioritario sobre el que han girado las explicaciones encontradas.

Aun así, los resultados obtenidos en relación al primer grupo de dificultades han permitido esclarecer la existencia de una jerarquía entre las profesiones ya existentes, que no siempre aparece de modo claro y transparente. Jerarquía que afecta y, en gran manera, al contenido y desarrollo de las tareas que se ven obligadas a desempeñar las actuales empleadas de los mencionados servicios de cuidados. Y que, según el análisis de las percepciones subjetivas de las profesionales y empleadas entrevistadas, no es algo de fácil resolución. Puesto que está lejos de poder paliarse con una reformulación de la acreditación de las habilidades y competencias, actualmente vigentes en la formación requerida, hasta la fecha, para desempeñar tales empleos, cuando tal requerimiento existe. Tal cuestión, según indican los resultados obtenidos y, a nuestro parecer, afecta a los prestigios, legitimidades y valores, que han sido capaces de impregnar la construcción de las profesiones, también relacionadas con los cuidados a las personas, aunque de otro modo: servicios sociales, de salud y/o enseñanza. Y cuya ausencia en los servicios de cuidados de larga duración constituye un escollo que se debe resolver no solo con una revisión de las categorías profesionales existentes. Sino también, mediante el cuestionamiento de las relaciones de poder que acompaña la existencia del conjunto de las profesiones relacionados con los cuidados. Y esa es una propuesta que sospechamos es de difícil resolución, a pesar de su conveniencia.

Los resultados relativos al segundo grupo de dificultades describen y razonan de manera argumentada la existencia de un régimen español de cuidados, ya descrito en la literatura especializada como un modelo de bienestar mediterráneo. Lo que significa que el análisis de las percepciones de

las empleadas en los servicios de cuidados a personas dependientes, de las mujeres cuidadoras las familias y de las personas expertas en la materia, emerge una cultura de los cuidados familiarista y un ideal de cuidados donde predomina el deseo de ser cuidado “en casa con la familia”. Todo ello contextualizado por unas políticas de bienestar, en vías de recuperación del asistencialismo perdido, tras el relativo fracaso de la popularmente nombrada como ley de dependencia. La fuerza y hegemonía de tal situación es de tal magnitud que lejos de una cuantificación, nunca contemplada, permite afirmar como síntesis de los resultados de este estudio el razonamiento siguiente. Ese contexto familiarista y asistencialista y esos valores socioculturales conforman, casi sin lugar a dudas, el grueso de las dificultades que impiden la profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración. Por lo que, como ya se ha comentado al comienzo de este apartado, el catálogo de nuevas profesiones no es, por ahora, la meta que más urge plantear. Y, en cualquier caso, hay otras propuestas que parecen ser más apropiadas. De algunas de ellas se da cuenta, en el apartado de conclusiones que, esperamos, también sean tenidas en cuenta.

Llegado el momento de los agradecimientos, queremos hacer mención explícita, en primer lugar, de todas las personas a quienes hemos entrevistado y/o participaron en los grupos de discusión realizados y que nos brindaron su tiempo y amabilidad. A todas aquellas otras que hicieron posible la mediación para lograr los contactos necesarios para que el trabajo de campo fuese llevado adelante. A quienes han transcrito los discursos obtenidos. A quienes participaron en las dos Jornadas que tuvieron lugar en el transcurso de la investigación, ponentes, comunicantes y asistentes y soportes a la organización de las mismas. Porque ellas nos permitieron enriquecer el estudio y, muy particularmente, fijar mejor nuestras conclusiones y las propuestas. Ha sido una investigación muy pegada al terreno de quienes saben desde la práctica de oficio, desde la experiencia, desde las responsabilidades institucionales y desde la reflexión y el debate. Y ello ha sido un lujo para quienes vivimos en la “Academia”. A todas ellas nuestro agradecimiento. Y de manera muy principal, queremos agradecer la colaboración siempre extraordinaria de Isabel Hernández, coordinadora y soporte del grupo de

investigación QUIT que nos ha seguido y acompañado, desde el inicio hasta el final, para que esta investigación fuese posible.

Bellaterra, febrero 2014.



# I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

---

## 1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

### 1.1. Un modelo de bienestar en crisis

La necesidad de atender las nuevas necesidades sociales que han surgido a raíz de los cambios habidos en las sociedades del bienestar contemporáneas, en estas dos últimas décadas, es algo que parece fuera de duda. Necesidades de las que si bien puede cuestionarse su novedad, la mayoría de especialistas no dudan en relacionar con las transformaciones demográficas, los cambios en la familia y la denominada incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo. Si, además, tales cambios se contemplan desde la perspectiva de género puede apreciarse cómo el primer factor tiene que ver con el proceso de envejecimiento de la población y la reducción de la natalidad. Proceso que redundará en un masivo aumento de las necesidades de atención al cuidado de las personas etiquetadas como dependientes. El segundo trata de la paulatina desaparición del modelo patriarcal de familia, el denominado declive del modelo *male breadwinner/female caregiver* (Crompton 1999; Lewis 2001). Modelo en el que el hombre es considerado el principal proveedor de ingresos y la mujer, el ama de casa cuidadora de los demás miembros de la familia. Y el tercer factor alude al aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo formal. Un aumento que implícitamente considera que su consecuencia ha sido el abandono femenino de las tareas domésticas y de cuidado. Aunque la realidad sea muy otra, tal como desmienten las encuestas del uso del tiempo (Aliaga 2006; Encuesta Empleo del Tiempo-INE 2009). Y algunos estudios que, por solo citar los destinados a analizar la conciliación de la vida laboral y familiar (Tobío 2005, 2010; Torns 2005, 2011; GPI 2008), no dejan de mostrar cómo esa mayor presencia femenina en el mercado laboral no ha sido

correspondida por una mayor participación masculina en las tareas domésticas y de cuidados.

En definitiva, las mencionadas transformaciones surgidas en las sociedades del bienestar contemporáneo han hecho aparecer unas necesidades sociales que, nuevas o no, necesitan ser atendidas de modo distinto. En este punto algunas especialistas señalan la existencia de una “crisis de los cuidados” (Hochschild 2001; Pérez Orozco 2006; Vega 2009). Y la problemática es de tal calado que otras estudiosas como Lewis (2007) incluso llegan a plantear la necesidad de alcanzar un nuevo acuerdo social, similar al que fundó el actual Estado del Bienestar en Europa, tras la Segunda Gran Guerra. Ya que la urgencia de atender, como mínimo, las necesidades devengadas por el proceso de envejecimiento son incuestionables en las mencionadas sociedades. Unos años antes, esa misma autora había reclamado que las políticas de bienestar incluyeran el *social care* o la organización social del cuidado, en una traducción todavía poco consensuada de ese lema al castellano (Daly y Lewis 2000), a fin de atender esas nuevas necesidades sociales. Reivindicación que trata de basar sus argumentos en planteamientos similares a los que hicieron posible el surgimiento de la protección social de la población ocupada europea. Y fueron capaces de ampliar esa protección a través de la universalización de la sanidad y la educación para toda la población europea occidental, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.

El escenario idóneo para visualizar tales necesidades es el de la vida cotidiana porque, tal como recordara Agnes Heller (1977) y otras especialistas (Saraceno 1986; Torns *et al.* 2006), ése es el espacio donde transcurre la reproducción de la vida humana. Y es ahí donde de manera formal e informal se desarrollan las tareas cotidianas de cuidados y atención a la vida de las personas. Tareas que están en el centro de todas las soluciones ideadas, en los países de la UE, para solventar dichas necesidades y que, en su mayoría, se enmarcan en el ámbito de las políticas sociales. Sin embargo, tales soluciones no acostumbran a ser apreciadas como un elemento activo de las políticas de empleo, aunque debieran. Afirmación que no resulta del todo cierta, porque sí hubo en Europa una propuesta que contempló la creación de empleo ligada a los denominados servicios de atención a la vida diaria (SAD). Como se

recordará, tal propuesta formó parte de los ahora olvidados yacimientos de empleo que, bajo el impulso de Jacques Delors, dibujaron el contenido, en 1993, del Libro Blanco *Crecimiento, Competitividad, Empleo. Retos y vías para entrar en el siglo XXI*. Una propuesta que pretendía afrontar el reto de hacer converger la creación de empleo con la cobertura de las nuevas necesidades sociales de la época. Más específicamente, los SAD se pensaron como solución para hacer frente al envejecimiento de la población y al consiguiente aumento de la “población dependiente”. De modo tal se creyó en ello, que en 1995 la Comisión Europea reconoció que dichos servicios eran uno de los diecisiete yacimientos de empleo. Y esperaban que el desarrollo y la consolidación de este sector de servicios respondieran, de manera renovada, al doble objetivo de generar puestos de trabajo y mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población (Cachón 1997). Poco después desde Europa se confirmaba que, entre el año 1995 y el 2001, el 18% de la creación total de empleo correspondía al sector de los servicios relacionados con *health and social care* y aunque no se ofrecían cifras concretas, se preveía que ése iba a ser un sector en expansión (EUROFOUND 2006). No obstante ese mismo estudio alerta sobre la falta de atractivo de los empleos específicamente ligados a ese tipo de servicios, particularmente entre las personas jóvenes. Previsiones y alerta que los informes del CEDEFOP sobre formación refuerzan al apuntar la necesaria adaptación de los *curriculums* formativos, dado que este tipo de sector será clave en el futuro (CEDEFOP 2012).

No obstante, durante los años transcurridos desde entonces, una cierta carencia de concreción inicial ha dado paso, en España, a una serie de políticas que no siempre han podido o sabido vincular este yacimiento de empleo, ni la formación correspondiente, con la satisfacción de las necesidades sociales que, en estos últimos años, no han hecho más que aumentar. Afirmación que encuentra sus argumentos en investigaciones, como los realizados por el mismo equipo que firma este estudio<sup>1</sup>, donde se hacía evidente la falta de conexión entre la creación de ese tipo de servicios SAD y la promoción del empleo en los planes de desarrollo local. Si bien, también, puede constatarse la existencia de algunos buenos ejemplos, como por

---

<sup>1</sup> Estudio “Desarrollo local, social y sostenible con generación de empleo”, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (Ref. SEJ2005-04078).

ejemplo, los programas ILOSER, impulsados desde la Diputación de Barcelona, con fondos europeos, o el caso más específico del programa EMERGIM impulsado por los ayuntamientos del EJE DIAGONAL (Rubio 2005) en Catalunya, que de alguna manera aminoran estas carencias. Si bien, deba precisarse que todo ello sucedió antes de la irrupción de la crisis, y que en estos últimos cinco años transcurridos, tales propuestas parecen haber quedado en el limbo de los justos, a la espera de mejores tiempos.

### ***1.1.1. Envejecimiento y dependencia***

Tal como se ha mencionado en el apartado anterior, el primer factor que explica el surgimiento de las necesidades sociales en cuestión tiene que ver con el proceso de envejecimiento de la población y la reducción de la natalidad. Proceso que redundará en un masivo aumento de las necesidades de atención al cuidado de las personas etiquetadas como dependientes. Las proyecciones demográficas que realiza el INE muestran el incremento en el número de personas mayores para el año 2020, especialmente de las muy mayores, tal como puede observarse en la tabla 1. En consecuencia, las proyecciones de población a corto plazo que realiza el INE muestran como el índice de dependencia senil ( $\geq 64$  años de la población en relación a las personas entre 15 y 65 años) era del 26,14 en 2012 y que alcanzará el 35,1 en 2023.

**Tabla 1. Población residente en España a 1 de Enero por edad y año**

	2011	2020	Crecimiento absoluto	Crecimiento relativo
0 a 4 años	2484899	2246546	-238353	-9,6
5 a 9 años	2336024	2462849	126825	5,4
10 a 14 años	2144249	2507719	363470	17,0
15 a 19 años	2210504	2388249	177745	8,0
20 a 24 años	2544195	2308163	-236032	-9,3
25 a 29 años	3217197	2511119	-706078	-21,9
30 a 34 años	3952691	2833317	-1119374	-28,3
35 a 39 años	3986966	3415756	-571210	-14,3
40 a 44 años	3742004	3930080	188076	5,0
45 a 49 años	3483471	3826595	343124	9,9
50 a 54 años	3095718	3583011	487293	15,7
55 a 59 años	2638149	3281188	643039	24,4
60 a 64 años	2438961	2867062	428101	17,6
65 a 69 años	2100332	2432186	331854	15,8
70 a 74 años	1741583	2172619	431036	24,7
75 a 79 años	1711870	1689732	-22138	-1,3
80 a 84 años	1261952	1294146	32194	2,6
85 a 89 años	719844	941379	221535	30,8
90 a 94 años	263631	416901	153270	58,1
95 a 99 años	65160	112205	47045	72,2
100 y más años	8039	14103	6064	75,4
<b>TOTAL</b>	<b>46147439</b>	<b>47234925</b>	<b>1087486</b>	<b>2,4</b>

Fuente: Proyecciones de población a corto plazo, Instituto Nacional de Estadística

Este envejecimiento de la población se asocia, lógicamente, con advertencias relacionadas con el estado de salud de las personas mayores. Y ahí, de nuevo, los datos existentes confirman que la probabilidad de tener alguna dificultad o limitación para realizar las actividades cotidianas aumenta notablemente con la edad. Siendo un claro ejemplo de ello, los datos que muestran la tabla 2.

**Tabla 2. Población con alguna discapacidad por edad y sexo. España**

2008	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
De 0 a 5 años	60,4	1,6	36,4	2,4	24,0	1,0
<b>De 6 a 64 años</b>	<b>1560,4</b>	<b>40,6</b>	<b>754,5</b>	<b>48,7</b>	<b>805,9</b>	<b>35,0</b>
De 6 a 15 años	78,3	2,0	50,7	3,3	27,6	1,2
De 16 a 24 años	75,1	2,0	46,5	3,0	28,6	1,2
De 25 a 34 años	168,7	4,4	98,8	6,4	69,8	3,0
De 35 a 44 años	286,5	7,4	149,4	9,7	137,0	6,0
De 45 a 54 años	406,0	10,6	181,9	11,8	224,1	9,7
De 55 a 64 años	545,8	14,2	227,1	14,7	318,7	13,9
<b>De 65 a 79 años</b>	<b>1201,3</b>	<b>31,2</b>	<b>454,8</b>	<b>29,4</b>	<b>746,5</b>	<b>32,5</b>
De 65 a 69 años	292,8	7,6	124,2	8,0	168,6	7,3
De 70 a 74 años	404,7	10,5	147,5	9,5	257,2	11,2
De 75 a 79 años	503,8	13,1	183,2	11,8	320,6	13,9
<b>De 80 y más años</b>	<b>1025,8</b>	<b>26,7</b>	<b>301,9</b>	<b>19,5</b>	<b>723,9</b>	<b>31,5</b>
De 80 a 84 años	482,6	12,5	148,6	9,6	333,9	14,5
De 85 a 89 años	339,8	8,8	103,2	6,7	236,6	10,3
De 90 y más años	203,4	5,3	50,0	3,2	153,4	6,7
<b>TOTAL</b>	<b>3847,9</b>		<b>1547,7</b>		<b>2300,2</b>	

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008, INE.

Entre los motivos de preocupación ante las dificultades de cobertura de tal tipo de necesidades sociales cabe mencionar, además, el agujero demográfico que supone la paulatina desaparición de las mujeres de la generación contigua (45 a 65 años), también conocidas como *generación sandwich* (Miller 1981; Williams 2004). Mujeres que han sido, hasta la fecha, las encargadas de desempeñar las tareas de cuidados y atención a las personas dependientes de la familia (criaturas y personas mayores, principalmente). Una generación que asiste al desvelamiento de una realidad que deviene insatisfactoria no porque la mayoría de esas mujeres hayan dejado de llevar a cabo el trabajo de cuidados cotidiano, sino porque ha aumentado su presencia en el mercado de trabajo formal e informal. Situación que deviene problemática al haberse alargado el ciclo de vida de la población, haber un número cada vez menor de mujeres de tal generación y haberse incrementado esas necesidades de cuidados y las dificultades para solventarlas. Si bien deba constatar que todo ello sucede sin que el problema social estalle, al menos de momento. Las autoras que etiquetan tal situación bajo el lema “crisis de los cuidados” (Hochschild 2001; Pérez Orozco 2006; Benería 2008; Vega 2009), observan,

además, la creciente presencia de mujeres inmigradas que llegan a las sociedades del bienestar, para atender las necesidades de cuidados de la población, considerada dependiente. Una solución que, principalmente en los países del sur de Europa, se consiente y silencia. Pues suelen ser habituales la informalidad, los pésimos empleos y unas condiciones de vida precarias, que afectan a una población inmigrada, compuesta en su mayoría por mujeres. Situación que hace evidente las contradicciones e insuficiencias del modelo social europeo y de la sostenibilidad de la vida en las sociedades del bienestar, aun antes de la existencia de la crisis, iniciada a finales del 2007.

## **1.2. Los cuidados en el centro de la problemática del bienestar**

El concepto de cuidados está en el centro de la problemática que gira en torno a las necesidades sociales mencionadas. El llamado *care*, en castellano cuidado o cuidados (Carrasco *et al.* 2011) es un concepto complejo y polisémico, difícil de definir. Desde los años 80 del siglo XX, se han desarrollado diversas aproximaciones teóricas y empíricas sobre los cuidados, que han dado lugar a una diversidad de significados en la investigación sociológica. Se trata de propuestas parciales que intentan dar cuenta de las múltiples dimensiones de un concepto que, como apunta Thomas (1993), se pueden sintetizar en dos líneas de investigación: los cuidados como pieza clave de la identidad femenina que permite analizar la situación social de la mujer, y los cuidados como categoría analítica de los regímenes de bienestar. La primera aproximación se desarrolla, sobre todo, desde el feminismo británico (Finch y Grove 1983; Graham 1983). En este sentido, Graham (1983) considera los cuidados como un concepto con dos dimensiones analíticamente diferenciadas que permiten analizar las tareas de reproducción en la familia. Según la autora, los cuidados incluyen a la vez “trabajo y amor” y ambas dimensiones, material y afectiva, son igualmente necesarias para la comprensión de las relaciones sociales en los que se enmarcan los cuidados. Por el contrario, la segunda aproximación, inicialmente surgida en la literatura escandinava, fija la atención en el reparto, a través de las políticas sociales, de los cuidados entre el estado y la familia. El objetivo de esta segunda acepción es explorar las posibilidades de desarrollo de sistemas de cuidados que

garanticen servicios de calidad sin que las mujeres sean las más perjudicadas (Ungerson 1990). Conceptos como atención o trabajo de prestación de cuidados sirven para subordinar analíticamente los aspectos afectivos de los cuidados a los aspectos que los relacionan con el trabajo (Parker 1981; Ungerson 1990). Inicialmente, las feministas británicas criticaron la propuesta escandinava porqué al reducir los cuidados a trabajo se perdía, desde su punto de vista, la dimensión emocional de los mismos. Como respuesta, Ungerson (1990) criticó la aproximación de Graham (1983) porqué presuponía que los cuidados llevados a cabo por las mujeres en y para la familia acostumbran a ser mejores (Thomas 1993).

Este debate teórico que enmarca los cuidados en un frágil equilibrio entre trabajo y emoción interviene en todas las formas de cuidados y está lejos de estar resuelto. Al principio, predominaban las aproximaciones de autoras feministas que empleaban el concepto de cuidados para subrayar unas relaciones sociales, siempre protagonizadas por mujeres, que encerraban una cierta superioridad ética y moral. Pero con el paso de los años, se ha generalizado un uso más amplio del término (Thomas 1993). Este cambio de tendencia ha supuesto el abandono de una visión que entendía y analizaba los cuidados, que tienen lugar en el hogar-familia, desde el enfoque de los vínculos afectivos y amorosos. Y se ha priorizado la concepción de los cuidados como un trabajo, que más allá de los sentimientos, tiene un escenario que va más allá del espacio familiar y el espacio que, con anterioridad, ha sido nombrado como vida cotidiana. En este escenario, England (2005) cuenta como en los últimos años han emergido cinco perspectivas teóricas que tratan la cuestión de los cuidados partiendo de la dimensión trabajo. La autora identifica dichas aportaciones desde las siguientes perspectivas: unas tareas devaluadas, un bien público, una actividad prisionera del amor, la mercantilización de las emociones y amor y dinero.

En cualquier caso, este proceso de ampliación y revisión del concepto de cuidados tampoco ha dado como resultado una visión teórica consensuada del concepto. En la literatura especializada, persiste la tendencia a fragmentar la definición y el uso del mismo, a partir de dicotomías relativas al trabajo: formal/informal; pagado/no pagado; institución/familia; público/privado; personas mayores/criaturas etc. En este punto, el acierto de Thomas (1993)



continúa vigente al insistir en la necesidad de alcanzar una definición empírica que permita superar la fragmentación teórica.

### **1.2.1. Los cuidados y las políticas de bienestar**

De hecho, desde los años 80 existe una amplia literatura que enmarca los cuidados bajo la perspectiva de género con el fin de analizar las políticas desarrolladas en las sociedades del bienestar. En concreto, cabe citar los análisis de Parker (1981), Ungerson (1990) y Letablier (2007); las aportaciones de Fraser (1989) sobre la necesidad de un modelo universal de mujer cuidadora; la concepción de Balbo (1987) (1991), destacando la importancia del tiempo a la hora de acotar el trabajo de cuidados, como un elemento fundamental para el bienestar cotidiano; las primeras propuestas teóricas de Lewis (1998; 2001) para lograr una organización social de los cuidados; el toque de alerta de Gardiner (2000) sobre la importancia de repensar el cuidado desde sí misma, a la hora de replantear las políticas de bienestar; la propuesta de “sociedad cuidadora” de Glenn (2000); el citado lema *social care* de Daly; Lewis (2000) capaz de convertir la organización social de los cuidados en una categoría básica para el análisis de los regímenes de bienestar; o las distintas propuestas tipológicas de regímenes de cuidados (Knijn y Kremer 1997; Bettio y Plantenga 2004; Ungerson 2005; Saraceno y Kech 2008; Lyon y Glucksmann 2008), que analizan las políticas desarrolladas en torno a los cuidados, así como los vínculos que esas actuaciones mantienen con la familia y el Estado.

Esa lista puede y debe incluir, asimismo, las críticas que científicas sociales feministas y especialistas en política social hicieron a la primera tipología de regímenes de bienestar de Esping-Andersen (1990)<sup>2</sup>. Aquí cabe mencionar las aportaciones de Lewis (1992), Orloff (1993), O'Connor (1993), Hobson (1994) y Sainsbury (1999). Autoras que apuntaron la necesidad de incorporar el trabajo de (cuidados) de las mujeres en la familia en el análisis sobre los Estados del Bienestar. Y cuyo enfoque ha permitido tener en cuenta un nuevo patrón tipológico, los denominados *gender regimes*, a la hora de refinar el análisis de las políticas de bienestar existentes. Esa perspectiva, que incluye el género como eje prioritario de análisis, examina la incidencia que la

---

<sup>2</sup> Recordar que la primera propuesta del autor identifica tres modelos a partir de la mercantilización y el compromiso estatal en la asistencia: liberal, continental y socialdemócrata (Esping-Andersen 1990).

relación entre las políticas del Estado del Bienestar, el mercado y la familia tiene en la división sexual del trabajo. Y ello favorece la emergencia de nuevos conceptos capaces de definir con mayor acierto la realidad del declive del modelo de familia patriarcal convencional, reconocido como *male breadwinner/female caregiver*. En concreto, se observa cómo en los países de la UE se asiste, aunque con diferencias notorias, a la transformación de ese modelo convencional en diversas opciones: *male one-and a half-earner, separate gender roles, dual breadwinner/ female caregiver, adultworker individual earner-carer/ universal caregiver*.

En este apartado, deben considerarse, asimismo, los análisis de otras especialistas en políticas de bienestar que ponen de manifiesto la dificultad de ubicar a los países de Europa del sur en la mencionada tipología de Esping-Andersen (1990). Ya que en esos países la familia asume un papel clave en la asistencia y los cuidados de las personas consideradas dependientes, tal como señala para España Martínez Buján (2011). De ahí nace la propuesta de incluir los países mediterráneos en un cuarto tipo o modelo, caracterizado por una fuerte estructura familiar que esconde el trabajo informal de las mujeres (Leibfried 1994; Sarasa y Moreno 1995; Ferrera 1996). Como es sabido, Esping Andersen (2000) acuñó el concepto desfamiliarización, como respuesta a estas críticas. Concepto presente en los estudios que subrayan la importancia de incluir los cuidados y las estrategias familiares en el análisis de los regímenes de bienestar, dado el aumento de las necesidades y la cada vez mayor desvinculación del papel del Estado en las políticas sociales (Glenn 2000; Daly y Lewis 2000).

Otras especialistas estudian las diferencias culturales, políticas e ideológicas que presiden las políticas de bienestar en cuestión (Anttonen y Sipilä 1996; Knijn y Kremer 1997; Bettio *et al.* 2004; Ungerson 2005). El conjunto de estos estudios apunta la existencia de unos regímenes de cuidados (*care regimes*) que no siempre coinciden con los regímenes de bienestar. En este enfoque, destaca la propuesta de Knijn y Verhagen (2007) al identificar cuatro lógicas de cuidados: la lógica burocrática donde los servicios públicos son el principal proveedor de los cuidados, devengados desde los derechos de ciudadanía; la lógica profesional donde las personas que desarrollan su profesión en el sector se convierten en principales proveedores,

en relación directa con la ciudadanía, convertida en personas usuarias; la lógica de mercado donde destaca el papel de las empresas y las relaciones con la ciudadanía, considerada como clientes, y la lógica familiar donde la familia y las relaciones de reciprocidad entre las personas que la componen marcan la pauta de atención a las necesidades de cuidados. Las especialistas Saraceno y Keck (2008) han precisado con mayor detenimiento esa lógica familiar, al distinguir cuatro tipos de políticas familiares relacionadas con el bienestar: el familiarismo por defecto, donde no existe ninguna alternativa pública a los cuidados ni soporte financiero a las familias; el familiarismo soportado donde existen políticas de soporte a las familias para que puedan mantener sus compromisos de apoyo a sus personas dependientes; el familiarismo opcional donde el Estado facilita apoyos para que las familias opten, bien por financiar los servicios prestados internamente, bien por acudir a entidades o personas proveedoras externas, y la desfamiliarización donde la regulación estatal se basa en la individualización de los derechos sociales de ciudadanía, independientemente de la situación familiar. En todos esos casos, el familiarismo coincide en ser una característica propia de los países mediterráneos. Países donde el papel de la familia junto al aumento de mujeres en el mercado de trabajo formal ha provocado, además, el fenómeno del denominado *care drain*, Bettio *et al* (2006). Lema que da cuenta de cómo, en esos países, la solución a las necesidades de cuidados se ha resuelto mediante el movimiento de mujeres del “sur” que emigran para atender las crecientes necesidades de cuidados de la población de países del “norte”.

Sin embargo, otras especialistas critican la aproximación excesivamente racional y economicista de la mayoría de esas propuestas. Como alternativa, destacan la importancia de los factores culturales que, a su parecer, condicionan fundamentalmente, las estrategias de cuidados (Pfau-Effinger 1998; Kröger 2001). En este punto, resultan interesantes las propuestas conceptuales sobre el “ideal de cuidados” y la “cultura de cuidados” porque permiten analizar la dimensión simbólica de los cuidados sin perder de vista el contexto institucional que los soporta. Así, Hochschild (1995) se refirió al “ideal de cuidados” como aquella opción que resulta ser la mejor y más adecuada a los valores y pautas predominantes en cada sociedad. Un ideal que partiendo de cuestiones éticas, construye el imaginario social hegemónico acerca de

dónde, quién y cómo se deben atender las necesidades de cuidados. Letablier (2007) introdujo, posteriormente, la idea de “cultura de los cuidados”. Cultura compuesta por las representaciones colectivas acerca de quién debe o cuál es la responsabilidad de cuidar de criaturas y de personas dependientes, lógicamente modulada según los valores propios de cada sociedad.

Otros autores, cómo Rodríguez Cabrero (2011), ofrecen más recientemente una visión más compleja de lo que está sucediendo. El autor afirma que en el conjunto de los regímenes de bienestar europeo se está produciendo una reconstrucción de los sistemas de cuidados que se basa en las tradiciones culturales, en el diseño de las políticas públicas y en la concepción conservadora de la libertad de elección ante las prestaciones sociales. Y alerta sobre la opción, cada vez más mayoritaria, de unas políticas sociales moduladas por procesos políticos orientados a socializar, familiarizar e individualizar el riesgo que supone el creciente volumen de las necesidades de cuidados.

### **1.2.2. El régimen de cuidados español**

A partir de lo comentado, puede afirmarse que la mayoría de propuestas coinciden en ubicar España dentro del modelo mediterráneo. Ya que el caso español se caracteriza, como los otros países del sur de Europa, por el papel central de la familia y la débil red de servicios sociales (Bettio *et al.* 2006; Lyon y Gluksmann 2008). Concretamente, el régimen de cuidados español destaca por la importancia de la familia y el trabajo informal con la contratación de mano de obra inmigrada como servicio doméstico (Martínez Buján 2011; Krüger y Jiménez 2013). Y según las tipologías enunciadas, España es un ejemplo de familiarismo implícito y soportado con una cultura de los cuidados, centrada en la familia y con una protección social débil. Características que deben completarse con: una escasa asunción de responsabilidades domésticas por parte de los hombres, y una presencia notoria de mujeres inmigradas, que cubren desde la informalidad los huecos que dejan las mujeres de la familia. Tal situación es un claro ejemplo del ya comentado *care drain* (Bettio *et al.* 2006), < sí como de una situación donde converge la triple discriminación (Parella 2003) que soportan las mujeres inmigradas. Además, como recuerda Saraceno (1995), el caso español es también una buena muestra de cómo el

modelo cultural de cuidados familiares tiene consecuencias sobre la valoración de las estructuras públicas. Ya que la informalidad familiar se da junto a la visión asistencialista de los servicios públicos que se perciben como sustituto de la familia y no como derecho individual y universal. Un asistencialismo que Simonazzi (2009), relaciona con el principio de subsidiariedad que predomina en los países mediterráneos.

Cabe recordar que en España, la expansión de un modelo universalista, semejante al de otros Estados del Bienestar más desarrollados, se dio paralelamente al aumento de las presiones ideológicas a favor de una política económica monetarista y de cesión de poder al capital privado (Rodríguez Cabrero 1998). De ahí que el modelo de bienestar español sea reconocido por su universalismo (pensiones, sanidad y educación) pero también por su alto componente de asistencialismo y familiarismo, especialmente en el campo de los servicios sociales y más específicamente en el de los servicios de cuidados. La anterior década de los 90 se caracterizó por la consolidación definitiva del sistema de protección social en España: el modelo de servicios y prestaciones, modelos de acceso a los servicios, modelo de prestación y gestión de los servicios, etc. Se trata pues de un período donde se afianzan muchos procesos que estructuraran los servicios sociales en España y que deben entenderse a caballo entre los deseos de universalización y las presiones de contención de gasto público. Otro aspecto a considerar, en este punto, es el proceso de creciente dependencia mutua entre el sector público y las entidades mercantiles y del tercer sector social en la prestación de servicios. La mencionada década de los 90 promovió a las entidades voluntarias y a la iniciativa privada mercantil como organismos colaboradores con el sistema de servicios sociales, mediante la gestión de los servicios públicos de atención social. El año 2006 se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), la primera ley estatal en el campo de los servicios sociales, que estableció la cartera de servicios (tanto instituciones como servicios a domicilio) y prestaciones (prestaciones económicas directas). Dicha ley, hoy en absoluto retroceso, reguló las condiciones de acceso a esas prestaciones en función del grado de dependencia de la persona. Y reconoció tanto los cuidados como un derecho subjetivo como la necesidad de desarrollar servicios de cuidados y su

consiguiente profesionalización. Sin embargo, dichos objetivos fueron, desde el comienzo contradictorios al ofrecer la posibilidad de reconocer también prestaciones monetarias para las personas cuidadoras no profesionales. Opción que acabó convirtiéndose en el principal recurso otorgado, tal como puede observarse en la tabla que sigue a continuación.

**Tabla 3. Personas Beneficiarias según el tipo de prestación. España. Mayo 2012**

Tipo de prestación	España	
	N	%
Prevención dependencia y Promoción Autonomía personal Teleasistencia	18726	2,0
Ayuda a Domicilio	130290	13,8
Centros de Día/Noche	120904	12,8
Atención residencial	61971	6,6
P.E. Vinculada a Servicio	122663	13,0
P.E. Cuidados Familiares	61758	6,5
P.E. Asistencia Personal	428899	45,3
	864	0,1
<b>Total</b>	<b>946075,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD)

A la hora de buscar explicaciones que permitan rastrear el porqué de tal situación, Banyuls *et al.* (2009) argumentan que, en España, el mayor impulso para desarrollar políticas sociales de los últimos años se ha visto frenado por la presión de las políticas neoliberales destinadas a reducir el gasto público. Período en el que el despliegamiento de la mencionada ley coincide con los inicios de la actual crisis económica. Y cuya consecuencia ha sido dar continuidad a la tradición cultural propia de la región mediterránea, a pesar de la modernidad que supuso ese cambio en la normativa jurídica. Siguiendo este análisis, Miguélez y Recio (2010) describen el caso español como un modelo de bienestar híbrido de política ambivalente. Así, por una parte, se habrían desarrollado propuestas políticas de carácter socialdemócrata. Mientras que por otra, se seguían políticas neoliberales que habrían reforzado una inercia institucional mediterránea, donde la familia y la cultura católica aparecen como los principales instancias proveedoras de cuidados. Asimismo, el análisis ya citado de Rodríguez Cabrero (2011) muestra cómo los avances normativos sobre la atención a la dependencia en España corroboran el modo en que los

sistemas de servicios sociales, en este caso de los cuidados a la dependencia, se han construido sobre la cultura familiarista del país. Una cuestión que además se ha visto reforzada por el reconocimiento del derecho de elección sobre el servicio profesional o la prestación monetaria. En este punto, resulta interesante mencionar los estudios sobre las transferencias monetarias, realizados en Europa. Según Ungerson (2004), las opciones monetarias se refuerzan cuando se defiende la elección de la propia persona que recibe los cuidados sobre cómo quiere ser cuidada. Elección que, en principio parece la más adecuada, pero que habitualmente no tienen en cuenta el efecto que tal opción puede provocar en las condiciones sociolaborales de quién presta el empleo. Durán (2012) refuerza tales argumentos al hacer evidente cómo la mayoría de la población española (el 91%) siente la obligación de atender al cuidado de sus personas mayores dependientes. Aunque el mismo estudio también constata que ese sentimiento va acompañado por la sensación de sobrecarga de trabajo. Y se considere que la Administración es responsable o debe facilitar ese tipo de cuidados, opinión que ya se había vislumbrado en anteriores ocasiones. Las mujeres aparecen, una vez más, cómo las protagonistas de esos cuidados tanto a través del trabajo pagado como del no pagado.

Esa misma línea argumental aparece en el estudio que el IMSERSO reeditó en 2005 y que ya había realizado en 1994. El estudio resulta interesante para mostrar la cultura de los cuidados familiarista que pervive en España, a través de datos sobre las preferencias de los cuidados de la población española. En aquel primer estudio aparecían algunos resultados significativos: entre las personas encuestadas, a la pregunta sobre quién preferirían que los cuidara, en el caso de tener problemas para desarrollar sus actividades cotidianas, contestaban que la familia, y principalmente las mujeres de las familias. Diez años después, esa tendencia presenta pocas variaciones. E incluso podría parecer sorprendente que, en el año 2004, aumente la opción que atribuye a las hijas el papel de cuidadoras. Una sorpresa que quienes han realizado el estudio explican en función de la muestra, ya que en los diez años transcurridos se habría incrementado el porcentaje de mujeres viudas, un argumento que no parece del todo convincente. Si bien, debe constatar que la encuesta también recoge un tímido aumento por la preferencia de

profesionales de los servicios de cuidados, aunque de manera muy secundaria. Y que esa preferencia se ve corroborada por los últimos datos disponibles de la encuesta (EDAD 2008). Resultados que tal como aparece en la tabla siguiente, indican que el 88% de las personas cuidadoras principales en España son un miembro (femenino) del hogar.

**Tabla 4. Preferencias sobre los cuidadores/as. España 2004 y 1994**

	2004	1994
Una hija	<b>25,7</b>	19,9
Su esposo/a	19,3	<b>29,5</b>
Hijos o hijas indistintamente	13,8	16,7
Residencia pagada por la Administración	7,4	8,5
Profesionales Servicios Sociales Públicos	6,0	2,3
Vivienda o mini residencia en el mismo pueblo/barrio de residencia	4,1	--
Otro Familiar	4,0	3,5
Familia + Servicios Sociales	2,2	1,4
Profesionales en Residencia Privada	2,1	4,8
Otros	1,8	2,1
NS/NC	8,2	8,0

Fuente: IMSERSO (2005), *Cuidados a personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.

No obstante, es preciso destacar que el despliegue de la LAPAD parece haber tenido un impacto evidente sobre el empleo generado, a pesar de la importancia de la familia en el sistema de cuidados. Ya que se ha producido un incremento de la ocupación en los sectores directamente relacionados con el empleo en el sector de atención a las personas. De nuevo, Martínez Buján (2011) recuerda que las repercusiones de las transferencias monetarias previstas en la LAPAD han colaborado en el silenciamiento de la figura de la persona empleada en el hogar. Y esa política de subsidios monetarios ha facilitado el financiamiento de la economía sumergida entre las empleadas en el servicio doméstico de cuidados. De modo tal, que a más subsidios monetarios, más trabajadoras informales. Según la autora, en España conviven varias situaciones de familiarismo, profesionalización y privatización. En cualquier caso, la red de servicios sociales de cuidados no priva a las familias de ejercer como cuidadoras, si el entorno no ofrece otras fórmulas de provisión. En la misma dirección, Krüger y Jiménez (2011) se preguntan si la LAPAD supone un cambio en el régimen de bienestar español. Los autores concluyen



que la LAPAD no representa un cambio de modelo en las políticas sociales hacia una mercantilización formal con más profesionalización de los servicios de cuidados a la dependencia. Según su criterio, seguidor de la propuesta de análisis ya comentada de Saraceno y Keck (2008), en España, a medio plazo, el familiarismo por defecto tiende a desaparecer de manera que los cambios en el régimen de cuidados se va a reducir a dos opciones: familiarización soportada o familiarización opcional. Las restricciones presupuestarias del contexto actual explicarían porqué persiste el familiarismo soportado. Si bien piensan que el familiarismo opcional puede ser una opción política, a largo plazo, en aquellas comunidades donde antes de la aplicación de la LAPAD ya existía una infraestructura de servicios. En este punto recuerdan que el familiarismo soportado predominante supone más incentivos a las cuidadoras familiares, mientras que el familiarismo opcional abriría la vía hacia una mayor profesionalización del sistema de cuidados.

## **2. LAS POSIBLES ALTERNATIVAS: LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO**

Algunas de las especialistas citadas llevan más de una década reivindicando intervenciones que contemplen la organización social de los cuidados, como posible alternativa a la problemática de las necesidades de cuidados. Necesidades que deben solventarse colectivamente y no solo en el ámbito familiar y cuyo escenario debe ser la vida cotidiana. Ya que, según las proyecciones sociodemográficas, en los países europeos, muchas personas están ya o van a estar solas, cuando sean consideradas dependientes. Y, fundamentalmente, porque el derecho a cuidar y a recibir cuidados es un derecho básico de ciudadanía, a pesar de que no suela ser visto y aceptado como tal. En este punto, la mayoría de análisis toman las aportaciones de Mary Daly y Jane Lewis (2000) sobre el *social care* como punto de referencia. Las autoras se refieren con este lema al conjunto de actividades y relaciones, de carácter material, afectivo y simbólico, vinculadas a las necesidades de cuidados de criaturas y personas adultas reconocidas como dependientes. Esta definición también incluye el marco normativo que regula la organización

socioeconómica donde tienen lugar estas actividades, al tiempo que refuerza la dimensión material de los cuidados como trabajo.

Su planteamiento supone un avance pleno de interés pues permite convertir esa organización social de los cuidados en una categoría analítica básica para el análisis de los regímenes de bienestar. Ellas parten de la importancia de los servicios públicos de salud en la construcción del estado del bienestar anglosajón y acuñan el término *social care* para subrayar la importancia de las necesidades de cuidados que queda fuera del *health care* (servicios de salud). Las dimensiones que componen la acotación de esa organización social de servicios de cuidados han permitido, asimismo, acotar con mayor claridad la importancia de los servicios de cuidados de larga duración, en esta problemática. Unos servicios que tienen como núcleo principal la atención y el cuidado de las personas catalogadas como dependientes. Personas que, por lo general, son mayores y/o con limitaciones temporales o persistentes para desarrollar su vida cotidiana, de manera autónoma. Tal visión de la necesaria organización social de los cuidados permite considerarlos como trabajo tanto pagado (servicios públicos o privados, formal o informalmente) como si se desarrollan en la familia. Y centran el eje básico de los objetivos del estudio que aquí se presenta.

Los argumentos que soportan este enfoque coinciden, además, en confirmar que las mujeres son, de manera mayoritaria, quienes llevan a cabo ese trabajo de cuidados, tanto en forma de servicios pagados como en su versión de trabajo familiar no pagado. Ello las convierte en las principales procuradoras del bienestar cotidiano que demanda un volumen creciente de población, en los países europeos, en general y en España, en particular. Emplaza ese trabajo de cuidados y las aportaciones femeninas en la encrucijada de conflictos de clase, género, etnia y generación que las sociedades del bienestar deben confrontar (Lyon y Glucksmann 2008). Y sitúa a los servicios de cuidados, particularmente a los de larga duración, en uno de los mayores retos que el Estado del Bienestar debe confrontar en un futuro inmediato.

## **2. 1. El núcleo duro de las alternativas: los cuidados de larga duración**

Parece fuera de duda, tras lo dicho, que los cuidados de larga duración conforman el núcleo duro de las necesidades sociales, surgidas a raíz de los cambios habidos en las sociedades del bienestar contemporáneas, durante las dos últimas décadas. La razón primordial, más allá de lo aquí argumentado, reside en el alargamiento del ciclo de vida de la población y el consecuente aumento del envejecimiento y de las limitaciones para desarrollar, de manera autónoma, las actividades cotidianas. Una situación que parece haberse consensuado en torno al término dependencia. Tales factores generan, como ya se ha comentado, un agujero demográfico, dada la paulatina desaparición de las mujeres de "generación sandwich" (Miller 1981; Williams 2004). Pickard (2001, 2012) reconoce la existencia de este agujero demográfico en el conjunto de países europeos y lo cualifica de *care gap*. Destacando cómo las mujeres de las familias han sido y son, hasta la fecha, las principales encargadas de gestionar, planificar y ejecutar las tareas de cuidados y atención a las personas dependientes de la familia. Protagonismo femenino que deviene cuasi exclusivo cuando tales cuidados se convierten en cuidados de larga duración. Y que asimismo puede observarse si se atiende a los datos de empleo en el subsector de servicios de cuidados, tanto en el ámbito público como en el privado. Datos que difícilmente pueden mover a la sorpresa pues los servicios a las personas son un sector de empleo mayoritariamente femenino y ello es así desde los comienzos de las políticas de bienestar en Europa.

## **2.2. Los servicios de cuidados de larga duración: una necesidad no legitimada**

Otra cuestión distinta a las anteriormente comentadas es reconocer que ese modelo de bienestar, creado en Europa tras la Segunda Gran Guerra, si bien produjo un gran volumen de empleo femenino, no siempre tuvo en cuenta todas las necesidades sociales a cubrir, ni se preocupó por la calidad de los empleos creados. En principio, las primeras políticas de bienestar, se enmarcaron en el ámbito de los servicios que pudieran dar cobertura a las necesidades de protección social de la población activa en el mercado laboral. Ello explicaría el desarrollo de las tres grandes áreas con servicios que, en la

actualidad, dan cobertura universal en los países donde el Estado del Bienestar existe: Pensiones, Educación, y Sanidad. Tal cobertura, sin embargo, no tuvo en cuenta la variabilidad de las necesidades de cuidados y bienestar de las personas en su vida cotidiana, a lo largo del ciclo de vida. Y si bien se aceptó que las necesidades cotidianas de cuidados eran perentorias al comienzo de la vida no se previó que el alargamiento de ese ciclo de vida iba a cuestionar la bondad del modelo. Un cuestionamiento que subsiste, en la actualidad, más allá de la laminación a la que han sido sometidas dichas actuaciones y los mencionados servicios, por el vendaval de las políticas neoliberales. Ya que, como se ha constatado en el apartado anterior, esas necesidades de cuidados y bienestar cotidianas aumentan indeciblemente, dado el envejecimiento de la población. Fenómeno que, si bien debe considerarse como un logro de las sociedades del bienestar, pone de manifiesto: las limitaciones del mencionado modelo la propia definición y el alcance de conceptos como bienestar, autonomía o dependencia. Y la necesidad de mostrar la importancia de los cuidados, particularmente de los de larga duración, a la hora de repensar qué se entiende individual y colectivamente por bienestar, autonomía o dependencia.

La problemática es de tal magnitud que la urgencia por rehacer y encontrar nuevas respuestas al reto de repensar estas cuestiones obliga a revisar las bases de un modelo social europeo, hoy en crisis, que siempre tuvo como eje prioritario asegurar la producción de bienes y servicios. Y, que debido a ello, no se preocupó o dio por supuesto que cualquier persona adulta podía afrontar ese bienestar cotidiano por sí misma. Una suposición que enmascaró el hecho de que la gran mayoría de la población obtuviese y procurara ese bienestar cotidiano a través de intercambios más o menos equitativos de trabajo de cuidados, dinero, tiempo, amor, especies, etc. De un modo tal, que no parece aventurado afirmar que el modelo social europeo siempre ha dado por supuesto que los cuidados y el bienestar cotidiano existen, pero no tienen por qué ser valorados o reconocidos. Una realidad a la que Carol Pateman (1995) se refiere como el contrato sexual sobre el cual, sin jamás citarlo o tenerlo en cuenta, se construyó el pacto social entre capital y trabajo. Y que, hoy en día, no solo se ve cuestionado por la crisis económica y las consecuencias que acarrea sino por la imposibilidad de atender a una

población envejecida que requiere cuidados de larga duración, más allá de lo que, en principio, se pudo imaginar.

De tratar de encontrar salida a esa última cuestión, surge el interés de la UE por el estado actual de los servicios de cuidados de larga duración en los países europeos (Bettio y Veraschagina 2012). Antes de ello, la mirada sobre los grandes sistemas universales del bienestar abría ya otros interrogantes que parecían poder responderse, a partir de revisar y mejorar los procesos de profesionalización de los servicios de cuidados existentes. En particular de los servicios de salud, que han logrado el reconocimiento del personal de enfermería como profesionales de los cuidados a las personas, con un prestigio consolidado. Otro tanto sucede en el ámbito de la educación. De modo tal, que los sistemas educativos y sanitarios se han construido sobre la base de aceptar soluciones colectivas e institucionalizadas, idóneas para prestar los cuidados a las personas, bajo la forma de servicios universales. Servicios que son cubiertos por profesionales acreditados, con formación universitaria de rango superior. Y que la sociedad ha reconocido, legitimado y asumido como instituciones y profesionales a los que pueden y deben dirigirse para recibir cuidados de salud y educación formal.

Sin embargo, esa realidad no parece adecuarse a las demandas sobre cuidados de larga duración. Si bien los países europeos mantienen, en este punto, diferencias según sus modelos de bienestar, en particular según sean sus *gender regimes* y *care regimes*, tal como ya se ha comentado en apartados anteriores. Para los cuidados de larga duración, las soluciones colectivas parecen ser una opción no deseada y aquellas actuaciones que más han sido reclamadas son aquellas prestadas en el propio hogar y/o por la propia familia. Especialmente, en los países del sur de Europa, como sucede en España. A lo que debe añadirse que las personas que prestan esos servicios no requieren, en muchos casos, una formación formal acreditada para poder desarrollarlos. Por descontado, no gozan de prestigio alguno y, lo que suele ser peor, tienen unas condiciones laborales y salariales de las que la mayoría de la población, particularmente joven y autóctona, procura escapar.

Éstas son las líneas argumentales que subyacen en la principal hipótesis del estudio que aquí se presenta. En concreto, para explicar la situación que afecta, en España, a los servicios de cuidados de larga duración se apunta la

existencia de unas resistencias socioculturales que dificultan la organización social de los mismos. Dificultades cuya existencia se enmarca en un régimen de bienestar familista mediterráneo y que encuentran en la responsabilidad familiar su principal explicación. Y en la jerarquía profesional de los servicios a las personas, ya existentes, una explicación complementaria. El imaginario social que preside ambas líneas explicativas se ve reforzado por una desconfianza, en la sociedad española, hacia los servicios sociales percibidos, en general, como la rama más asistencialista del sistema de bienestar. Desconfianza que no impide, paradójicamente, la aceptación del régimen de informalidad que padecen quienes llevan a cabo los servicios de cuidados de larga duración, en el ámbito doméstico. Tanto si esa situación de informalidad afecta a las mujeres de la familia como a las mujeres empleadas, en su gran mayoría inmigradas. En este punto, resultan especialmente válidos los conceptos de “cultura de cuidados” de Letablier (2007), el de “ideal de cuidados” de Hochschild (1995) y el lema *care drain* (Bettio *et al.* 2006).

Según estos razonamientos, tales dificultades socioculturales representan, además, un sólido escollo a la hora de pensar, diseñar y legitimar la organización de los cuidados de larga duración. Lo que obliga, más allá del diagnóstico de las dificultades socioculturales mencionadas, a idear propuestas distintas a las hasta ahora planteadas. Propuestas que deberían ser capaces de repensar los vínculos que tal organización ha de establecer y mantener con los otros grandes sistemas del bienestar que también procuran cuidados a la población (sanidad y educación). Tal planteamiento, más allá del futurible que encierra, permite, sin embargo, observar una serie de cuestiones que pueden ser claves en el análisis sobre la profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración. Uno de los objetivos prioritarios de este estudio. Así, según lo comentado, se sabe que este tipo de servicios deben cubrir necesidades de cuidados que no fueron consideradas en los orígenes del Estado del Bienestar. También se ha podido observar que esos servicios aparecieron años más tarde, al evidenciarse la “amenaza” que suponía el envejecimiento de la población. Y que esa preocupación creció en un contexto cambiante en el que la protección social, afrontada como servicio público, está siendo, en la actualidad, y no solo debido a la actual crisis, fuertemente cuestionada. Por lo que parece pues oportuno profundizar en el tema.

### **3. LOS SERVICIOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y LOS LÍMITES DE SU PROFESIONALIZACIÓN**

La panorámica general sobre los servicios de cuidados y su organizado social muestra el desigual desarrollo del sector en las sociedades europeas y contempla una gran diversidad sobre las posibilidades de su profesionalización. Como ya se ha comentado, la expansión de los servicios de cuidados en Europa tiene como referente las políticas de fomento del empleo, desarrolladas en la última década del siglo XX. Y a los yacimientos de empleo, concretamente a los servicios de atención a la vida diaria (SAD), como propuesta factible. Ya desde los primeros análisis de la última década del siglo XX tales empleos de atención a las personas fueron descritos como empleos femeninos, no cualificados, mal pagados y realizados en condiciones laborales precarias (Lallement 1996, 2000; Fraisse 2000; Moss y Cameron 2002, 2007). En general, tales servicios configuraron un sector que demandaba pocos requerimientos formativos para el acceso al empleo y que ofrecía escasas posibilidades de mejora laboral a lo largo de la carrera profesional. Los imaginarios sociales analizados asociaban este tipo de empleo al trabajo de cuidados femenino, invisible y por tanto desprovisto de valor. Estos empleos fueron, en consecuencia una fuente idónea para la creación de empleo femenino, y su vinculación al trabajo doméstico y de cuidados facilitó, además, la generalización de su precariedad. Tales factores constituyeron el sedimento sobre los que se construyó este sector de empleo y las posibilidades de futuro de construcción de una profesión prestigiada y legitimada. No obstante, debe destacarse que la expansión de estos servicios ha presentado formas distintas en las diversas realidades de los países europeos que cuentan con historias y tradiciones sociales, políticas, económicas y familiares distintas. Aunque ello no impide la emergencia de algunos aspectos que parecen ser comunes a los procesos de profesionalización de los servicios de cuidados en esos mismos países. Una coincidencia que permite plantear el debate acerca de los límites de su profesionalización. Y de los que, a continuación, se reseñan los rasgos más significativos.

### **3.1. Estructura profesional**

Un primer obstáculo para lograr su profesionalización fue el delimitar qué actividades se inscribían bajo el apéndice de empleo de cuidados, y sobre el que no hubo un acuerdo generalizado ya que cada país lo resolvió de forma distinta (Christopherson 1997; Cameron y Moss 2007; Anxo y Fagan 2005). Esta complejidad vigente en buena parte de los países europeos se traduce en la existencia de una estructura profesional difusa. Estos mismos análisis señalan la inexistencia de una profesión específica en el área de los cuidados a las personas consideradas como dependientes, a diferencia de sectores como la salud y la educación. Sectores donde, ayudados por una mayor tradición histórica, sí es posible reconocer profesiones y categorías bien delimitadas. Por el contrario, en el campo de la atención a las personas consideradas como dependientes existe solo un conjunto difuso de profesiones o categorías profesionales que tienen en común: el no ser cualificadas; el no tener, incluso, requerimientos formativos de entrada; el predominio de los bajos salarios, y el escaso reconocimiento profesional. Asimismo, otro rasgo habitual del sector es que está compuesto por empleos con escasas posibilidades de desarrollar una trayectoria profesional ascendente (Johansson y Moss 2004; Anxo y Fagan 2005). Y, además mayoritariamente, son empleos precarios, de bajísima calidad y desarrollados tan cerca del asistencialismo, como lejos de unos servicios públicos profesionalizados y prestigiados. Ya que este tipo de empleos se asocian con las tareas propias del trabajo doméstico, familiar y de cuidados y ello quiere decir trabajo femenino de escaso valor o sin valor alguno.

### **3.2. Relaciones de poder**

Un enfoque que ha aportado una visión distinta sobre la construcción de las profesiones en el ámbito de los servicios de cuidados es el que analiza las relaciones de poder. En este caso, las limitaciones de profesionalización se explicarían por las dificultades derivadas de las relaciones de poder y de prestigios que rodean las profesiones del ámbito de los cuidados (Hugman 1991). Como se ha comentado, el significado de los cuidados está muy connotado socialmente y remite a un tipo de tareas y a un tipo de relaciones



interpersonales donde predomina el espacio privado y la invisibilidad del trabajo de mujeres. Por lo que el significado de los cuidados queda asociado a determinadas tareas que están muy lejos de ser reconocidas como habilidades y competencias factibles de ser profesionalizadas.

La historia de profesiones similares, siendo la enfermería el ejemplo de referencia, pone de relieve una estrategia de acciones de poder, por parte de profesionales que, actuando como grupos de presión, consiguen establecer mecanismos para limitar la entrada de personal y adquieren privilegios profesionales (salarios, reconocimiento, etc.). Abbot (1988) en su estudio sobre las profesiones relacionadas con los cuidados a las personas defiende que las características que definen a estas profesiones están muy condicionadas por la relación que se establece entre el empleo remunerado y no remunerado. La consolidación e institucionalización de este tipo de profesiones se determina de dos formas, a saber: el tipo de relación entre el empleo y el trabajo doméstico y familiar, y el contexto político y económico que influye en el peso de los actores sociales para negociar y delimitar el estatus de estas profesiones. El poder de los grupos sociales para intervenir en la determinación de los tipos de profesiones es un elemento crucial en la institucionalización de una profesión (Evertsson 2000; Hugman 1991). La capacidad para consolidar una profesión cualificada y reconocida socialmente también depende de la capacidad de los actores sociales para presionar a las instancias políticas y económicas, sobre todo teniendo en cuenta el papel del Estado en el control y definición de las profesiones. En el caso de los cuidados, la vulnerabilidad de los actores (personas dependientes y cuidadoras) da cuenta de los déficits en su proceso de profesionalización. En este sentido, ni existe la demanda social de más y mejores servicios de atención y soporte a la dependencia, ni las personas que trabajan en este sector disponen de las condiciones materiales de existencia necesarias para reivindicar la profesionalización de su trabajo. Un trabajo que persiste como feminizado y, a menudo, invisible en el imaginario social.

### **3.3. Imaginarios y preferencias**

Este límite está vinculado a la realidad de subordinación de las tareas de cuidados a un imaginario social de servidumbre que las convierte en

extremadamente rechazables (Fraisie 2000). Los análisis de Fraisse contribuyeron a resaltar cuestiones clave para explicar cómo eran este tipo de empleos. Entre estos elementos destacaron: la herencia simbólica del tipo de trabajo, las características del colectivo de personas usuarias y las reminiscencias de trabajo servil, siempre presentes en el trabajo doméstico y de cuidados. Desde la literatura francesa se señaló que el lugar dónde se presta el servicio de cuidados puede ser un buen indicador para medir su precariedad. Aquellos servicios prestados directamente en el hogar pueden tener más obstáculos para convertirse en buenos empleos. El hogar es un lugar de privacidad e intimidad, donde las actuaciones públicas pueden vivirse como un ataque a esa privacidad. Además, y relacionado con otras dimensiones, el lugar de trabajo puede generar diferencias en relación a las posibilidades de representación y de acción colectiva, dada la condición de individualidad con la que se trabaja. Por el contrario, un empleo de cuidados en una institución podría, en parte paliar esas relaciones de servidumbre que impregna el empleo de cuidados en el hogar. Ligada a esta cuestión, aparecen, de nuevo, las preferencias de la población sobre los cuidados. Y aquí vuelven a aparecer los argumentos ya comentados sobre cómo la mayoría de población, en los países mediterráneos caracterizados por el familiarismo, siente la obligación de atender el cuidado de sus personas mayores dependientes. Y manifiesta, además, su preferencia para ser atendida dentro del hogar por miembros de la familia, principalmente mujeres.

### **3.4. Contenido y formas del trabajo**

El contenido y las formas de realizar el trabajo de cuidados es otro factor que actúa como límite a la profesionalización. En este sentido, existen algunos estudios que analizan qué implica cuidar profesionalmente a una persona con necesidades específicas de cuidados, y sobre todo plantean cómo se generan unos cuidados más satisfactorios. Wellin y Jaffe (2004) plantean que los cuidados personales no deben ser un paquete de prácticas institucionalizadas, ya que conocer las rutinas y los hábitos de las personas dependientes es fundamental para que se den unos cuidados personalizados. Hacerlo de otro modo, en muchos casos lleva a un proceso de infantilización de la persona

dependiente. Al mismo tiempo, no tener en cuenta estos aspectos también conduce a un mayor alienación del trabajo por parte de las personas cuidadoras. Puesto que el no dejar que se establezcan ni conocer o tener en cuenta los aspectos referentes a la identidad de la persona dependiente, devalúa el trabajo de la persona cuidadora. Las entrevistas realizadas por Wellin y Jaffe (2004) a las cuidadoras muestran cómo la satisfacción en su trabajo está ligada al margen de libertad que le confiere tratar a la persona dependiente como un todo, en el que ellas son capaces de entender sus demandas y comprender su situación para poder realizar mejor su trabajo. Sin embargo, una vez más no debe olvidarse, que el contenido de este trabajo está íntimamente ligado a un imaginario social que concibe estos empleos como un *continuum* del trabajo doméstico y familiar no remunerado. Y que ello limita las posibilidades de mejora de las condiciones de empleo y de reconstrucción de las cualificaciones profesionales vigentes en los servicios de cuidados de larga duración.

#### **4. A MODO DE SÍNTESIS**

Reconocer la necesidad de atender las necesidades crecientes de cuidados de las personas en una sociedad de bienestar, en crisis, no sólo económica, parece un objetivo pertinente. Desbrozar cuáles pueden ser las dificultades que envuelven tal objetivo ha sido el eje central sobre el que ha pivotado el estudio que aquí se presenta. Lo que comenzó bajo la idea de orientar los resultados hacia el análisis de las dificultades socioculturales que, en un principio, se suponían presidían los inconvenientes de una mejor profesionalización de los servicios de cuidados ha sido una meta parcialmente alcanzada. Relacionar esa problemática sobre los regímenes de cuidados, las políticas de bienestar y el debate teórico sobre el propio concepto de cuidados ha sido la opción elegida para enmarcar la cuestión. El detalle de los resultados obtenidos da buena cuenta, más adelante, de la complejidad del tema tratado. Haciendo evidente que el debate sobre cómo afrontar los cuidados de larga duración en una sociedad del bienestar, envejecida como la española, apenas ha hecho que empezar.

## II. OBJETIVOS

---

El objetivo principal del proyecto era explorar las posibilidades de creación de nuevos perfiles profesionales capaces de hacer frente al conjunto de necesidades sociales relacionadas con la atención y el cuidado de las personas en su vida cotidiana. En el transcurso de la investigación, el objetivo se ha ido centrando, más específicamente, en los cuidados de larga duración, lema que traduce el denominado en inglés *long term care*. Para dar respuesta a esta propuesta general, los objetivos específicos se orientaron hacia el diagnóstico de las dificultades con las que tropiezan los actuales perfiles profesionales existentes en el ámbito socio-sanitario. En particular, aquellos perfiles menos prestigiados y valorados, como es el caso de los servicios de atención a la vida diaria (SAD). En un primer momento, los objetivos específicos incluyeron, además, la posibilidad de revisar la profesionalización del sector de esos servicios, muy ligados al cuidado de las personas dependientes. Ya que el propósito era lograr, también, la reorientación y ampliación de los perfiles profesionales existentes en los aquí denominados servicios de cuidados de larga duración.

Para cumplimentar tales objetivos específicos, la investigación se propuso esbozar, además, las líneas generales de un posible catálogo de nuevos perfiles profesionales que alcanzase, en su día, el correspondiente reconocimiento académico. La propuesta se proponía incidir en la mejora de las condiciones laborales y sociales de las profesionales, en su mayoría mujeres, empleadas en ese subsector de servicios a las personas. Finalmente, estos últimos objetivos no han podido cumplimentarse, tal como se explicará posteriormente.

A continuación, se detallan los objetivos específicos, así como las principales líneas de construcción de hipótesis, que ligadas a los mismos, han presidido el desarrollo de la investigación:

1. En primer lugar, se apuntó la necesidad de analizar cómo y porqué el sistema de bienestar español dificulta la consolidación de un sistema de servicios de atención y cuidados a las personas dependientes, con garantías de calidad. Un sistema que afecta tanto a la cantidad y calidad del empleo como al bienestar cotidiano:

- Las principales dificultades con las que tropieza ese objetivo apuntan a la debilidad de un régimen mediterráneo de bienestar que presenta una escasa red de servicios públicos para atender los cuidados de larga duración.
- Tal escasez de servicios públicos se ve compensada por el importante papel que la familia asume en España, dada la prevalencia de una cultura que considera a los servicios sociales, en general, y a los cuidados de larga duración, en particular, como la rama más asistencialista del sistema.
- Ese familismo y esa lógica asistencialista configuran, a su vez, un imaginario social que rechaza al Estado como proveedor de servicios en los cuidados de larga duración. Un imaginario que se ve reforzado por la evidencia de que los Estados del Bienestar, en su origen, no contemplaron la satisfacción de las necesidades sociales derivadas de este tipo de cuidados. Centrándose, fundamentalmente, en los servicios destinados a la educación y a la sanidad y dejando que las mencionadas necesidades de cuidados de larga duración fuesen cubiertas desde el ámbito privado.
- La existencia del mencionado imaginario sociocultural está fuertemente asentada sobre una persistente división sexual del trabajo. El conjunto de estos elementos configura las bases de lo que esta investigación ha reconocido como los intangibles de los cuidados.

2. En segundo lugar, los objetivos específicos han relacionado los cuidados de larga duración y la fuerte tradición familiar con la urgencia de actuar en el sistema de bienestar español, ante el agujero demográfico sobrevenido. Situación originada por el rápido envejecimiento de la población y la desaparición de las mujeres de generaciones contiguas. Mujeres que, en su

obligado papel de cuidadoras han enlazado hasta ahora, y, posteriormente, simultaneado el ser madres, abuelas e hijas.

- La falta de recursos públicos, plantea una fuerte polarización social, entre la población más privilegiada que resuelve, de manera privada, sus necesidades de cuidados de larga duración. Y aquella población, que además de no tener suficientes recursos económicos, tampoco cuenta con las redes familiares que, en la actualidad, son las que se están haciendo cargo de dichas necesidades. Debiendo destacarse, asimismo, que las personas que trabajan, desde la formalidad o informalidad, en el subsector de servicios de cuidados de larga duración son, en su mayoría, mujeres.

3. En tercer lugar, los objetivos se proponían mostrar la necesidad de desterrar la informalidad del subsector de servicios a las personas, en el que se encuadran los cuidados de larga duración. Ya que esa informalidad constituye uno de los principales obstáculos para el desarrollo de un sistema de bienestar que asuma la importancia del cuarto pilar de las políticas del Estado. En concreto, las políticas relacionadas con la atención y el cuidado de las personas, en la última etapa de su ciclo de vida. Debiendo precisarse que dicha informalidad es la que ha facilitado la entrada de un notable volumen de mano de obra femenina inmigrada. Y que ello ha acentuado todavía más las dificultades socioculturales y laborales que ya acarrea el mencionado subsector de servicios.

- El perfil del empleo creado y de las empleadas que lo ocupan dificulta la profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración. Ya que, tradicionalmente, el empleo vinculado al servicio doméstico y de cuidados no se considera empleo cualificado. Una situación que justifica la baja calidad del empleo y encierra esos empleos en un *ghetto* desvalorizado y desprestigiado.
- La alta presencia de la informalidad es otro de los elementos distintivos de estos empleos y representa otro de los frenos a la profesionalización del mencionado subsector.
- El conjunto de tales factores se ve reforzado por la situación de sumisión que soportan las personas que se dedican profesionalmente a

este tipo de cuidados. Una sumisión que reconoce sus principales dimensiones en las malas condiciones laborales, el poco valor y el escaso reconocimiento social de este tipo de empleo. Y que, por encima de todo, se nutre de las relaciones de poder que ejercen sobre las empleadas, la persona cuidada y/o sus familiares y los empresarios del subsector. Compendio de elementos que contribuyen a abastecer la falta de consenso social sobre las atribuciones, competencias y habilidades que deben caracterizar tales empleos.

- La división sexual del trabajo y el escaso valor del trabajo doméstico, familiar y de cuidados impregna, asimismo, la totalidad de los cuidados de larga duración. Ello produce que el contenido del empleo en ese subsector quede muy cerca de los imaginarios sociales que naturalizan e invisibilizan los cuidados femeninos. Unos cuidados que ven y tienen a la familia como lugar ideal y único para su realización.

4. Finalmente, los objetivos específicos consideraban imprescindible analizar las potencialidades y las debilidades de la Administración Pública Local a la hora de atender las necesidades sociales relacionadas con los cuidados de larga duración de las personas, en su vida cotidiana.

- Las potencialidades quedarían, de este modo, asociadas a la proximidad que ofrece el nivel local, para dar respuestas a la ciudadanía, que debe afrontar la problemática cotidiana derivada de este tipo de cuidados.
- Las debilidades, por el contrario, irían asociadas a la contradicción que supone un modelo administrativo que otorga muchas competencias a nivel local con escasos recursos económicos.
- Los estudios realizados con anterioridad por el mismo equipo, que ha realizado esta investigación, muestran cómo los poderes locales no consideran la atención a las necesidades sociales derivadas de dichos cuidados como un sector de ocupación, ligado a la actividad económica del territorio. Por lo general, esos cuidados se ven como parte del sector de los servicios sociales, que la misma Administración Local resuelve y afronta desde la lógica asistencialista.

Por último se planteó un 5º objetivo, derivado de los cuatro anteriores. Desde un principio, los objetivos descritos pretendieron analizar cada uno de los cuatro bloques, con el fin de obtener el conocimiento necesario para dibujar líneas estratégicas de intervención. El sustrato de tal propuesta era orientar la creación de nuevos perfiles profesionales, capaces de atender al conjunto de necesidades sociales relacionadas con los cuidados de larga duración. Pero ese objetivo no ha podido satisfacerse porque, si algo han dejado claro los resultados de la investigación realizada hasta el momento, es que tal objetivo, dada su complejidad, trasciende los recursos y energías propuestos y los, desarrollados, finalmente.



## III. METODOLOGÍA

---

### INTRODUCCIÓN

Este apartado detalla la metodología del proyecto apuntando las principales características del modelo analítico, la estrategia metodológica, el trabajo de campo y el análisis de los resultados.

El diseño de la metodología ha partido del objetivo general de la investigación, a saber, explorar las posibilidades, los límites y las dificultades que giran en torno al desarrollo de nuevos perfiles profesionales para atender las necesidades sociales de cuidado de larga duración. Para materializar esta propuesta, se ha considerado necesario diagnosticar las posibilidades y las dificultades que existen en los cuidados de larga duración tanto desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en régimen de formalidad o informalidad como desde las personas cuidadoras en las familias. En última instancia, y desde un nivel más operativo, se ha propuesto explorar las posibilidades de revisar los perfiles profesionales existentes en el ámbito socio-sanitario para incluir capacidades de planificación, gestión y evaluación de las necesidades de las personas que requieren los cuidados de larga duración. Se ha planteado la necesidad de reprofesionalizar el sector de la atención y cuidados a la dependencia en general y reconducir los servicios de atención a la vida diaria en particular.

#### 1. MODELO DE ANÁLISIS

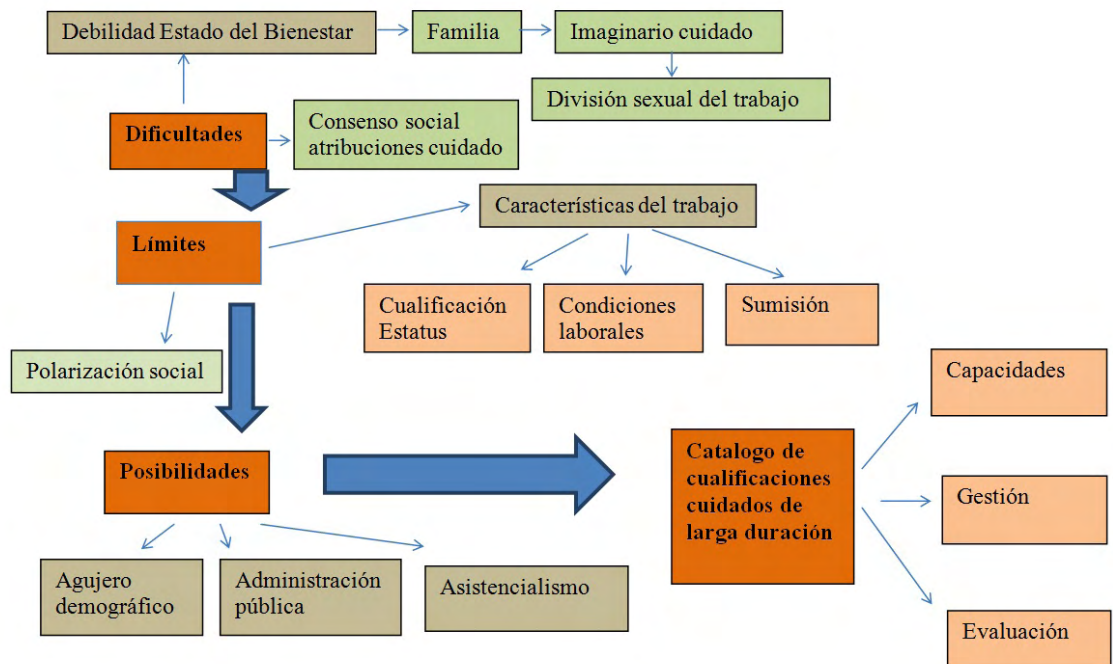
El diagnóstico inicial, recogido en los objetivos específicos del proyecto y en las principales líneas de construcción de hipótesis ligadas a los mismos, ha sido el punto de partida para la construcción del modelo de análisis. La figura 1 de

este apartado reproduce el esquema conceptual que ha servido de base para el diseño y concreción de la estrategia metodológica.

A modo de síntesis, el modelo analítico apunta, por un lado, a que las dificultades de profesionalización parten fundamentalmente de un Estado del Bienestar débil y de fuerte carácter familista. Ello ha implicado que este tipo de tareas respondan a la división sexual de trabajo, siendo las mujeres del ámbito familiar las principales responsables del mismo. Así se explica que este tipo de trabajo se caracterice por una fuerte informalidad, ligada a una baja cualificación de las personas que lo realizan, ya sea por la presunción de que siendo, madre, esposa o hija, se está capacitada para ofrecer un buen cuidado a personas de la familia, o porque cualquier mujer presenta características que la predisponen a este tipos de tareas.

Por otro lado, el proyecto ha partido de la constatación del carácter poco profesional y precario del trabajo de cuidados y de la necesidad de lograr mayor prestigio y mejores condiciones laborales y salariales para este subsector de servicios a las personas. A las personas que realizan este tipo de cuidados, en los ámbitos privados o públicos, de manera informal o formal, no se les requiere acreditaciones especiales para la ejecución del mismo. O en todo caso son pocas y de escaso valor formativo. Con todo, las exigencias de este tipo de trabajo, las condiciones laborales y las cualificaciones de las personas dedicadas intensivamente a estas tareas, las sitúan en una clara posición de debilidad y sumisión, tanto frente a las personas que reciben los cuidados como frente a los propios empleadores. Unido a ello y por otro lado, los estándares de cuidado y la adaptación a las necesidades de las personas requeridas de cuidados no son los adecuados. Lo cual favorece la idea de que son las personas de la familia las más capacitadas para realizar estas tareas, abonando más la base sociocultural familista.

**Figura 1. Esquema conceptual del modelo de análisis**



## 2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

A partir del esquema conceptual se ha definido y redimensionado la estrategia metodológica. Se trata de una estrategia mixta que ha incluido un análisis cuantitativo y un análisis cualitativo.

### 2.1. Análisis cuantitativo

La estrategia cuantitativa se ha centrado en la recogida de datos estadísticos de fuentes secundarias. La revisión de fuentes y bases estadísticas se ha hecho en base a las diversas dimensiones relacionadas con el trabajo de cuidados de larga duración y con los procesos de profesionalización del mismo. Con este fin se anexa un documento estadístico con aquellos datos más relevantes. A continuación se señalan los bloques en los que se ha estructurado la búsqueda cuantitativa y el objetivo de los mismos.

- **Población y envejecimiento**

Se han utilizado las estadísticas demográficas del Instituto Nacional de Estadística, especialmente las bases de datos sobre proyecciones de población

a corto y largo plazo. Estos datos nos sitúan en un futuro próximo caracterizado por el incremento significativo de las personas mayores de 64 años – se observa un incremento de la tasa de dependencia de este colectivo en relación al conjunto de la población - y la reducción de las generaciones jóvenes perfilándose así la reducción de la generación sandwich.

- **Discapacidad y dependencia**

Esta dimensión se corresponde con el interés por los cuidados de larga duración. En este sentido se ha recurrido a la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia realizada en 2008 por el Instituto Nacional de Estadística*. Estos datos aportan información sobre el perfil de personas con discapacidades para la realización de actividades de la vida diaria de la población española y permite conocer el uso de servicios por parte de las personas con discapacidad.

- **Servicios Sociales**

Se han utilizado los informes mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). El SAAD es un sistema de registro sobre las solicitudes, las valoraciones y el tipo de prestaciones otorgadas. Este sistema permite conocer la evolución de este tipo de prestaciones. Estos datos estadísticos registran el catálogo de servicios y prestaciones de la ley LAPAD de 2006.

- **Imaginarios sociales**

Asimismo hemos pretendido rastrear un poco en el campo de los imaginarios, las opiniones, las creencias. Existen algunos estudios de opinión sobre las preferencias de los cuidados y el papel que juegan en ellos las familias. Para ello se han utilizado datos del IMSERSO en 2005 recogidos en el siguiente informe:

- IMSERSO (2005): *Cuidados a personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.

En 2005 el IMSERSO reeditó un estudio que ya había realizado en 1994 y en el que se recogen algunos datos sobre las preferencias de cuidados de las personas. Aquel estudio ofrecía algunos resultados significativos: entre las

personas encuestadas a la pregunta sobre quién preferirían que les cuidara en caso de tener problemas para desarrollar sus actividades cotidianas contestaban que la familia, y principalmente las mujeres de la familia.

- **Empleo**

Los datos de empleo son los recogidos en la *Encuesta de Población Activa (EPA)*. Para ver la evolución de los datos de empleo y las características de los subsectores de actividad relacionados con los cuidados de larga duración se ha utilizado la última revisión, efectuada en 2009, de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE2009). Esta revisión identificaba (con dos dígitos) aquellas actividades vinculadas a los Servicios Sociales y las relacionadas con el nuevo Sistema de Atención a la Dependencia. Concretamente la rama de actividad de “Actividades Sanitarias y de Servicios Sociales” se subdividía en tres subsectores dos de los cuales eran: actividades de servicios sociales sin alojamiento y asistencia en establecimientos residenciales.

## **2.2. Análisis cualitativo**

El análisis cualitativo se ha realizado durante la segunda fase del proyecto, centrada en el trabajo de campo. El principal objetivo ha sido desbrozar y hacer emerger las dificultades materiales, simbólicas y culturales que permanecen en el imaginario de la sociedad española a la hora de vehicular unos servicios de cuidados de calidad, profesionalizados y con un reconocimiento social y económico. Para ello, se ha considerado que el carácter cualitativo de la estrategia metodológica permite captar y analizar las expectativas, las representaciones, las preferencias, las exigencias y los discursos que las personas con responsabilidades, formales o informales de cuidados, tienen en relación al trabajo que desempeñan como cuidadoras. En concreto, el trabajo de campo ha contemplado tres sub-fases en función de la composición del universo de informantes analizado y el objetivo perseguido.

Las dos primeras sub-fases han estado destinadas a realizar entrevistas en profundidad y grupos de discusión a distintos colectivos implicados en el

cuidado de larga duración y en su organización social<sup>3</sup>. En todos los casos, se ha limitado el universo de análisis a las mujeres, dado el carácter femenino de las cuidadoras tanto formales como informales. A partir del análisis cuantitativo, se ha definido una tipología de empleadas en los servicios de cuidados para realizar las entrevistas en profundidad y una tipología de mujeres cuidadoras en la familia para llevar a cabo los grupos de discusión. El objetivo de la entrevista ha sido captar los imaginarios según la trayectoria laboral de las empleadas, mientras que el objetivo del grupo de discusión ha sido percibir los imaginarios colectivos hegemónicos, confrontados con una misma situación vital.

Con relación a las entrevistas en profundidad, el diseño tipológico de la muestra ha tenido en cuenta el lugar dónde se presta el cuidado (tipo de institución u hogar) y la relación laboral (categoría profesional, relación contractual). Se ha tomado como base la definición del catálogo de perfiles profesionales del Comité de Expertas y Expertos en Formación en el Ámbito de la Acción Social de Cataluña<sup>4</sup> y la cartera de servicios que prevé el sistema de atención a la dependencia para la selección definitiva de casos. Los perfiles entrevistados han sido:

- trabajadoras familiares del servicio de atención a domicilio (perfil específico en Catalunya)<sup>5</sup>,
- auxiliares de gerontología de los servicios de centros de día y servicios en centros residenciales para gente mayor,
- educadora social y/o trabajadora social para los servicios de centro de día y centro residencial para gente mayor,
- trabajadoras informales empleadas en el hogar.

---

<sup>3</sup> Consultar anexo 4 con el guión de entrevista y las pautas para el grupo de discusión.

<sup>4</sup>Ver: Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Cataluña (<http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf>)

<sup>5</sup>En Cataluña, la figura profesional de la trabajadora familiar era la figura profesional por excelencia del Servicio de Atención Domiciliaria. Se obtenía la titulación mediante la formación ocupacional. En la actualidad dicha figura se está sustituyendo por la técnica sociosanitaria con formación profesional de grado medio. La Generalitat de Cataluña está facilitando programas de acreditación de competencias para que las trabajadoras familiares en activo puedan obtener la titulación de grado medio en técnico sociosanitario. La figura de la trabajadora familiar es una figura similar a la categoría de auxiliar de ayuda domicilio recogida en el Convenio Colectivo de la Dependencia.

**Tabla 1. Tipología de entrevistas en profundidad**

<i>Espacio</i>	<i>Perfil trabajadora</i>	<i>Nº entrevistas</i>
<i>Centros de Día</i>	<i>Auxiliar gerontología</i>	7
	<i>Educadora social</i>	
<i>Centros Residenciales</i>	<i>Auxiliar gerontología</i>	8
	<i>Educadora social</i>	
<i>Hogar</i>	<i>Trabajadora familiar</i>	10
	<i>Trabajadora informal</i>	

Los grupos de discusión se han centrado en el caso de las mujeres mayores de 45 años que ejercen el rol de principal cuidadora en la familia. Se ha definido una tipología considerando el origen socioeconómico, el tipo de cargas de cuidado y la variable generación-ciclo de vida del universo de análisis. En concreto, se ha considerado necesario diferenciar las mujeres cuidadoras de la familia según sus condiciones materiales (situación laboral y nivel de estudios) y la etapa donde se encuentran desde la perspectiva del ciclo vital (generación sándwich 45-65 años y más de 65 años). En total se han realizado seis grupos de discusión y dos entrevistas como sustituto del perfil de mujer de clase propietaria mayor de 65 años. En el caso de las mujeres de clase trabajadora, se ha realizado un solo grupo de discusión integrado por mujeres de ambas edades. Ello responde a los problemas de disponibilidad de tiempo que este perfil de mujeres manifestaron para acudir al grupo de discusión. Una justificación que cabe subrayar como muy significativa para el análisis realizado.

Tabla 2. *Tipología grupos discusión*

VARIABLE INTERMEDIA		Clase socioeconómica de origen			
CLASE SOCIOECONÓMICA ADSCRITA		Clase trabajadora <i>Doble presencia</i>	Clase media nueva <i>Profesional</i>	Clase media vieja <i>Pequeña empresaria</i>	Clase propietaria <i>Directiva–empresaria</i>
NIVEL EDUCATIVO		Estudios primarios/ secundarios	Estudios secundarios/ universitarios	Estudios secundarios/ universitarios	Estudios secundarios/ universitarios
CICLO VITAL	65 y más años	1 Grupo Discusión	1 Grupo Discusión	1 Grupo Discusión	2 entrevistas
	sándwich (d e 45 a 65)		1 Grupo Discusión	1 Grupo Discusión	1 Grupo discusión

Al final de esta sub-fase se realizó un seminario de trabajo, el 15 de marzo de 2013, en el que se discutieron los resultados preliminares del trabajo de campo realizado hasta el momento. En el marco de dicho seminario se contó con la participación de personas del mundo académico, quienes presentaron resultados de otras investigaciones en torno al trabajo de cuidados. Asimismo también participaron agentes sociales, cuyas aportaciones nos proporcionaron elementos a incorporar en el diseño de la siguiente estrategia, las entrevistas a agentes sociales y personas expertas.

En una tercera sub-fase se han dibujado las líneas maestras que deberían seguir para dotar de una mayor calidad y profesionalización a los servicios de cuidado. Para ello se han entrevistado a agentes sociales y personas expertas en la materia. Durante esta fase se ha realizado una metodología inspirada en el método Delphy. Un método pensado para generar discusión y/o consenso entre personas expertas y con la intención de debatir sobre proyecciones de futuro. En nuestro caso, se han realizado entrevistas semi-estructuradas con distintos perfiles. Tras el primer tratamiento de dichas



entrevistas, los resultados preliminares han sido puestos en conocimiento de los participantes, y otras personas expertas, durante la jornada de presentación y debate realizada el 30 de octubre bajo el título: “Los servicios de cuidado de larga duración. Retos de futuro ante el bienestar cotidiano”. Una de las finalidades de dichas jornadas fue discutir y llegar a un mínimo consenso sobre los procesos que deben conducir a un sistema de servicios de atención a las personas profesionalizado y de calidad.

**Tabla 3. Tipología entrevistas semi-estructuradas**

<i>Perfil</i>	<i>Ámbito</i>	Nº
<i>Técnicos y políticos</i>	Servicios sociales Generalitat de Catalunya Diputació de Barcelona	3
<i>Sindicatos</i>	CCOO UGT	3
<i>Gerentes empresas</i>	Centros residenciales Empresas servicios	4
<i>Personas Expertas</i>	Universidad	3
<i>Asociaciones</i>	Fundació SURT Cruz Roja	3

Como se justificó en el informe de seguimiento finalizada la primera fase del proyecto, se redimensionó el trabajo de campo según los resultados del análisis cuantitativo y siguiendo el principio de saturación de todo análisis cualitativo. Para la captación de las personas a entrevistar se ha contado con el soporte de empresas profesionales así como de la estrategia de bola de nieve. Todas las entrevistas y grupos de discusión se han registrado, transcrito literalmente<sup>6</sup> y codificado para el análisis de contenido<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Las transcripciones están a disposición y no se incluyen como anexo a fin de preservar la confidencialidad y anonimato de los informantes.

<sup>7</sup> El anexo 6 muestra el esquema utilizado para el análisis de contenido.

## IV. LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

---

### INTRODUCCIÓN

A continuación se exponen los resultados fruto del análisis de las entrevistas y grupos de discusión realizados. Los resultados se han estructurado en dos grandes apartados: en primer lugar el análisis de los discursos de las cuidadoras (familiares responsables del cuidado y trabajadoras remuneradas); en segundo lugar el análisis de los discursos de los actores sociales y las personas expertas.

Los resultados del primer apartado, fruto del análisis de entrevistas y grupos de discusión, a las cuidadoras, recogen las limitaciones simbólicas y las limitaciones materiales que nos ayudan a explicar las dificultades para avanzar en un proceso de profesionalización de los trabajos de cuidado de larga duración. Dicho de otro modo, las percepciones e imaginarios que sobre lo cuidados poseen las personas implicadas en estas tareas, nos muestran los límites simbólicos que sustentan el trasfondo sociocultural que impide o dificulta una adecuada profesionalización de los trabajos de cuidado. Por otro lado, el análisis de las dificultades materiales nos permiten mostrar los límites principales que desde el ámbito laboral parecen ser las causas que entorpecen la mejora del sector, del empleo, y del reconocimiento de la importancia de estos trabajos para el bienestar cotidiano de las personas que requieren estos cuidados.

El segundo apartado, el análisis de las entrevistas a personas expertas, ahonda en los resultados expuestos en la primera parte y explican mejor las dificultades que provienen de una débil definición del contexto institucional, es decir, del sistema español de servicios sociales y/o de servicios destinados a la atención de los cuidados de larga duración. En dicho apartado también se refuerzan los resultados obtenidos en los análisis de las entrevistas y los grupos de discusión a las cuidadoras. Las entrevistas a personas expertas se

realizaron en una segunda fase del trabajo de campo, y el objetivo fue discutir con los agentes sociales los resultados preliminares de la investigación. Aparecen de nuevo cuestiones ya reflejadas en las entrevistas y grupos de discusión a las cuidadoras, pero que son tratadas desde un punto de vista nuevo, más reflexivo y más analítico, que aportan y enriquecen los aspectos y dimensiones ya expuestos sobre las limitaciones, resistencias y dificultades de profesionalización del trabajo de cuidado y nos ayudan a vislumbrar posibles propuestas de actuación.

## 1. LOS DISCURSOS DE LAS CUIDADORAS

En este apartado, se analizan los discursos de trabajadoras familiares, en servicios de SAD, en geriátricos y centros de día, trabajadoras informales en el propio hogar y los discursos de las propias mujeres de la familia que realizan dichas tareas. Asimismo también se analizan los discursos de gerentes de centros de día, de instituciones que gestionan centros y servicios, los sindicatos y las asociaciones patronales del sector. Se trata de aportar evidencias empíricas a través del análisis de los imaginarios y de las percepciones sobre el cuidado, de los diferentes tipos de personas implicadas. Señalar en qué bases socioculturales se apoya el actual modelo de cuidados de larga duración en nuestro país y concretamente cuales son algunas de las dificultades para la mejora del mismo. Dichas percepciones están relacionadas, inevitablemente, con la realidad cotidiana de las prácticas y las condiciones en las que se llevan a cabo los cuidados, puesto que lo material condiciona lo simbólico. Para ello nuestro análisis entrelaza la situación y condiciones en las que se realiza el trabajo de cuidados; las condiciones materiales de existencia de las familias, es decir la clase social y los imaginarios y percepciones ligados a las mismas.

### 1.1. Las dificultades simbólicas para la profesionalización del trabajo de cuidados

#### *El significado de los cuidados*

Una de las principales dificultades simbólicas radica en la falta de un consenso social sobre el significado de los cuidados. Y en nuestro caso, el cuidado de

larga duración, en la que ni los mismos actores sociales implicados en este tipo de trabajo, comparten un mismo imaginario, más allá de los aspectos básicos que las tareas de cuidado requieren. Esta dificultad viene dada por la existencia de una multiplicidad de maneras, de espacios, de condiciones de trabajo y los propios condicionantes que el mismo trabajo de cuidados requiere. Vamos a considerar la pluralidad de situaciones y a los diferentes actores implicados para poder apuntar algunas de las dimensiones simbólicas del concepto de cuidado, que entorpecen la mejora del mismo.

El consenso generalizado sobre los aspectos básicos que implican los cuidados, o dicho de otro modo, los indicadores principales sobre los cuales se basan las exigencias de familiares y de los propios trabajadores son tres. Fundamentalmente la higiene personal y del espacio, la alimentación, y los aspectos relacionados con la medicalización (administración de medicamentos y las curas de heridas, llagas etc.). Si establecemos una comparación con los estándares exigidos en los cuidados de la infancia, es cómo si las madres y padres eligieran una guardería infantil, en función de la higiene del espacio, de la criatura y su alimentación. Si bien es cierto que son exigencias muy básicas, nos apuntan claramente cuáles son los estándares sobre los que se configura la exigencia social sobre un sistema de cuidados. Aunque como veremos más adelante éstos cambian en función de la clase social de los dependientes, de la tradición y experiencia de las instituciones que ofrecen los servicios de cuidado, los espacios donde se proporciona los cuidados y de los perfiles y condiciones laborales de las trabajadoras.

*“que están así mal puestos... mal colocados... a ver, hay personas que por una enfermedad pueden estar más así y tal... pero a ver: "intenta ponerlo bien..." vale? Si se le cae la mano, cógele la mano y se la pones bien... sabes? Pequeñas cosas... y yo lo he visto esto! Vale? O el olor cuando entras... yo con los olores soy bastante... vale? El olor cuando entras a un centro o a una residencia hace mucho... yo entré a una residencia a una entrevista que dije: "buff! Que no me cojan!" porque un mal olor a meado increíble! (Trabajadora Centro de Día, gestora)*

*“el tema de la higiene... yo creo que todo, porque hay gente que se queja por la higiene, el orden, la alimentación” (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)*

*“aquí estás cuidando a una persona, le estás dando de comer, lo estás duchando, lo estás trayendo al lavabo y limpiando, le estás cambiando los pañales...” (Trabajadora Centro de Día, gestora)*

*“estar pendiente de la persona que está enferma, que esté bien aseado, curado, con sus pastillas y medicinas... que hayan tomado puntualmente como debe ser...” (Empleada en el hogar)*

### **Los cuidados con afecto**

Después de los estándares de higiene, alimentación y los cuidados en clave médica, otros de los aspectos señalados por las propias trabajadoras como exigencia de personas de la familia y las propias personas cuidadas, es el afecto. Se trata de valorar como un plus, la capacidad de transmitir afecto y cariño a las personas dependientes.

*“para otras familias será más importante que la persona esté feliz y tranquila, el tema afectivo...”*(Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

Un afecto que es demandado y exigido, pero que las propias trabajadoras familiares que se hacen cargo de los cuidados de larga duración en el propio hogar de las personas dependientes, consideran que es mucha carga de trabajo, y que poco tiene que ver con las relaciones de afecto. Más allá del debate teórico en torno a los cuidados que apunta la dicotomía de trabajo versus amor, el relato de estas mujeres sitúa las tareas del cuidado de larga duración mucho más cerca del trabajo que de las emociones y los sentimientos.

*“Entonces, yo pienso que veinticuatro horas... O sea, yo estoy todo el día y hay días que ya llega por la tarde y, como he dicho antes, o la noche, y es que pienso: «Yo no aguanto más. O sea, es imposible, no puede ser”* (Grupo discusión CT)

*“Tiene ochenta y tres, y sí, tiene su enfermedad, pero bueno, pues eso, le damos unos tranquilizantes que hay noches que no duerme, te tienes que levantar. Hay días que es lo que también decía ella, te levantas y dices: «Otro día igual, Dios, va a ser lo mismo que ayer», ¿no? O peor”* (Grupo discusión CT)

Una dicotomía, que trasladada a otros tipos de trabajo remunerado, no se ha planteado. La experiencia y las prácticas cotidianas demuestran que en todo tipo de trabajo hay emociones y sentimientos, porque van implícitos en la multiplicidad de formas de relación entre las personas. Pero, en el trabajo de cuidados de larga duración, se presupone que los afectos adquieren mayor relevancia. Incluso las trabajadoras de centros de día o de los servicios de atención domiciliaria, consideran que el afecto es una demanda de las propias personas usuarias y un aspecto fundamental en el desarrollo de sus tareas.

*“Muchos, muchos. Yo encuentro que mucha gente está muy falta de afecto. El solo hecho de que les toquen la mano o la cara, no sé, te lo agradecen, pero un montón.”*(Trabajadora de SAD, atención directa)

Una dimensión que cobra especial relevancia cuando son las propias mujeres de la familia las que realizan las tareas de cuidado cotidianamente.

Estas mujeres las viven como un trabajo, pero las perciben e imaginan bajo el paraguas de las relaciones de afecto y emoción. En este sentido, aparece una brecha entre el vivir y el pensar los cuidados. Desde la ambivalencia entre el malestar cotidiano de ser la responsable y el sentirse culpable cuando no pueden atenderse las demandas de cuidado que las personas de la familia reclaman.

*“Existe un aspecto emocional que afecta muchísimo tu equilibrio personal, por un lado, aquella persona quieras o no te está limitando tu vida, te está creando un problema, una angustia... y por otro lado te sientes culpable de tener este sentimiento y esto emocionalmente es bastante grave”* (Grupo de discusión de CM)

Esta obligación moral y el sentimiento de culpabilidad que conlleva el no cumplir con ella son aspectos vinculados a la responsabilidad que las mujeres deben afrontar ante los cuidados. La mayoría de ellas interiorizan el rol de cuidadoras hasta el punto que constituye una parte integrante de su identidad social. Su discurso que plantea pocas dudas sobre cómo se distribuye este trabajo entre los miembros de la familia. Ellas se limitan a cumplir el papel de hijas, esposas o nueras ante unos cuidados sobrevenidos, cuando se trata de atender a personas dependientes, que escapan a cualquier planificación y se perciben como un problema personal que debe resolverse dentro de la familia.

*“Somos cuatro hermanos, yo era la que, por circunstancias de la vida, la que estaba más cerca también de... pues de ella, ella tenía como más confianza conmigo... Y bueno, vivía más cerca de mi casa, cuando yo me marché a vivir fuera y...”* (Grupo discusión CT)

Este tipo de demandas y percepciones varía también en función de la clase social del cuidador familiar, así como de la persona dependiente que recibe los cuidados. Lo que para las clases trabajadoras puede significar el afecto, como parte implícita en lo que comporta las necesidades de la persona dependiente, para las clases altas, valoran el respeto y la educación, como elementos fundamentales que debe cumplir la trabajadora en el trato con la persona usuaria.

### ***Individualización y personalización de los cuidados***

Los diferentes discursos muestran la dificultad para definir qué son los cuidados, qué quiere decir cuidar. Se considera que los cuidados implican

tareas básicas para la vida diaria, siendo igual de importante el que se hace, el cómo se hace y la capacidad para hacerlo “ser la mente, la conciencia del otro, llegar donde no llega”. Se considera que algunos dependientes necesitarán tareas básicas en el ámbito cotidiano, es decir que les preparen la comida, ayuda en el higiene personal...; en cambio otros necesitaran tarea básica en el ámbito social, visitas a los médicos, actividades de ocio... Todo ello nos conduce a otra de las dimensiones que está presente en los imaginarios sobre los cuidados de larga duración, la individualización o personalización del mismo. Se trata de una demanda por parte de las personas dependientes o personas usuarias y de sus familias. Consideran que tener en cuenta las características personales de la persona dependiente es un aspecto importante para ofrecer una mejor calidad de los cuidados. Esta dimensión de los cuidados, la forma de manifestarse y estar presente en los discursos de las personas implicadas está directamente relacionada con los siguientes factores:

- El lugar donde se dispensa el trabajo: el propio hogar, una residencia, un centro de día y/o el hogar de un familiar.
- Las condiciones laborales de los trabajadores: el tiempo de dedicación a cada dependiente, la forma en que está organizado el trabajo, el margen de poder que el trabajador tiene frente a la persona usuaria.
- Y por último el ideario del centro: ¿cuál es la concepción del propio centro, organismo o institución? ¿cómo y de qué manera se establecen las necesidades de cuidados de la persona dependiente?, la existencia o no de protocolos etc.

Si analizamos los discursos en función del lugar donde se realizan los cuidados, donde más difícil es llevar a cabo un cuidado personalizado es en las instituciones geriátricas y las residencias. Los trabajos de cuidado, en estos espacios, están fuertemente rutinizados y obedecen a una lógica cuasi industrial-fordista de organización de las tareas y los tiempos. El relato sobre la secuenciación de tareas en los centros remite a un imaginario cercano al del trabajo en cadena, con escasa autonomía para decidir y cambiar el proceso cotidiano de su trabajo. Esta distribución y división de tareas en el tiempo choca frontalmente con una concepción individualizada de los cuidados.

*“A las 9 de la noche, y... bueno, yo llego, me visto y dejo mis cosas abajo, pongo una lavadora, porque nos toca hacer lavandería al turno de noche, y me subo arriba. Acuesto a la gente,... una vez acostados, acto seguido me pongo a revisarle el cambio pañal, porque no todo el mundo trabaja en condiciones para que estén tres horas bien, por eso yo prefiero revisarlo y ponerlo en condiciones. Entonces, también nos toca hacer el comedor donde desayunan todos, barrer, fregar las mesas, montar los servicios... Ahí se pasa una unas dos horas y media ya. Luego me preparo el carro de la medicación nocturna que se da a las 12h a los que toman sus pastillas o a los que quieren un vaso de leche, al que es diabético unas gotas, lo que haga falta. Hago otra ronda de una hora y media en repartir más o menos, serán casi la 1h, dejé el carro y otra vez, otra ronda para mirar los pañales y en cada ronda cambio de postura al residente”*(Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

*“A ellos no les gusta que le lleve la ropa a lavar, si se les lleva tiene que ser enseguida, me dicen “que llevo 5 días que no tengo mi calcetín” y es una pérdida de tiempo porque ellos dicen 5 días y quizás lo han puesto por la mañana y no se acuerdan, y claro intenta tenerlo contento buscando y tal, pero ya te genera una pérdida de tiempo. Qué más puede generar un problema con ellos,... que no les caigas bien simplemente. Que lleve prisa, no les gusta que lleve prisa,...”*(Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

*“Es que es una cosa detrás la otra. Tienes que pensar que aquí es una cadena, eh? Que no están sin hacer nada, ni las cuidadoras ni los residentes”* (Trabajadora Centro Residencial, gestora)

El trabajo rutinario, ligado a una sobrecarga en cuanto a horas, tipo y cantidad de tareas a realizar, etc., conduce necesariamente a exigencias por parte de las cuidadoras, que se alejan de los estándares ahora vigentes. Así por ejemplo consideran que se debería permitir que determinados dependientes estén durmiendo atados por las noches, como se hacía en el pasado. Una exigencia que no solo conduciría a unas mejores condiciones de trabajo, si no que evitaría posibles situaciones de peligro para las personas usuarias, ya que no existe tiempo, ni posibilidad de evitar que las personas dependientes se levanten durante la noche y estén en una situación de mayor peligro en cuanto a caídas.

*“Es que ahora como han prohibido unos cinturones móviles que iban muy bien, porque estaban atados a cada lado de la cama y por el medio y entonces no se dificulta que se muevan hacía los lados pero no podían levantarse de la cama. Yo prefiero que no se levanten a que se caigan, porque claro, “se ha caído este o el otro” es una dificultad, pero los cinturones están prohibidos y ¿no es peor si se fracturan la cadera? Van al hospital, luego el proceso de curar es más lento, si lo puedes evitar... ya se sabe que por la noche después de un pastilla que te den vas un poco así, porque ya me pasa a mí (ríe) imagina a un mayor.”* (Trabajadora Centro Residencial, atención directa).

Es decir, la percepción y exigencia por parte de personas de la familia y personas usuarias de que un trabajo de cuidados de larga duración debe ser personalizado, choca frontalmente con las dificultades materiales para llevarlo



a cabo, dadas las condiciones laborales y la propia organización del trabajo, sobre todo en las residencias y geriátricos.

Por otro lado, tal y como señalan las propias trabajadoras, los trabajos realizados en el propio hogar ya sea por cuidadoras de los SAD o por cuidadoras contratadas de manera más o menos formal, comportan una mayor individualización. La clave fundamentalmente radica en que hay un tiempo en que tanto la persona cuidadora, como la dependiente, saben que se estará “pendiente de ellas” un tiempo en el que se atiende una necesidad de la persona usuaria. También en los centros de día, donde existen, un conjunto de tareas a realizar, más allá de los estándares de higiene, alimentación y administración de medicamentos, lo que comporta necesariamente un conocimiento de la persona dependiente. Conocimiento necesario para la asignación de tareas, y que lleva implícito disponer de una mayor información sobre la persona a cuidar, que es aportada por las personas de la familia.

*“a mí me gusta más centro de día que residencia, de acuerdo? Porque en el centro de día, quieras que no, en el centro de día a la persona la haces estar activa, lo estimulas... ellos vienen aquí y ellos lo dicen, no? que esto es como el cole... "que me vengo al cole, no?" ellos vienen al cole y después se van contentos a casa, con la su familia, con sus cosas...”* (Trabajadora Centro de día, gestora).

Una realidad, que está socialmente legitimada por la percepción y las preferencias que sobre los trabajos de cuidados de larga duración poseen las familias que están o han tenido que lidiar con ello. Las residencias y centro geriátricos, se conciben como la última fase, la fase final, donde la intensidad de las tareas de cuidado que requiere el dependiente, son de una mayor intensidad y cuasi imposible de llevarse a cabo en el propio hogar. De forma que las residencias y geriátricos se perciben como los lugares donde llevar a los dependientes que se encuentran en fases avanzadas de deterioro físico y psíquico.

*“...a la residencia vamos cuando no tenemos más remedio que ir...y se vive como un cierto abandono...pero depende de la familia”* (Grupo de discusión CM)

*“la sociedad vive al margen de esta problemática por qué se la quieren quitar de encima o sea, a nadie le gusta...no es que sea una cosa agradable”* (Grupo de discusión CM)

Asimismo lo consideran las personas expertas entrevistadas, al señalar que dada la situación actual, cada vez son más las familias que recurren a los

centros geriátricos, en las fases finales de los procesos degenerativos que sufren las personas dependientes. Lo que implica la necesidad de una mayor atención de cuidados y un mayor grado de exigencia e intensidad de los mismos. Esta situación entorpece el planteamiento de otro modelo de servicios de cuidado de larga duración, que combine diferentes tipos de personas usuarias, y en el que convivan personas con capacidades cognitivas y físicas diversas y permita una mayor personalización. Y que, al mismo tiempo, confieran a los centros una percepción social, que vaya más allá del lugar donde las personas están en la antesala de la muerte.

*“las personas, cuando ingresan en un centro residencial, con un recurso residencial, están mucho más deterioradas y el tiempo que están adentro es mucho más corto, y acostumbra a ser la etapa final de su vida, salvo que haya un...” (Responsable empresa gestora)*

Este eje de la individualización del trabajo, o dicho de otra manera de una mayor personalización de los cuidados, frente a la despersonalización de los cuidados, está fuertemente ligado a la situación de más o menos poder que existe entre la persona que recibe los cuidados y la persona que realiza este trabajo. Existe prácticamente un consenso generalizado entre los propios actores implicados, que el espacio y la disponibilidad en tiempo juegan un papel fundamental. Así el hogar de las personas que reciben los cuidados, es el espacio en el que ellos mandan y tienen el poder para exigir el tipo de cuidado. La manera, el cuándo y el cómo, es decidido principalmente por la persona dependiente y/o sus familiares. En cambio cuando los trabajos de cuidado se dan en un centro socio-sanitario, en una residencia o en un centro de día, el tipo de cuidado, el cómo y el cuándo es decidido por la gestión del centro y en mayor o menor medida por la propia trabajadora que ejecuta las tareas previamente asignadas.

*“... también he hecho en el domicilio y no. Y en su casa ellos mandan, tú le haces lo que ellos quieren y si tu no le haces lo que ellos quieren, no te quiero y punto, y vete. Pero en las residencias no, porque tú impones, a mí me pagan por esto y esto es lo que tengo que hacer. De una manera u otra, intento hacer lo que hay que hacer, si hueles mal te tengo que duchar, lo siento. En su casa ellos son los reyes...” (Trabajadora Centro Residencia, atención directa)*

Podemos afirmar que existe cierto consenso social sobre que una mejor calidad de los cuidados de larga duración implica una personalización de los mismos, ya sea en el propio hogar o en las instituciones geriátricas o centros

de día. Los propios actores sociales implicados consideran que los servicios de atención a los dependientes de larga duración se deben basar en la atención a la persona, los cuidados deben ser personalizados, situando en el centro a la persona cuidada. Donde el acuerdo se rompe, es en las distintas formas para conseguir esta personalización. Para la patronal, esta mejora exigiría un aumento de la flexibilidad en las condiciones que la administración impone a las entidades que están gestionando los servicios. Se considera que la imposición de un conjunto de profesionales en los diferentes centros, independientemente del tipo de personas usuarias a las que se atiende, dificulta una mayor especialización de dichas profesiones. Su propuesta pasa por reunir en un mismo centro a personas usuarias con las mismas características y necesidades, prescindiendo de aquellas profesiones que no serían pertinentes para dichas usuarias.

*“En estos momentos creemos que el modelo tiene que ir hacia otro lado, tiene que ser más flexible, más profesional; más flexible y más dirigido a trabajar por resultados, es decir, qué es lo que queremos obtener, marcar \*unos indicadores y, en base a estos indicadores, que haya unos resultados de satisfacción de la persona. Ésta es nuestra nuestra... nuestra visión de cara al futuro y para ello estamos trabajando: más flexibilidad, no hace falta que tengamos tantas horas de cada profesional.”* (Responsable Empresa gestora)

Para las entidades gestoras de los servicios, la personalización pasa inevitablemente, por un cambio de modelo, en el que se incluya a la administración, a la propia política de servicios sociales, a la formación de profesionales y a las personas usuarias y sus familias, considerando que estas últimas son las que más fácilmente aceptan unos cuidados personalizados.

*“Claro, porque está atendido, está cuidado. Y, aparte, le dices: «Es que no es un instrumento, es que es la señora María o es el señor Josep, y a él le gustaba esto, nosotros queremos saber qué es el que le gustaba para que lo tenga.» Claro, la familia: «\*Ahhhh!» En cambio, el profesional: «Pero esto es más tiempo.» «Es que yo..., claro, esto significa dedicarle más tiempo. Yo ahora tengo cinco más allí para... para... Y esto son los ratios que me dice la Administración. Cómo lo hago?» Sabes? Que estás atrapado muchas veces, no? Pero yo pienso que poco a poco muchas cosas sí se pueden ver. Entonces yo pienso que tenemos que huir de modelos asistencialistas, que algunos estarán, tenemos que fomentar modelos preventivos y modelos de atención centrados en la persona.”* (Responsable Asociación Empresarial)

Para los sindicatos, una mayor personalización, pasa necesariamente por empoderar a los sectores inferiores de los profesionales implicados, es decir las trabajadoras directamente implicadas en la ejecución de los cuidados.

*“..lo que dice una auxiliar de geriatría. Que las tengan en cuenta, porque son las que están en contacto directo con el usuario y son las que saben lo que le pasa... (Responsable Sindical)*

### ***Muchas personas y colectivos implicados y poca valoración***

Los trabajos de cuidados implican cuatro niveles de relaciones cruzadas, que en ausencia de protocolos profesionalizados, o por las propias condiciones en los que se realiza el trabajo, añaden un plus de dificultad para la realización y la calidad del mismo. Evidentemente todo ello depende, como hemos venido señalando, del lugar donde se realiza el trabajo y de la situación socio-laboral de la trabajadora. Así tenemos la relación entre la persona usuaria y la trabajadora, entre la trabajadora y el/la empleadora, entre la trabajadora y las personas de la familia, y entre el/la empleadora y las personas de la familia, y entre las personas usuarias y el/la empleadora. Aunque en muchos casos son menos los actores implicados, bien porque no existen familiares, o porque el instancia empleadora es la propia familia o porque la trabajadora/cuidadora es el familiar, el hecho de que muchas personas estén directamente implicadas dificulta, en ausencia de protocolos, las tareas de gestión y ejecución del trabajo de cuidados de larga duración.

A ello hay que añadir una quinta relación, la que se establece entre las propias personas usuarias entre sí, que se produce en los geriátricos y en los centros de día. Una relación que no deja de ser conflictiva, si se es consciente que el tiempo de cuidados que se le dedica a una persona usuaria puede incidir directamente en un menor tiempo para otra.

*“lo de los celos por ejemplo, si estás por la razón que sea, estás un día más con una persona que con otra, bueno! Unas miradas, unas caras... ya está mal todo el día... vale? O sea entonces, tienes que estar... quizás a lo mejor, quizás esto también es error nuestro... vale? Que queremos... porque siempre hemos sido mucho por las personas... yo en otros lugares que he estado trabajando no se está tanto por la persona... “ (Trabajadora Centro de día, gestora )*

Las características del propio trabajo, más allá de las propias condiciones laborales en las que se realiza el mismo, hace que prácticamente el conjunto de las trabajadoras, consideren que es un trabajo muy duro. Se trata de aquellas trabajadoras que dedican muchas horas al mismo, fundamentalmente las que trabajan en centros residenciales o las que trabajan en los domicilios particulares, donde se da una sobrecarga continua de trabajo, en muchos

casos sin apenas descansos. Situación que contrasta con las trabajadoras del SAD donde el hecho de realizar servicios a domicilio, con personas usuarias diferentes, y cambios cada hora, les descarga de la presión que suponen los cuidados ininterrumpidos. Con todo, el conjunto de trabajadoras coincide, que la situación de deterioro físico y mental de los dependientes, es lo que confiere más dureza y desgaste al trabajo que realizan. Todas son conscientes que necesitarían, formación, recursos y sobre todo algún tipo de soporte para poder sobrellevar emocionalmente lo que representa su cotidianidad como cuidadoras.

*“Eso tienes que estar muy muerta, muy muerta, por eso por la mañana me voy al gimnasio y me doy la paliza de deporte. Hago spinning, hago baile, hago Pilates, hago de todo y me va bien para desconectar... porque no es fácil cuando uno te dice “me duele aquí” y el otro “me duele allí” te vas con una pena que no veas. El deporte me ayuda, porque es por la mañana, todos los monitores están allí con una sonrisa, son felices, no sé cómo lo hacen, y llegaste al paraíso (ríe). Todo el mundo está contento y eso me hace descansar de otra manera.”* (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

*“...terminas mal, te duele la cabeza, terminas llorando... psicológicamente terminamos mal. Psicológicamente la mayoría de personas que cuidamos terminan mal porque no todas somos bien tratadas...”* (Empleada en el hogar)

*“.., yo creo que necesitan una preparación, no sé unas charlas o unas clases de Pilates, o de yoga (ríe), algo durante la vida laboral, porque no se puede vivir así, yo les veo las caras a algunas y no se puede vivir así toda la vida, es dañino para uno mismo o los demás. Es lo que yo haría para el trabajo porque si tú estás bien, está bien todo lo otro.”* (Trabajadora Centro Residencial, gestora).

Otro de los consensos generalizados, que verbalizan aquellas trabajadoras que más horas dedican, y cuyas condiciones laborales son más precarias y de mayor sumisión, es la consciencia que la labor que realizan es muy importante, pero que nadie la valora.

*“..yo encuentro que esto no está pagado ni con todo el oro del mundo, a veces haces cosas, que digo dios mío, quien te valora esto. Eres tú y lo que haces, sin esperar nada a cambio. Una nómina no es lo bastante, no es lo que cobras.” “a veces me dicen “yo te pago, tienes que hacerme lo que quiera yo”. Es una misma que tiene que decir y valorarse que lo que hace está bien, porque si tienes que esperar que alguno te lo diga...no lo sé, yo no sé si los familiares son conscientes de las cosas que una llega a hacer por sus familiares que están allí.”* (Trabajadora Centro Residencial, atención directa).

El trabajo de cuidados no está valorado ni por las propias familias que lo necesitan, ni por las propias usuarias que lo reciben. Lo que dificulta sobremanera las exigencias para que sea reconocido socialmente como un derecho de ciudadanía. Incluso para las mismas instituciones que ofrecen el

servicio, el discurso siempre se vincula a la familia como la principal responsable de los cuidados, y por tanto la que debe realizar la principal aportación.

*“mi trabajo está muy poco valorado, muy poco... poquísimo, nada. De hecho la gente se piensa que esto es gratis, vale? Que por el hecho de que sea una persona mayor ya no tienen que pagar nada... perdona, aquí estamos muchas horas, son 11 horas diarias... profesionales... gente que está trabajando para que tu padre o tu madre estén bien... que es muy difícil llevar una grupo de gente que... pero no lo valoran, no lo valoran... Ah! Se piensan que ala! Que están allí asentados y ya está! Sabes? Y no... hay todo un seguimiento de trabajo importante! “ (Trabajadora Centro de día, gestora )*

*“es una filosofía de decir: “que lo pague la Generalitat! Que yo no pondré un duro!” Pero a ver... es tu madre, no? O es tu padre! Y ellos han estado cuidando de ti toda la vida... pues ahora te toca a ti! Es que es ley de vida! Y cuando tú seas viejo tu hijo te cuidará a ti! Y es así... “ (Trabajadora, Centro de día, gestora ).*

Esta ausencia o baja valorización del trabajo de cuidados obedece en cierta medida a un discurso social que se ampara en la percepción sobre el carácter sobrevenido de este tipo de cuidados, contrariamente a lo que representan los cuidados de las criaturas, para los que no se está preparado y por tanto no se planifica. Al mismo tiempo se considera que depende de cada persona y familia, por lo que se personaliza el problema. La lógica general es: me ha tocado y lo debo solucionar como puedo. En este sentido, los cuidados aparecen como un objetivo en sí mismo que condiciona la vida de las personas cuidadoras, lejos de pensarse como una necesidad social, que requiere de voluntades y recursos públicos y que en mayor o menor medida nos afecta a toda la sociedad.

### ***La gestión y la ejecución de los cuidados***

El grado de disponibilidad femenina para los cuidados de las personas dependientes de la familia se evidencia cuando las mujeres relatan las renunciaciones que esconde el rol de cuidadora. A menudo, la responsabilidad de los cuidados adquiere tal centralidad que dibuja cambios en las trayectorias vitales construidas alrededor de la dependencia de otros miembros de la familia.

*“ Soy comercial, bueno era comercial. Lo tuve que dejar todo. Mi madre tiene noventa años y empezó a perderse por la calle... es que ya no conocía “ (Grupo discusión CT)*

Pero esta responsabilidad femenina de los cuidados está sujeta a distintos factores entre los cuales destaca la clase social. Las condiciones

materiales de existencia condicionan el rol de cuidadora principal en el interior de la familia. En este sentido, el cuidado informal de los enfermos de Alzheimer dentro de las familias de clase trabajadora representa una de las peores situaciones donde las mismas mujeres afirman que su vida “es un sin vivir”. En los diferentes discursos, aparece de manera muy clara como la capacidad económica y los recursos sociales condicionan la realidad cotidiana de los cuidados de larga duración. Las mujeres de clase trabajadora asumen la gestión y ejecución de todas las tareas de cuidado de larga duración en solitario, mientras que las mujeres de clase media gestionan los recursos para atender las necesidades sin asumir las tareas de ejecución.

*“Al principio todo el mundo ayuda, yo solo tengo un hermano, pero al principio todo el mundo viene e intenta colaborar, pero poco a poco te vas quedando sola y finalmente ya no pides ayuda, ya no pides nada, lo asumes”* (Grupo discusión CT)

*“Mi madre en estos momentos está atendida por una cuidadora, pero recae en mi la responsabilidad del cuidado, en mi hermana y en mí”* (Grupo discusión CM)

Estas diferencias por clase social en la manera de concebir y plantearse el trabajo de cuidados de larga duración, están muy ligadas a la separación entre las tareas de ejecución y gestión de este tipo de trabajo. Para las mujeres de clase trabajadora que cuidan a sus familiares dependientes, la realidad cotidiana de ser ellas mismas las que gestionan y ejecutan este trabajo, las atrapa y las ata de por vida. Imposibilitando, incluso, la idea de que sean otras personas, quienes puedan asumir por un tiempo esos cuidados, pues no confían en otras personas.

*“Cuando la hemos dejado con otros para que cuidasen de mi madre, hemos tenido que correr para volver a casa, porque no acabas de estar tranquila...”* (Grupo discusión CT)

En cambio para las clases medias y altas, las mujeres de la familia asumen con total naturalidad su papel de gestoras de los cuidados de larga duración, pero consideran que la ejecución de los mismos lo deben realizar trabajadoras, ya sea en el propio hogar o en el hogar de la persona familiar dependiente.

*“Cuando empezó mi madre a estar mal, tenía dos mujeres que la cuidaban todo el día y también la mujer de la limpieza que estaba hasta las seis”* (Entrevista CA)

Podemos afirmar que si para las clases trabajadoras los cuidados implican estar a todas, es decir, pensar, hacer, estar en disposición de los otros en una actitud de más o menos sumisión, un “sin vivir”. Para las mujeres de clases medias y sobre todo las de clases altas, los cuidados significan un “estar pendiente”, más vinculado a la gestión de los mismos, como persona que coordina, controla, hace de intermediario y organiza el trabajo de ejecución que realizan los profesionales y las personas directamente implicadas en las distintas tareas que los cuidados de larga duración comporta.

Una percepción que se encuentra relacionada con la desconfianza hacia la institucionalización de los cuidados, especialmente en centros geriátricos. En este sentido abundan frases que reproducen tópicos como *“cuando entran ya no salen” “los adormecen” “les roban sus cosas”*... Unido a la consideración de las exigencias de la persona dependiente *“ella no quería ir”*. Los discursos contra las residencias entre las cuidadoras de la propia familia son muy frecuentes, sobre todo entre la clase trabajadora donde parece que la escasez económica y el desconocimiento de los recursos existentes conduce a argumentar una doble negativa: *“ella no quiere ir y yo me sentiría culpable” “ella no quiere molestar pero yo no la quiero poner”*. Por el contrario, la clase media se manifiesta más predispuesta a la institucionalización siempre y cuando se cumplan algunas condiciones. En este sentido, parece que tanto influye la capacidad económica como la capacidad de afrontar la situación de manera más racional y menos emocional. Elementos fundamentales para discernir entre el trabajo de gestión y el de ejecución. Una diferenciación que es básica, ya que la no separación de ambas tareas, atrapa a las mujeres de clase trabajadora, mientras que libera de buena parte del mismo, a las de las clases medias y altas.

### ***Debe ser un trabajo profesional, pero bienvenida la informalidad***

En cuanto a la formación y la cualificación de las trabajadoras de cuidados, podemos ver la existencia de dos perfiles profesionales: las trabajadoras que ejercen su trabajo en centros de día, en centros residenciales, y las trabajadoras Servicio de atención a Domicilio (SAD). Tradicionalmente, esta formación había sido muy básica y se obtenía a través de cursos, muchas



veces de carácter ocupacional, proporcionados por las administraciones públicas, pero de manera poco coordinada. Existe una multiplicidad de ellos. Y las trabajadoras **no** siguen en su formación un itinerario de manera continua y reglada. En los últimos años se ha tratado de subsanar este entramado difuso de opciones formativas mediante la oferta de formación profesionalizadora concretada en el grado medio de Técnico Sociosanitario. A pesar de ello, muchas trabajadoras que entraron anteriormente al sector en cuestión no tienen dicha formación.

En cualquier caso podemos afirmar que estas trabajadoras, con mayor o menor capacitación, tienen conocimientos básicos sobre el trabajo de cuidados.

*“...entonces el primero fue el de auxiliar de geriatría. Que tardó 6 meses en la preparación, yendo cada día, que ahora no se hace así y creo que es muy importante porque lo que aprendí era un poco de todo general y de verdad que me siento muy a gusto por haberlo hecho así de largo, no una cosa de dos horas un fin de semana... pero no solo hice esa formación, también hice una formación sobre cambios posturales aparte, aunque ya me dieron algo en el curso este (auxiliar de geriatría), yo decidí hacer esto. También el problema de la comunicación con el demente hice otros cursos de tres meses, más cortos que el de la geriatría. Y he ido haciendo cursos relacionados, incluso el de directora de centro, aunque yo sé que directora no podré ser”. (Trabajadora de Centro Residencial, atención directa)*

Estos conocimientos básicos sobre el trabajo que realizan junto con su práctica diaria, les permite tener capacidad e ideas propias sobre cómo podría mejorar la calidad del servicio. Más allá de las condiciones laborales en las que se encuentran, consideran que es necesaria una mayor dedicación en tiempo, a cada dependiente, así como un mayor número de reuniones de coordinación. Ya que el control de la calidad del servicio se mide cuasi exclusivamente por las quejas de las personas usuarias.

*“Con las quejas ya hay bastante. Porque la directora va tomando nota de todo lo que se comenta y de tanto en tanto hacemos una reunión, ahora tenemos una programada para el día 9. Si no nos llaman a dirección o te llaman por teléfono.” “... yo siendo jefa haría reunión cada mes, porque así todo el mundo estaría más atento”. (Trabajadora de Centro Residencial, atención directa)*

Las malas condiciones laborales y las presiones a las que están sujetas estas trabajadoras, conduce en muchos casos a cierta insolidaridad entre las mismas y a un mal ambiente laboral entre las propias trabajadoras del mismo rango.

*“Sí, o son envidias, que sé yo, yo hace mucho tiempo que observo el tema y pienso, quizás soy yo, pero no porque intento mantenerme al margen de todo, pero no las que se llevan bien, cuando se dan la espalda, también...se hacen gestos, “ .... “Claro,*

*pero es que nadie quiere trabajar más. Si tú te quejas eres la mala, si te ha tocado te ha tocado o la quiere más a ella o ya enfermará y ya se verá. Pero ahora han hecho así, que cada tres meses cambio. Pero yo no lo haría tampoco así, si hay 10 sillas de ruedas con personas gordas y difíciles pues hacemos un recuento, y paso dos válidos para acá y dos con silla de ruedas para allá. Si las dos cobran lo mismo porque una tiene que ir relajada y la otra trabajar hasta las 10h y no porque vaya lenta. Per a ver quién dice esto y que quede bien. No quieren complicarse la vida.” (Trabajadora de Centro Residencial, atención directa)*

Una situación que no hay que desligarla del contexto económico en el que nos encontramos. La crisis financiera actual, no ha hecho otra cosa que disminuir los recursos dedicados a estos servicios públicos, lo cual tiene implicaciones directas sobre el trabajo de cuidados. Se han empeorado las condiciones de trabajo de las trabajadoras, así como la calidad de los cuidados en aspectos tan básicos como el material necesario para proporcionar cierto estándar de bienestar.

*“ahora están faltando los pañales, pero se ve que es un tema general, no piden que los aprovechemos al máximo porque no hay suficiente, creo que sucede en todas las residencias... no sé si esto (los pañales) salían gratis antes y ahora hay que pagar o a cada residente le dan una cuantas cajas y como España va todo mal, pues ahora le dan menos. Pero claro cómo evitar hacer cuatro cambios a una persona que tiene descomposición. Por más que uno diga reduce, y esperas que tenga tres pipí para cambiarlos..., pero cuando es lo otro, no puedes.” (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)*

*“Qué más puede generar un problema con ellos,... que no les caigas bien simplemente. Que lleve prisa, no les gusta que lleve prisa,...” (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)*

El otro perfil de trabajadoras, es el compuesto por las trabajadoras, la mayoría en situación informal, que trabaja en los domicilios, buena parte de las mismas, de origen inmigrante. Podríamos decir, que son autodidactas, la presión que se ejerce sobre las mismas, la situación laboral de absoluta sumisión en la que se encuentran y la necesidad de aguantar y soportar todo tipo de situaciones, para mantener y sobretodo conseguir tener un trabajo, las fuerza a aprender sobre la práctica. Utilizan cualquier situación en la que se encuentren para aprender todo lo que desconocen y que es exigido por los dependientes y sus familiares.

*“y las ganas que le ponía y cuando me iba al hospital, a la Carmeta por ejemplo... el primer trabajo de la mañana, yo le preguntaba a la enfermera... ¿cómo lo hago? Yo le decía: “enséñame a cambiar los pañales, enséñame a mover la postura...” y la enfermera me lo enseñaba... cómo cambiarle de posición, ponerle la pierna así, el brazo así y meter “clic” y darles vuelta a un lado, con una almohada... al otro lado de nuevo, la derecha, le doblas la rodilla, le pones el brazo acá, el otro brazo así... metes las manos debajo y lo doblas...” “Entonces me enseñó a cambiar la talonera, la venda, me enseña a curarle, a limpiarle con la gasa, a ponerle los parches, a quitarle con las tijeras que me deja ella y todo esterilizado, a limpiarle todo...” (Empleada en el hogar).*

Si la trabajadora es captada y/o contratada por un centro ya sea de la administración pública o algún centro de carácter privado para realizar un Servicio público, existe un mínimo de exigencia formativa. La paradoja viene cuando analizamos el perfil formativo de las trabajadoras informales de los domicilios, donde no existe ninguna exigencia formativa y en cambio estas trabajadoras son las que más la necesitan. Son las que tienen que realizar todo tipo de trabajos, las exigencias son múltiples, tienen que ser capaces de realizar todas las tareas domésticas (limpiar, cocinar, planchar “llevar la casa”), además han de saber cuidar del enfermo, estar pendientes de él y ofrecer un cuidado muy personalizado. Un trabajo de cuidados que va cambiando con el tiempo, tanto por el tipo de cuidado requerido, dado el empeoramiento de las condiciones de la persona dependiente, como por las exigencias de la persona usuaria y sus familiares. Se trata de trabajadoras, que en la mayoría de los casos están con los dependientes hasta que fallecen, lo que implica en muchos casos un acompañamiento en la muerte.

*“...el otro médico de estados terminales, me dice: "tu estarías en condiciones de quedarte a cuidarla hasta que se muera?"... a mí se me escalofrió todo el cuerpo y le digo: "no sé..." y el médico de cabecera me dice: "Ena, te va a hablar el hijo de doña Ana," y me habló y me cogió de los brazos y me dijo: "Ena, por favor, se lo suplico, siga cuidando a mi madre como usted la está cuidando, con ese mismo cariño... cuídela por favor, que estoy muy agradecido, yo no puedo venir pero por favor, cuídela hasta el final"... "no se preocupe doctor que me voy a quedar hasta el final con su madre porque me dió pena que él siendo el hijo, no pueda estar con su madre..." (Empleada en el hogar)*

Las exigencias a las que están sometidas estas trabajadoras informales, inmigrantes, traspasan los límites del propio trabajo. Son sometidas a chantajes sentimentales, se les exige no solamente que proporcionen cuidados en el hogar, sino también en los periodos de hospitalización, adjudicándoles responsabilidades de gestión y decisiones sobre los cuidados, correspondientes a la propia familia o al propio dependiente. Al mismo tiempo que se las fuerza a realizar tareas de tipo sanitario, para las que carecen de formación. Todo ello con el beneplácito y la complicidad del sistema sanitario.

*“una sonda tenía... y yo le cambiaba a veces la sonda... aprendí a cambiar la sonda, aprendí a pincharle para... que me enseñó la hija... aprendí a pincharle para medir el azúcar porque tenía diabetes... le lavaba, le hacía el baño de esponja, le lavaba, le cambiaba... el pompis también la herida le curaba, le dábamos vueltas, le curaba... y con ese señor, por ejemplo, en varias veces ha tratado de agredirme...” (Empleada en el hogar)*

*“y el me dice: "por favor Ena, quiere sir con mi madre hasta el final, su voluntad de ella es morir en casa... y levamos a gratificar muy bien” (Empleada en el hogar)*

*“... pero el doctor F. de terminales, el doctor que está con las personas cuando están a punto de morir, me enseñó cómo cuidarla al final, como le inyecté la morfina, el (no se entiende)... etc. Me felicitó por haberla... ayudado a la señora hasta que se murió, no? Me felicitó y me dijo que cuando yo necesitase trabajar, que le llame o que le avise...” (Empleada en el hogar)*

Una situación que se ve agravada por la falta de derechos, en las que se encuentran estas trabajadoras. Existe una reticencia generalizada, por parte de las personas dependientes y las personas de la familia, a regularizar su situación laboral.

*“yo le decía para que me pagase la seguridad social y me decía que no, me daba la tarjeta de metro y nada más... y yo pensé: "no importa, yo necesito trabajar y mandar dinero para mis hijos"... don R. (el de la tarde) tampoco me pagaba la seguridad social”.(Empleada en el hogar)*

La realidad de las condiciones de trabajo de las trabajadoras de cuidados de larga duración que realizan las tareas de cuidado en el propio hogar, pasa por una gran informalidad, que se sustenta en un trasfondo sociocultural, que liga las tareas de cuidado como una parte del trabajo doméstico-familiar, donde todo cabe. Se les transfiere, a estas trabajadoras, la responsabilidad de ejecutar correctamente las tareas correspondientes a llevar una casa, el hogar de la persona dependiente, así como todo lo relacionado con los cuidados del mismo. Se presupone que deben de adaptarse a las necesidades, las exigencias y los deseos de la persona dependiente, a lo que la situación de informalidad y falta de derechos en la que se encuentra la trabajadora, es percibida como una garantía.

Por otro lado, tanto si la trabajadora ha recibido y/o posee formación en relación al trabajo como si esta esta adquirida desde la práctica, para todas existe un componente relacionado con la naturalización de las capacidades para realizar este tipo de tareas. Así el perfil que se encuentra en el imaginario social, tanto de las propias trabajadoras como de la empleadoras, es el de una mujer mayor de 40 años, que por su trayectoria vital ya ha tenido que realizar trabajos de cuidados en su propia familia y por tanto esta socializada en ello.

*“...yo me lo tomo como una responsabilidad y que estoy hecha para ayudar a la gente.”(Trabajadora Centro Residencial, atención directa)*

Asimismo, las propias empleadoras, consideran que se deben de tener otras características que van más allá de la propia formación. Se considera que han de ser personas alegres y optimistas, con empuje, activas, dinámicas...

*“...una persona que te venga a una entrevista y te sonría dice mucho... vale? Porque ya te está demostrando que es una persona alegre, que es... después de que le guste hablar, no? Si voces a una persona muy paradita... a ver, yo te hablo en este trabajo, eh? Si es una persona muy paradita dirás: “\*ui! Esta... sí, vale...” te sonrío... pero tiene que tener un poquito de marcha...”* (Trabajadora Centro de día, gestora)

No deja de ser paradójico, que por un lado tanto las familias como las propias personas usuarias, demanden y consideren que el trabajo de cuidados de larga duración debe de ser profesional, pero por otro lado prefieran ser cuidadas en el domicilio por personas a las que no se les exige ningún tipo de formación. Y, asimismo, que la adaptación a la persona dependiente y a su familia, se traduzca en una situación de sumisión en la que cuanta más paciencia se tenga para aceptar las demandas de la persona usuaria y las exigencias de las personas de la familia, mejor trabajadora se es.

### ***Familia versus institución***

La contradicción entre vivir los cuidados de larga duración como un trabajo y pensarlos en clave de relaciones familiares se salda al naturalizar y desprofesionalizar el contenido de las tareas que estos cuidados comportan. La percepción de estos cuidados como algo que escapa a la lógica estrictamente laboral supone la naturalización de las competencias y las habilidades requeridas para el desempeño de tales tareas. Los discursos de las trabajadoras en el sector de los cuidados, ponen de manifiesto la percepción compartida de que cualquier mujer presenta características y habilidades que la predisponen mejor que los hombres para afrontar este tipo de tareas:

*“Y yo te digo que mi base fue mi padre. Yo tenía que ducharlo. Él se hacía caca y yo tenía que lavarlo, yo tenía que hacerle... A ver, ¿lo vas a dejar? el primer día pues igual hacía: «¡Hum!», pero es que ara ya no hago ni ¡hum!. Cuando... El primer cambio que le haces a tu hijo, ya ves, haces: «¡Hugh!. Es una persona. Es una persona que se lo ha hecho porque no controla, y punto.”* (Trabajadora SAD, atención directa)

Una naturalización de los cuidados que es vivida como una responsabilidad femenina y por tanto más relacionada con rasgos identitarios o

una manera de ser que con un conjunto de competencias y habilidades aprendidas. Lo que condiciona las exigencias y las representaciones de lo que socialmente se considera unos buenos cuidados. El nivel de exigencia puede llegar a ser muy elevado, hasta el punto que a menudo los estándares de cuidado escapan de los perfiles profesionales existentes. Tal y como ya hemos apuntado, se quiere que la persona cuidadora profesional se adapte a las necesidades de las personas requeridas de cuidados con el mismo afecto y amor que los que supuestamente le ofrece la familia. Cuando se considera que esto no sucede, a veces se recorre al descrédito profesional de la institución o de la profesional:

*“Yo tuve una que duró quince días. Porque la insultaba, le chillaba, le decía de todo y esa señora se fue a los quince días. Y era una profesional eh; Y claro como sabes tú que el perfil de estas personas será digno para tu madre, pues nadie lo sabe... Y luego que sea adecuada para su enfermedad, es muy complicado, es que es una enfermedad muy complicada.”(Grupo discusión CT)*

Esta naturalización de las habilidades y competencias relativas a los cuidados de larga duración, alimenta la desconfianza hacia los servicios sociales ofertados. Estos son percibidos como la rama más asistencialista y menos profesional del sistema de bienestar y se les considera incapaces de satisfacer las necesidades personalizadas de las personas dependientes.

*“Por ejemplo si se hacen pipi, saben que los van a cambiar a las seis, no los cambian a las cuatro que es cuando se ha hecho el pipi. En la residencia hace un olor! Es otro mundo, hasta las chicas que están cuidando te lo dicen. Por muy bonito que sea... en hilera y todos mirando al frente, si les hacen gimnasia, les hacen terapia, todo lo que quieras, pero los ves allá sentados en las sillas, mirando al infinito,....” (Grupo discusión CT)*

Las diferencias por clase social, son patentes en la manera como se solventa esta demanda de personalización de los cuidados. Si para las clases trabajadoras son las propias mujeres de la familia las que pueden y deben atender estas necesidades, para las mujeres de clases medias y sobre todo las de clases altas, es una buena gestión y supervisión de las tareas, siempre ejecutadas en el propio hogar, las que permiten un “mejor cuidado” entendido este, a partir de las exigencias de cómo quiere el dependiente que le atiendan.

*“mi suegra después de una operación de fémur tuvo miedo y decidió no salir de la habitación y estuvo así durante ocho años. Ella con la silla de ruedas no quería salir*

*nunca. No quería que le pusiésemos la tele porque si la tele estaba puesta no la cuidábamos, ella quería que le leyésemos, que jugáramos al dominó...”*(Entrevista CA)

La dificultad de ver satisfechas las exigencias individuales en el ámbito profesional favorece la idea que son las mujeres de la familia las más capacitadas para realizar y asumir las tareas de cuidados. Las mismas profesionales del sector reproducen este ideal de los cuidados construido sobre la base del modelo ideal de cuidados expresado en el lema “en casa con la familia”.

*“mientras se ha podido cuidar la persona en casa pues la han tenido en casa... una vez ya no se ha podido entonces la han puesto en una residencia no? Pero ... claro mientras la persona pueda ir funcionando y se pueda ir manteniendo pues en casa...”*  
(Trabajadora Centro de Día, gestora)

La institución geriátrica también reproduce la responsabilidad familiar de estos cuidados con los protocolos de atención a las personas usuarias. Las residencias geriátricas tienen un proceso de adaptación de la familia como respuesta, según explican las profesionales, al esfuerzo emocional que realizan las personas de la familia cuando dejan a sus parientes en la residencia.

*“La persona que ha cuidado toda la vida y ahora tu no la puedes cuidar, la dejas en manos de otras personas.”* (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

Aunque las profesionales de las residencias atribuyen el sentimiento de culpabilidad como una de las resistencias que tienen las familias ante la institución y constatan que las mujeres cuidadoras de la familia basan sus recelos en la impersonalidad en el trato, que a su parecer la institución ofrece. En este sentido, aparece por parte de las familias una de las dimensiones anteriormente mencionadas, la demanda de una mayor individualización en el trato, o lo que es lo mismo que se tengan en cuenta las características personales de la persona dependiente como garantía de una mejor calidad en la oferta de los cuidados de larga duración. A menudo, las personas de la familia pronostican una mala adaptación de la persona dependiente en el centro para justificar la opción de quererlo cuidar en casa. A partir de la particularidad de cada caso, se esgrimen argumentos contruidos sobre la idea del “no estará bien” o de como la persona dependiente “es muy especial, solo yo sé cómo cuidarla”.

*“Y entonces, pues eso, y entonces más o menos está en casa y dices, bueno, la ves que no es tu madre, ya no es tu madre, pero es..., pero bueno, queda algo de ella. Pero es que en estos centros, de los seis que me recorrí, me acordaré siempre, (cuatro?) años, pues bueno, es que no había ninguno... A ver, sí que es cierto pues que, bueno, que tenían fisioterapeutas en algunos, les ayudaban y tal, pero... pero bueno, era muy triste. Yo no podía ver a mi madre allí sentada”.* (Grupo discusión CT)

Finalmente, el discurso de desconfianza hacia la institucionalización de los cuidados, especialmente en centros geriátricos, también se construye sobre las preferencias y la voluntad de las personas dependientes. En algunas situaciones, ellas son las primeras en manifestar y reivindicar la voluntad de ser cuidadas en casa por la familia.

*“Vienen mis hermanos y se la llevan el domingo y tal. Y ella quiere volver a su casa. Claro, es que es muy duro, porque ella quiere volver a casa, quiere volver a su entorno, sus cajones, sus tal, sus cosas, ¿sabes? Y, claro, y su familia.”*(Grupo discusión CM)

*“Pero ahora mismo moralmente..., y además que ella nunca ha querido ir a ninguna residencia. Es algo que no... Entonces, no lo podemos... hacerlo. No puedo tomar esta decisión, aparte de que pues tampoco, tampoco lo podemos pagar.”* (Grupo discusión CT)

El ideal “en casa con la familia” es compartido por la población estudiada sin que influyan notoriamente las condiciones socioeconómicas, especialmente, cuando responde a la voluntad de la persona dependiente.

*“ Una madre muy a la antigua, muy dominante, de estas que todo lo organiza... hasta que no ha conseguido una habitación en mi casa no ha parado de insistir...!”* (Grupo discusión CM)

*“Fuimos a ver un hospital de día y me dijo a mí no me pongas aquí”* (Grupo discusión CM)

Como consecuencia, los cuidados de larga duración se quedan relegados a la esfera privada y familiar más por una cuestión de voluntad personal que como resultado de una imposición administrativa motivada por la escasez de oferta. Asimismo, si bien es cierto que la falta de recursos forma parte del régimen de cuidados español, no es menos cierto que en la preferencia por la familia cuentan otras razones deudoras de un imaginario social hegemónico que no considera ni ha demandado históricamente este tipo de servicios a la Administración Pública. A pesar de que la Ley (LAPAD) ha universalizado el derecho a ser cuidado percibiendo ayuda pública. Imaginario que también considera que los estándares de cuidados exigidos no serán satisfechos en las instituciones especializadas.



### ***El ideal “en casa con la familia”***

Aparentemente, el hecho de asumir la responsabilidad de los cuidados de larga duración en el ámbito privado y familiar responde al mencionado ideal de ser cuidado “en casa con la familia”, como la mejor opción para la persona dependiente. Un análisis más pormenorizado de lo que en realidad significa este ideal, apunta básicamente, a la percepción del hogar como espacio donde se respeta la individualidad e intimidad de la persona dependiente. Y en buena medida, también, porque facilita conservar el poder de decisión, como hemos apuntado anteriormente, de cómo, cuándo y de qué manera se quiere que se lleven a cabo las tareas de cuidado.

El espacio privado se percibe como un elemento de control sobre los cuidados en comparación al espacio público de una residencia o un centro de día. Pero el ideal de los cuidados en el hogar oculta otras realidades cotidianas que trascienden el bienestar de las personas dependientes. Por un lado, el malvivir que estos cuidados suponen para la principal cuidadora de la familia que ofrece bienestar al dependiente a costa de su malestar cotidiano y muchas renunciaciones vitales.

*“ Yo sé que es durísimo, que es muy duro, es mi madre y lamento decirlo así pero es que una persona así, en esas condiciones en casa no se puede, es que no tienes vida, te quedas sin vida” (Grupo discusión CT)*

Y porque tal realidad facilita que los cuidados de larga duración en el hogar puedan llevarse a cabo con un soporte externo, ya sea a través de los SAD o utilizando el dinero que se recibe de la Administración Pública para subcontratar de manera informal a trabajadoras, generalmente inmigrantes. Con el espacio bajo control, resulta más fácil delegar algunas de las tareas de cuidado a terceras personas ajenas a la familia. Surgiendo así, una nueva contradicción entre el imaginario que defiende el hogar familiar como ideal de los cuidados y la realidad de unos cuidados que cuando las condiciones materiales lo permiten no se duda en mercantilizarlos.

*“Es que claro es un problema muy gordo, Yo no la quiero llevar a una residencia, pero sí que venga una persona a casa, para yo poder estar... (Grupo discusión CT)*

Controlado el espacio, el perfil del sujeto que ejecuta este tipo de cuidados no despierta tantas objeciones en comparación con los profesionales de las

residencias. Prueba de ello es, como ya hemos apuntado, la informalidad laboral que caracteriza a los servicios de cuidado de larga duración realizados en los hogares. Como se ha descrito, esta informalidad laboral es una característica del régimen de cuidados propio de los países mediterráneos donde el recurso de la familia se combina con el recurso de la mano de obra inmigrante femenina. La baja cualificación requerida a las personas que realizan los cuidados en régimen de informalidad laboral en los hogares se justifica naturalizando sus capacidades como atributos vinculados al género y a la etnia.

*“y luego en relación a las personas cuidadoras nosotros tuvimos la suerte de encontrar a una persona centroamericana sumamente afectiva y con una calidad humana fuera de lo normal, la encontramos porque yo la había conocido de antes a través de una agencia de estés que ofrecen trabajo y a mí me daba más confianza, para que viniera a casa a limpiar cada 15 días, ella había hecho algo de auxiliar de geriatría y aceptó cuidar a mi madre cuando se quedó sola”. (Grupo discusión CM)*

*“es que las sud-americanas lo que tienen es mucha paciencia”...“y las filipinas también” (Grupo discusión CM)*

A diferencia de las trabajadoras de las residencias, para las trabajadoras en situación laboral informal que trabajan en los domicilios, buena parte de origen inmigrante, no existe ninguna exigencia de acreditaciones especiales para el acceso al empleo.

Asimismo, resulta evidente que la vinculación de estas tareas de cuidados con el trabajo invisible y femenino naturaliza las capacidades necesarias para su desempeño. En estos casos la construcción de la cualificación profesional se realiza bajo esos supuestos y es asumida por la mayoría de profesionales, quiénes a su vez naturalizan las habilidades aprendidas y las capacidades necesarias para desempeñar con calidad el trabajo de cuidados a las personas dependientes. Situación que facilita la no valoración de los saberes necesarios asociados con el buen desarrollo de una actividad que no toma en cuenta y oculta los saberes indispensables para generar el bienestar de la persona cuidada.

## **1.2. Trabajo, profesión y relaciones de poder: las dificultades materiales**

A continuación se van a exponer los límites principales que desde el ámbito del empleo parecen ser las causas que dificultan la mejora del sector y de las

profesionales, y limitan el reconocimiento de la importancia de estos trabajos para el bienestar de la población. De los análisis del discurso, emergen inicialmente dos cuestiones fundamentales, la dificultad para explicar qué es un buen cuidado incluso para las propias profesionales, y la evidencia de las relaciones de poder que explican el trabajo de cuidar a las personas (Hugman 1990). Algunas cuestiones han sido tratadas en apartados anteriores, sin embargo aquí se pone de relieve como las diferencias entre figuras profesionales albergan relaciones de poder. Por ello, se hace un esfuerzo en diferenciar aquellas trabajadoras de la atención directa (empleadas en los hogares, trabajadoras familiares y auxiliares de gerontología) respecto de las trabajadoras de los servicios con capacidad de coordinación y gestión (específicamente las trabajadoras sociales).

Las relaciones de poder, se expresan de forma distinta en función del espacio dónde se realizan los cuidados y en función del tipo de servicio. También se expresan distintamente en función de la relación que existe entre la persona cuidadora/persona cuidada, persona cuidadora/familiar, persona cuidadora/persona gestora de los cuidados. Esto significa que las relaciones que se establecen en el hogar tienden a la esclavitud y la relación es de servilismo, aunque la persona que está contratada (formal o informalmente) destaque la importancia de generar vínculos emocionales o amorosos, de carácter casi familiar. En el caso que los cuidados se realicen en una institución las relaciones de poder se expresan de forma distinta, y es ahí donde se torna evidente el escaso valor de la atención directa y toma sentido la estructura jerárquica de las profesiones vinculadas al trabajo de cuidados. Asimismo, en la atención domiciliaria, servicio prestado en el hogar, se pone igualmente de manifiesto dicha importancia de estructuración jerárquica de las profesiones.

### ***El empleo en el sector: de la invisibilidad a la profesión***

En los apartados anteriores se ha ido mencionando las diferencias entre profesionales y las relaciones que se establecen entre ellas. También se ha subrayado las distintas concepciones sobre el trabajo de cuidados. Unas concepciones que apuntan el desprestigio de la atención directa, es decir, de los trabajos que suponen cuidados intensivos, cotidianos, de larga duración.

Unos cuidados que suelen considerarse y percibirse como no trabajo en el caso de ser realizado por las propias familiares o de trabajos “no especializados” en el caso que sea una trabajadora remunerada quién lo realice.

El análisis de las entrevistas permite establecer claras diferencias en las trayectorias laborales y de vida de trabajadoras con distintos perfiles, que tiene relación con las distintas posiciones de unas y otras en la escala jerárquica de la profesión. Se distinguen tres perfiles de empleadas que protagonizan trayectorias distintas y específicas de entrada y continuidad en el sector: las trabajadoras informales, en su mayoría de origen inmigrante; las trabajadoras de la atención directa, y las trabajadoras técnicas y gestoras. Estas últimas son las que más habitualmente son reconocidas como profesionales.

En este sentido, las trayectorias nos permiten conocer cómo las trabajadoras entrevistadas viven y piensan su vida laboral, cómo a través de dichas trayectorias se evidencian posiciones sociales de partida distintas, y permiten avanzar en la comprensión de la problemática en torno a las dificultades de profesionalización. Los cuidados de larga duración son un trabajo sucio, poco visible, que tan sólo va a poderse realizar por aquellas mujeres para las que este empleo es un proyecto laboral y no un proyecto profesional. Se han visto las connotaciones simbólicas que tiene el trabajo de cuidados de larga duración, se ha visto cómo se vive y se percibe por las personas usuarias y las familias, se trata de un trabajo duro que apenas nadie reconoce. Sobre ello se configuran los empleos y las profesiones vinculadas a este tipo de trabajo.

Son cualificaciones y estructuras que van a dificultar que el trabajo de cuidados cotidiano y continuado sea considerado como un trabajo prestigiado. Sí puede serlo otro tipo de tareas vinculadas al trabajo de cuidados de larga duración, pero más alejadas de esa atención directa y cotidiana. Esto significa que se marcan líneas divisorias entre las trabajadoras. Las distinciones entre profesionales aunque aparentemente neutras, a la práctica esconden una estructura muy jerarquizada que evidencia una desigual distribución de los prestigios. Una estructura que pone de relieve el menor valor de las tareas de cuidado cotidiano, continuado y no médico. Se descubren unos discursos de las propias trabajadoras, y de las personas expertas, que refrendan incluso

entre las propias profesionales la aceptación de la menor valoración del trabajo de cuidados más próximo a la persona usuaria, aquellos que llamamos “trabajos de atención directa”.

Desde los análisis de la segmentación del mercado de trabajo y de la sociología de las profesiones se han analizado las estrategias colectivas de los grupos de interés que permiten delimitar y preservar bien el acceso a una profesión. Un proceso que conlleva dotar de prestigios los saberes vinculados al desempeño de una actividad. Mediante el análisis de las entrevistas se pone de manifiesto que en los empleos vinculados a los cuidados de larga duración es posible entrever dichos procesos. Así, la posición social de origen de las trabajadoras, los saberes que exige el desempeño de los cuidados, y el espacio donde se producen los cuidados ayuda a explicar las dificultades materiales que impiden avanzar hacia la profesionalización de todos los empleos que atañen a los cuidados de larga duración. Éstas se expresan a través de la explicación de las prácticas cotidianas de trabajo, que dejan entrever las relaciones establecidas entre unas y otras, y las auto-percepciones sobre el trabajo propio y el de sus compañeras. Son discursos en los que se tornan evidentes las relaciones de poder entre grupos laborales. Ello significa que sólo algunos trabajos son considerados como profesionales, aquellos más relacionados con la gestión de los cuidados y/o los cuidados no cotidianos, mientras aquellos trabajos continuados y más próximos a los imaginarios del trabajo doméstico y familiar difícilmente van a ser vistos como profesiones.

La tabla que se expone a continuación trata de representar esquemáticamente la distribución de las trabajadoras en función de su clasificación profesional, atribuyendo a cada figura cómo es percibido y autopercebido su trabajo, y estableciendo el tipo de norma de empleo que regiría en cada una de estas situaciones.

Empleo invisible	Empleo auxiliar	Empleo prestigiado
<i>Empleo en el hogar</i>	<i>Auxiliares clínicas, de gerontología, Trabajadoras Familiares</i>	<i>Profesionales técnicos: trabajadores sociales, fisioterapeutas, enfermería, personal médico</i>
<b>ESCLAVITUD-SERVIDUMBRE</b>	<b>EMPLEO</b>	<b>PROFESIÓN</b>

En los apartados que siguen se van a explicar las diferencias entre profesionales. A través de ellas se van a poner de manifiesto las relaciones de poder entre las mismas.

### ***Empleadas domésticas: proyecto migratorio y servidumbre***

Las empleadas domésticas entrevistadas son todas de origen inmigrante. Para ellas la inserción en este sector es una parte indisociable de su proceso migratorio. Para muchas el proyecto migratorio se produce con la pérdida del empleo en su lugar de origen, unido en muchos casos a procesos de rupturas sentimentales que las convierten en las proveedoras principales de los ingresos del hogar de origen. Son mujeres con escasa o nula experiencia en el sector de los cuidados pero que saben que el proyecto migratorio debe vincularse al empleo en el servicio doméstico en el país de destino. Un empleo al que saben que pueden acceder fácilmente al poco tiempo de la llegada, pues conocen las estrategias de entrada al sector: a partir de redes “informales” ya sea mediante la ayuda de una familiar, ya sea a partir de agencias de dudosa legalidad.

*“Yo me vine aquí porque yo estaba en una buena empresa de allá, de Ecuador. Trabajé como quince años en una empresa, quince años, y esa empresa liquidó. Y después, como a mí me gustaba trabajar y ser independiente... Me gustaba tener, que yo, que yo trabaje, desde luego ayudarlo también. Y, entonces, ya ahí en ese tiempo, ya, como son los hombres allá, que andan con la una, con la otra, y nos separamos, nos divorciamos. Y yo cogí mi rumbo y se me presentó una oportunidad de venirme, y me vine, solita. Me aventuré sola. Y llegué por primera vez a Málaga. Allá fue mi primera experiencia que tuve yo de un trabajo. También, una pareja de esposos: un médico forense y ella una abogada, y dos niños. Allí estuve trabajando como tres años.”*  
(Empleada en el hogar)

*“ [mi papa era] miniempresario porque tampoco era... entonces, para tener nueve hijas tenía dinero... entonces, todas venimos, las nueve, ya esculpidas, trabajando en la ferretería con mi madre desde que éramos niñas y con mi padre en su taller de toda la vida, hacía las ventanas para un hospital, puertas, ventanas... todo, todo, todo... una*

*fábrica de maya de alambre... entonces, nosotros vinimos a trabajar y mi papá lloraba y decía: "cómo van a ir de sirvientas de los españoles si ustedes no son sirvientas!!!", pero no... Vinimos, vinimos..."* (Empleada en el hogar)

*"fui donde la hermana Encarna... donde van todas las chicas, sobre todo las sudamericanas... y ahora con esta crisis también están yendo españolas... allí... y ahí he ido y allí le conocí a la señora.*

**Entrevistadora:** *¿quién te recomendó ir allí?*

**E:** *bueno, yo he llegado y estuve como dos días en un hotel en plaza de Sants porque al pagar el billete se paga con hotel dos días y en esos dos días pues pregunté donde había cualquier cosa de trabajo y me dijeron, me dieron nombres de agencias que era la de la hermana Encarnación la más conocida y me fui y allí conseguí el trabajo"* (Empleada en el hogar)

Para muchas de ellas la sumisión además lleva implícita la necesidad de regularizar su situación legal en España. El miedo a no poder ser dadas de alta en la Seguridad Social explica en muchas ocasiones la aceptación de condiciones de vida indignas.

*"y también yo misma me pagaba la seguridad social, yo misma... cuando cuidaba al señor S., entonces yo tenía que... para renovar mis documentos, yo todavía tengo la doble nacionalidad y para renovar mis documentos yo necesitaba estar contratada y cotizada, no? Y entonces le dije a doña A., del señor S., ese que me quería pegar... ella me dió de alta a la seguridad social pero con mucho recelo... le tuve que rogar... tienen mucho miedo las personas mayores de darte de alta a la seguridad social... tienen mucho miedo..."* (Empleada en el hogar).

Estas trabajadoras encuentran trabajo precisamente como empleadas en los hogares, mayoritariamente contratadas directamente por las personas de la familia. Ya se ha mencionado en el apartado anterior la demanda de individualización de la atención que explica la preferencia por los cuidados en el hogar. Es un espacio de poder para las familias, que son las que van a decidir y controlar todas las cuestiones relativas al cuidado de la persona dependiente. Las relaciones entre trabajadora y persona cuidada o sus familias son de "amo-sierva" o "dueño-esclava". Las familias exigen que los cuidados se realicen de una determinada forma, pautan los tiempos y los contenidos del trabajo, y la trabajadora obedece fielmente a dichos dictados. Por el contrario, cuando esta relación se da en el contexto de un servicio, la trabajadora tiene más capacidad para imponer su criterio profesional, aplicar aprendizajes y reclamar mayor visibilidad sobre su propio trabajo.

*"no... hay que tener carácter... es muy difícil porque las señoras tienen un carácter muy... al principio son buenas pero ya a medida que van pasando o ya cuando tienen esa enfermedad del Alzheimer son... al menos las personas que me tocaron... se vuelven malas... por decirte digamos... por ejemplo, yo entro para estar toda la noche digamos, por ejemplo, para cuidarle... y mi turno era entrar a las 8 de la noche y a las 11 o 12 de la noche le digo: "duerma señora, duerma... descanse..." y la señora me*

*decía: "¿por qué? ¿Por qué? ¡Si es tu turno tienes que estar sentada frente a mí!" o sea que se sufre..." (Empleada en el hogar)*

*"los mayores problemas son con las señoras que ya están a punto de morir... cuando ya están muy mayores y están en el momento este... se vuelven estrictas... o sea, déspotas, en plan... "pásame esto! pásame aquello!" o sea, te ven como una esclava, como una esclava... o sea no podía dormir porque me decía que tenía que estar todo el rato sentada enfrente de ella toda la noche hablándole" (Empleada en el hogar)*

Se exige a las cuidadoras una disponibilidad absoluta a las demandas de cuidado, que no entienden de jornadas de trabajo. La sumisión es aquello que define este tipo de trabajos, una sumisión que se acompaña con malos tratos y humillaciones constantes

*"yo cuidaba al señor este, lo cuidaba, limpiaba... era un señor que había sido militar, muy estricto y a veces me gritaba y yo no estaba acostumbrada a que me griten, no? Y a veces me decía cosas que para mí eran fuertes, ahora ya lo veo normal pero decía: "y una mierdaaaaaaa!" y en mi país una mierda es una mala palabra, es terrible... y a parte que a veces me trataba mal y yo me iba al baño y me ponía a llorar y a llorar y a llorar... y me decía: "lo tengo que hacer por mis hijos, por mis hijos..." (Empleada en el hogar)*

*"sí, sí... eee.... la desventaja de este trabajo es que al comienzo tienes que soportar... a veces son gente que te humilla... que te mira como si fueras un bicho... una cucaracha... como si no fueras nada... como si..." (Empleada en el hogar)*

*"a veces, ella sale, no sé a qué hora regresa. A veces, me trae inconvenientes porque tengo que tener yo todo aquí preparado, la comida de mis hijos dejársela hecha. Y si dice: «No, mira, hoy no voy a salir, no vengas.» Entonces eso como que sí que me incomoda: «¡Jolines!, yo que corrí tanto, me levanté pronto, hice la comida, y me llamas a última hora y me dices que no baje, que no va a salir, que se va a quedar con tu madre..." (Empleada en el hogar)*

*"después de allí dos meses no aguanté porque yo temblaba cuando llegaba a la casa de la señora de miedo...porque... ella sólo me transmitía energía negativa y tú lo percibes, no? Y a esa señora no la podías cambiar por más buena cara que pongas..." (Empleada en el hogar)*

En estos casos la relación de trabajo que se establece no obedece a la demanda de un trabajo profesional, al contrario, aquello que define el trabajo es la sumisión absoluta a los deseos de las personas dependientes y sus familiares. Hemos visto en apartados anteriores que el hogar sigue siendo el lugar preferido por excelencia para cuidar a personas dependientes, y con ello se generan trabas para la profesionalización de estos trabajos.

### ***Las trabajadoras de la atención directa: proyecto laboral***

Entre las trabajadoras con empleos de auxiliar, ya sea en los centros residenciales ya sea en los SAD, predominan mujeres de mediana edad que tienen una larga trayectoria laboral. Son mujeres de clase obrera con una larga trayectoria de empleo en sectores y empleos considerados no cualificados.



*Yo trabajé treinta y seis años en una empresa de cerámica aquí, en Cerdanyola. Empecé con catorce años. Había estudiado, tenía bastante titulación para poder trabajar en otro trabajo, pero me gustó la cerámica, la artesanía... Entonces, como era una empresa y estábamos todo mujeres y, bueno, había alguno que otro hombre, pero, bueno, y había buen ambiente..., eso me encantó. Total, que duré treinta y seis años, el tiempo [hasta] que la empresa cerró. Entonces, yo no quería seguir trabajando en una empresa, porque acabé harta de todo el día encerrada. Entonces, oí hablar de este trabajo y... hicimos un cursillo en El Safareig, aquí, en Cerdanyola... que era todo de mujeres, que estabas en el paro...” (Trabajadora SAD, atención directa)*

*“yo he trabajado muchos años en una escuela, estaba en secretaría. Pero cuando cerró la escuela, pues bueno, vi que una posible salida pues..., no me iba a poner a..., a ver, a... –cómo te explicaría– como dentro de una vida diferente a... –cómo lo explico– a luchar con personas jóvenes por puestos de trabajo que ya no eran para mí. O sea, claro, yo creí que más bien, pues, como me gustaba mucho toda esta parte de gerontología, pues hice cursos de geriatría, hice uno de Alzheimer...” (Trabajadora centro residencial, atención directa)*

*“Yo antes trabajaba... de, de... era camisera. Cosiendo. Me gusta mucho coser. Y bueno, pues..., plegué para tener a mi hija, y estuve cinco años en paro. Sí, luego ya..., la costura, digamos, fue... a menos” (Trabajadora Centro de Día, atención directa).*

Tienen experiencia laboral y hábitos laborales, su trayectoria vital pasa por el trabajo en el mercado de trabajo, compartido con su trabajo de cuidadoras en sus propios hogares. Entre las mujeres entrevistadas abundan aquellas historias de vida que relatan que previa entrada en el sector de los cuidados habían abandonado el mercado de trabajo para cuidar a familiares a su cargo, y para otras la entrada en dicho sector se explica por la pérdida de su empleo anterior raramente vinculado con el sector de cuidados. La necesidad y voluntad de estar presentes en el mercado de trabajo es su “proyecto laboral de vida”. Asimismo, su edad y dada la relativa juventud del sector, la mayoría de ellas cuentan con experiencia informal ya que han tenido familiares cercanos a su cargo, y lo explicitan como un saber necesario para poder desempeñar mejor su trabajo. La experiencia adquirida en el trabajo no formal es un factor valorado pero al mismo tiempo, y cómo se ha visto en el apartado de los imaginarios, asumen que es precisamente la vinculación a los trabajos informales aquello que más va a empañar las posibilidades de mejora.

*“Porque, a ver, yo había tenido...por desgracia, a mi padre. Yo sabía ya..., y a mi tío, lo había vivido muy de cerca también. Entonces, yo tenía ya una base.” (Trabajadora SAD, atención directa)*

*“me quedé en paro, como quien dice. Entonces mi suegra enfermó, de cáncer, lo típico, estas cosas que pasan. Era ya en el ochenta y algo, cuando empezábamos a ser ricos, y entonces yo ya estuve sin trabajar como 10 años o así.” (Trabajadora Centro de Día, atención directa).*

Ellas explican de forma natural su tránsito hacia un sector de actividad en el que saben que encontrarán un empleo, por ser mujeres, por tener la edad que tienen, y por las exigencias de entrada al sector que consideran fácilmente asumibles, por su clase social de origen y su nivel formativo. Las condiciones de entrada al sector son fácilmente asumibles para ellas.

*“Sí, de formación de geriatría, de geriatría. Sí, hice un par de cursos y otro curso de Alzheimer, hice uno de toma de constantes..., bueno, he ido haciendo varios cursos para ya prepararme para..., bueno, para el trabajo que pensaba que, bueno, que no podía competir con el joven a la hora de buscar un trabajo, y ya tenía una edad, por lo tanto aquí es donde había posibilidades de trabajar.”* (Trabajadora centro residencial, atención directa)

*“Yo tenía cuarenta y algo. “Cómo me reciclo?, en qué me reciclo yo ahora?” Otra vez con críos, sí que me apetecía pero estuve trabajando con críos subnormales y entonces, buscaba. Pero, otra vez, pero era como empezar así a estudiar demasiado. Entonces una vecina mía que es compañera que trabajaba aquí me dice “yo he hecho un curso, de esto” Y bueno, vi que había como bastante demanda de estas corsas y hice un curso. Y entonces hice el curso y empecé de voluntaria aquí. Y empecé de voluntaria, teníamos lavandería, me venía bien, hice el curso y a los dos meses de voluntaria ya me dieron trabajo.”* (Trabajadora Centro de Día, atención directa).

Saben por tanto que son el último eslabón de la cadena, son conscientes que se insertan en trabajos poco cualificados formalmente y con escaso valor social. En general estas trabajadoras son las que facilitan el trabajo a las profesionales, y es ahí donde son más evidentes las diferencias y las relaciones de poder entre unas y otras. En esas relaciones es posible reconocer que trabajadoras de un mismo servicio sean consideradas de forma distinta, y sólo unas tengan que reclamar constantemente que también son profesionales de los Servicios Sociales.

En el **servicio a domicilio**, las trabajadoras familiares que realizan el trabajo directo en los hogares aseguran ser los ojos de los Servicios Sociales, ya que ellas son las que cotidianamente cuidan de las personas y tienen la capacidad de detectar problemáticas sociales sobre las que posteriormente Servicios Sociales deberá intervenir.

*“Muchas veces, yo veo que las familias no saben exactamente en qué consiste el servicio que les ofrece la asistencia a domicilio. No lo saben. Entonces, el trabajador social es el que más o menos indica, pero si el trabajador social no visita el domicilio, no mira la situación, solo mira el agobio de la familia, no... no puede recomendar lo que se necesita, si no lo ve (...), que nos lo diga. En realidad quienes sabemos lo que se necesita, somos nosotras, pero después de una semana de estar ahí, ¿me entiendes? Tampoco es que llegues el primer día y lo vemos.”* (Trabajadora SAD, atención directa)

*“ tú eres los ojos de los Servicios Sociales, y tienes que comunicarlo, todo el que tú veas, a la empresa”(Trabajadora SAD, atención directa)*

Ese trabajo solitario en el hogar es por otro lado bien valorado por las trabajadoras del SAD. La autonomía es una de las cualidades de su trabajo, aquello que las hace percibirse a algunas como “profesionales” de los cuidados. Una percepción que no expresan las trabajadoras en las instituciones.

*“Solo decido cómo lo voy a hacer. Solo decido cómo lo voy a hacer, o sea, porque tú, aunque tú tengas una rutina de trabajo, no harás lo mismo en cada casa. O sea, tú sabes que vas a hacer una higiene, que primero, por lógica, empezarás por la cara, seguirás por el cuerpo y las partes más sucias las dejarás... Bueno, pero con qué material cuentas, qué es lo que la gente tiene en su casa, eso tú tienes que verlo primero, qué es lo que hay. Eso, qué hay, qué tipo de... de infraestructura hay para hacer la higiene. Eso es lo primero.” (Trabajadora SAD, atención directa)*

*“No me gustó [el trabajo en una residencia]. No, porque era todo muy monótono, era todo igual, cada día igual. Aquí no tienes un momento igual al que tuviste ayer, es todo diferente. Aquí abres una puerta y hay un mundo por descubrir, a ver hoy qué pasa, ¿no? (Ríe.) Es todo distinto cada día. Lo de la residencia es mucho más monótono, más... más cuadrulado todo, más... Y luego, aquí en este trabajo eres tú la que haces y deshaces y la que ves las cosas o no las ves, la que te equivocas o no te equivocas eres tú. No tienes a nadie que te esté ahí tu-tu-tu-tu-tu, «ahora aquí, ahora allí, ahora...» ¿Sabes? Tú sabes tus horarios y vas pim-pam, pim-pam, pim-pam, haciendo. Y es un poco de libertad, también, ¿eh?, estás en la calle, también, sales de un sitio y vas por la calle y vas a otro.” (Trabajadora SAD, atención directa)*

Se trata de una autonomía que a menudo se ve laminada por la falta de información que reciben de los servicios las propias trabajadoras. Son los Servicios Sociales los que hacen el primer contacto con las personas que van a recibir los cuidados, desde ahí se hace el primer diagnóstico y se establecen las pautas generales del servicio. Sin embargo hay información que las trabajadoras consideran importante para realizar bien su trabajo, y que puede tener implicaciones en cuestiones de seguridad y salud laboral, que no saben en el momento de entrar en el domicilio. Una falta de información que debe interpretarse por la escasa valoración de los cuidados cotidianos y la no consideración de la atención directa como parte global de un servicio de la cartera de Servicios Sociales. Ellas deben cuidar y prestar un servicio pero no tienen el poder suficiente para conocer de antemano el contexto dónde solitariamente van a realizar sus trabajos.

*“Eso nunca te lo dan. Lo único que te dan es el nombre, la dirección y el tipo de actividad, a grandes rasgos, que tienes que hacer; si es una higiene en cama, si es en la ducha..... Entonces, muchas veces te encuentras con casos en que la persona se levanta, puede caminar y eso es una ducha. Hay veces que no te informan de algunos problemas importantes que hay con respecto a la familia, si hay casos de violencia, si*

*hay casos de maltratos... Nada, absolutamente. Eso está... tú tienes que irlo descubriendo. Si hay un tipo de enfermedad... Qué tipo de enfermedad y qué tipo de problema tiene la persona, nunca (te lo dicen?). Tú tienes que irlo descubriendo poco a poco. Eso sí que es algo que, para nosotros, es muy grave, porque tú, cada vez que entras en un domicilio no sabes con qué te encuentras” (Trabajadora SAD, atención directa)*

*Entonces, según también... Se está pidiendo cada vez más, sobre todo porque nosotras lo exigimos, el tema de datos sanitarios. Más que nada, porque sí que existe la Ley de protección de datos, de que no podemos tener según qué información, pero, por otro lado, existen las enfermedades contagiosas. Es decir, si una persona tiene hepatitis o tiene sida, es decir, sí, tiene derecho a tener intimidad y que no sepamos esto, pero hay que firmar una serie de protocolos en esas casas, y tema de (...) de protección de... pues de guantes, mascarillas y esas cosas, pues es lo que ahora se está luchando así un poquito. Entonces, en algunos lo pone, en algunos no.(Trabajadora SAD, gestora).*

Asimismo, aunque tengan la percepción positiva sobre el grado de autonomía del que gozan para la realización de su trabajo, a menudo ésta no es tal, y deben contar con las coordinadoras de servicio y con las responsables de los Servicios Sociales para la toma de decisiones sobre cambios en las formas de prestar el servicio. De hecho aunque ellas prestan los servicios, aquellas personas que pueden decidir cambios son las coordinadoras de las empresas gestoras que a su vez dependen de las trabajadoras sociales de los Servicios Sociales. No existen tampoco espacios para la coordinación entre las distintas profesionales del servicio. Unas relaciones que muestran cómo en realidad se trata de una autonomía limitada, y a pesar de que son las trabajadoras quienes ejecutan, observan y realizan un servicio, no tienen poder de decisión real. Dependen de otras profesionales quienes les pautan los ritmos de intervención y les limitan su capacidad de acción. En este sentido, se diría que la propia organización externalizada de los servicios se sustenta sobre una pobre valoración de la importancia de la atención directa en los hogares.

*“Solo decido cómo lo voy a hacer. Solo decido cómo lo voy a hacer, o sea, porque tú, aunque tú tengas una rutina de trabajo, no harás lo mismo en cada casa.” (Trabajadora SAD, gestora).*

*“Claro, pero tú, si quieres una cosa que te la hagan con diligencia, rápidamente, la coordinadora a lo mejor le manda un e-mail, porque todos se comunican a través de e-mails. Allí no hay teléfono que valga; todo es e-mail. Hasta que la trabajadora social del ayuntamiento se lee y te contesta el e-mail, pueden pasar semanas” (Trabajadora SAD, gestora).*

En el caso de **las auxiliares de geriatría que trabajan en las instituciones**, centros de Día y centros residenciales, ya se ha expuesto que

su forma de trabajo recuerda a un sistema fordista de organización de las tareas y los tiempos. El relato sobre la secuenciación de tareas en los centros remite a un imaginario cercano al del trabajo en cadena, con escasa autonomía para decidir y cambiar el proceso cotidiano de su trabajo. Se trata de una producción en masa de los cuidados que suele ser mucho más marcada entre las auxiliares de geriatría, es decir, entre las profesionales de la atención directa, que tienen poco margen para decidir sobre su propio trabajo, e incluso a veces se puede ver limitado el acceso a la información sobre los personas usuarias que tienen a su cargo.

*Bueno, nosotros dependemos de la enfermera, directamente, y después hay la higiénico-sanitaria, que es la que está por encima de las enfermeras, y luego está la dirección, claro. Pero la dependencia la tenemos de la enfermera. Nosotros tenemos un protocolo a seguir, y entonces no es la que te dice lo que tienes que hacer, porque, claro, cada día, más o menos, es monótono y es lo mismo, pero sí que es la que, cualquier problema, es la que tienes que dirigirte a ella para que te lo solucione, claro.*(Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

*Ahh, las cuidadoras no tienen por qué saberlo todo. Saben el que tienen que saber. Eh? No tienen por qué saberlo todo.* (Trabajadora Centro Residencial, gestora)

Ello dificulta la atención individualizada de los cuidados, y limita la autonomía de la trabajadora para decidir cuestiones importantes sobre su propio trabajo; el ritmo de trabajo y el poco tiempo que las auxiliares tienen de dedicación con cada persona usuaria, no sólo afecta las condiciones de trabajo de las trabajadoras, también tiene un impacto sobre la calidad de la atención.

*“nosotros lo que queremos es que sean autónomos, bueno, bastante autónomos, que ellos se lo puedan hacer todo, dejarlos. Dar autonomía, porque si tú se lo haces todo, si tú se lo haces todo, le quitas toda la autonomía que tienen ellos. Pero, claro, hay momentos que no les puedes dar tú esta autonomía, porque tú puedes estar a lo mejor con ellos si tienes más tiempo, si tienes poco tiempo, entonces tienes que estar más... tienes que hacerlo tú (...) A ver, no tengo tanto espacio, no tengo tanto tiempo, entonces tú se lo haces todo, entonces tú le quitas la autonomía. Y es lo que... más o menos es lo que veo que tenemos muy poco tiempo para tanta gente* (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

*“Claro, yo realmente pienso que a ese tiempo tendríamos que tener algo más de dedicación, las gerocultoras, ¿eh?, porque sí que hay todo un equipo técnico, que son, pues, las fisios, luego está una dinamizadora cultural..., claro, que ya hacen su labor, ¿eh? Pero nosotras a veces estamos como muy cogidas por el día a día, y a veces ese aspecto de más atención personal, pues no nos da tiempo, o sea, no nos da tiempo. También está suplido, ya te digo, por las fisios y por las técnicas, dijéramos, de dinamización, ¿no? Bueno, ellos celebran Carnaval, celebran Navidades, celebran la Feria de Abril, ellos celebran todo, ¿eh?, no te pienses que no, celebramos cumpleaños... Quiero decir que en este aspecto tienen bastante actividad, ¿eh? Pero siempre hay una atención que ellas requieren más en el plano de tú a tú, y ese es el que a veces cuesta un poquito”* (Trabajadora Centro Residencial, atención directa)

Aunque a menudo se reconozca que las auxiliares, como sucede con las trabajadoras familiares, son las que más información tienen sobre los cambios y problemáticas nuevas de las personas atendidas. Y en los Centros de Día son ellas las que mantienen cotidianamente las relaciones con personas de la familia, para informar y preguntar sobre cambios observados.

*“Y en función de lo que te explican las auxiliares y el día a día del centro, pues ya ves cuando hay algún seguimiento de más urgencia o que van teniendo esta normalidad.”*  
(Trabajadora Centro Residencial, atención directa).

A diferencia de las empleadas directamente por las familias, éstas trabajadoras si se reconocen como tal, y su trabajo es considerado “empleo”. Sin embargo, sigue siendo una actividad sin valor social y que tampoco tiene el reconocimiento de sus compañeras de profesión. El trabajo auxiliar en el sector de los cuidados tiene que sortear muchos obstáculos, simbólicos y también materiales, para poderse construir como un empleo prestigiado, para ser considerado una profesión. Aunque se ha avanzado en la delimitación de figuras profesionales, aquellas que realizan los cuidados de forma profesional siguen sin ser consideradas.

*“A ver, a veces, ya te digo, ya tengo ganas de jubilarme, a veces no pero... a veces, yo creo que es muy importante el trabajo que hacemos. Solamente que la sociedad no le da esa importancia. Te tiene como limpiaculos (llora). Y tanto las compañeras... (...)”*  
(Trabajadora centro residencial, atención directa)

*“lo que digo que la gente ya no (lo valora), que ya no me refiero a personas de la familia,*

**Entrevistadora:** *Tus compañeras mismas*

*Los mismos. Aunque hayan ido a la universidad”* (Trabajadora centro residencial, atención directa).

### **Las técnicas: proyecto profesional**

Los servicios sí tienen una estructura profesional bien delimitada. De hecho a raíz de la aprobación de la Ley de Dependencia y la Ley de Servicios Sociales, para el caso de Cataluña, se reconocieron las categorías profesionales que debían existir en los servicios. En ellos, además de las profesionales de atención directa, existen otras figuras que suelen ser las que se reconocen como profesionales, pues se requiere una formación específica de entrada – diplomaturas- y por tanto tienen una profesión reconocida. En el trabajo de campo se entrevistó a distintas trabajadoras encargadas de la gestión de los servicios, todas trabajadoras sociales. Sobre ellas recaía la responsabilidad de

gestionar el servicio (determinar horarios y distribución de tareas) y de coordinar y controlar a las trabajadoras auxiliares. La mayoría, y a diferencia de las otras trabajadoras, eran mujeres más jóvenes, que acceden a este empleo como parte de su trayectoria profesional. Son personas con titulación universitaria. Ellas sí se perciben como las profesionales de los Servicios Sociales, una distinción que refuerza el desprestigio sobre aquellos trabajos más manuales y cotidianos.

Las tareas de las gestoras están relacionadas con la coordinación y menos con la atención directa. Así entre sus competencias figura el de gestionar altas y bajas de servicios, hacer seguimiento de los casos y relacionarse con los Servicios Sociales para las gestoras de los servicios de atención domiciliaria. Las gestoras en los centros se dedican a gestionar los ingresos de personas usuarias en el centro, gestionar las ayudas sociales de las personas usuarias, coordinar equipos y relacionarse con las familias.

*“En cuanto al usuario, a nosotros nos llega una propuesta de servicio, de servicios sociales; nosotros establecemos el primer contacto con el usuario, le llamamos, preguntamos si los datos son correctos, si quieren el servicio, para qué lo quieren, más o menos, para tener una idea. Entonces, según el perfil que veas que tiene, porque también te dice más o menos un poquito de informe médico, o un poquito así la idea, tú vas al domicilio con la trabajadora, según si es más socio-educativa o es pura dependencia, que son higiene y cosas así de aseos, pues un perfil un poco de la persona también tienes que tener en cuenta a la hora del servicio.(..) Esto en cuanto a usuarios. Luego, gestionar también las bajas, las altas, los reinicios, las quejas... Y... ya está. En cuanto a usuarios, más o menos es esto. En cuanto a trabajadoras, pues es un poquito lo mismo. El tema de ponerle la (...) y gestionar sus horas, su bolsa de horas” (Trabajadora SAD, gestora).*

*“aquí me encargo, básicamente, de la acogida, tanto de... Antes de ingresar, informo de las prestaciones que puede tener, derecho de acceso... Un golpe aquí, también hago el seguimiento de los primeros días, integración. Y, también, un golpe adentro, velo porque se hagan todos los trámites correspondientes, que, bien, van superlentos..., desde el Ayuntamiento..., vamos insistiendo. Si hay..., si se tiene que hacer algún cambio de grado, hay alguna modificación en el estado, pues también pedimos revisiones. Entonces..., que más...? Bien, hacemos reuniones con el equipo...” (Trabajadora Centro Residencial, gestora).*

Las gestoras son las personas encargadas de la supervisión y organización del centro, y para ellas parece no haber una distribución tan estricta de tareas. En parte porque tienen el poder de decidir y ordenar sobre el trabajo de la atención directa. Entre los discursos se encuentran contradicciones entre la supuesta importancia que se considera que tienen las trabajadoras de la atención directa y la práctica real que muestra la exclusión de estas trabajadoras de los círculos de organización y decisión. Además, en

los discursos de las gestoras suele percibirse una clasificación constante entre “las buenas” y las “malas” trabajadoras para referirse a las trabajadoras de la atención directa, una clasificación no utilizada para referirse a las otras profesionales.

*“Es que es complicado, porque yo creo que es mucho... depende del carácter, también, de la persona. Si tiene ganas de escuchar y de aprender y de..., bien, no sé, no? Si se podría mejorar? Sí, claro. Con formación... Es que se hacen muchas formaciones que creo que no... (...) No sé cómo tendría que ser, pero se hacen cursos, no?, por... «Cómo se tiene que tratar una demencia», «Como se tiene que tratar...» Y yo creo que quien quiere aprender, aprende, y quien no, no, y tampoco lo interiorizan, no? Bien, van allá, escuchan y se van. Después no lo aplican... Algunas, algunas sí, pero... Quizás también es que a muchas no les gusta, no?, el trabajo, o lo hacen por... porque los da dinero.”* (Trabajadora Centro Residencial, gestora).

El contenido y tipo de trabajo se considera más sencillo en las actividades de atención directa, relacionado con la devaluación de aquello vinculado al cuidado cotidiano, por ello se justifica que estas profesionales puedan incidir menos sobre la atención de las personas usuarias. Su trabajo se considera “no especializado” y sobre ello se justifica su menor participación y autonomía. Un elemento que denota la jerarquización de los centros y la permanencia del trabajo de cuidados en los imaginarios del trabajo invisible y sin valor. Tiene que ver con el ejercicio del poder, que se expresa en este caso, en el poder de unas profesionales sobre otras, y sobre todo estos relatos hacen evidente el desprestigio de la atención directa.

*“Hombre, siempre... siempre, siempre, cuando la directora dice algo, es la palabra que queda –vale?–, es la palabra que queda. Y después, siempre, el profesional del equipo interdisciplinar siempre también tendrá... su palabra tendrá más peso que la de las auxiliares, porque al fin y al cabo es quien hace su terapia y es quien trae su grupo. Pero siempre, siempre, damos la oportunidad que todo el mundo haga su valoración.”* (Trabajadora Centro Residencial, gestora)

*O sea, sí que se coordina todo lo que es el equipo técnico, el equipo de dinamización, el equipo de enfermeras, pero con las gerocultoras no hay. Entonces, eso es lo que venimos reclamando, porque creo que también es importante, que haya un encuentro de vez en cuando, pues, con el personal, que también estamos ahí, en realidad. Pero, claro, ya sabes que para eso se requiere tiempo, y entonces, claro, no te van a quitar media hora de tu trabajo, porque tu trabajo...* (Trabajadora Centro Residencial, gestora).

*Quiero decir, pienso que la dinámica que establece la dirección es importante. Claro, siempre es muy interesante la visión que tienen las auxiliares de los abuelos, no?, es muy importante. Entonces, a veces sí que a las reuniones de equipo, pues carece una auxiliar que... Sabes? Pero a veces hacemos reuniones de equipo y falta el auxiliar, porque tiene que ir al lavabo a acompañar..., no sé qué, hoy no puede venir..., no sé qué, entonces es muy importante. Qué pasa? Que las auxiliares de geriatría dependen directamente de enfermería.* (Trabajadora Centro Residencial, gestora).



A pesar del desprestigio de las figuras profesionales lo más importante y valorado por todas las trabajadoras, especialmente por las gestoras de los servicios, es todo lo concerniente al trato que recibe la persona usuaria. Saber dar a la persona usuaria calidad de vida mediante un buen trato es lo más valorado, por encima de los saberes técnicos.

*“es la esencia y la razón de ser de un centro de día, el cuidar de esta persona y ver cómo disfruta de la vida en sus últimos... en sus últimos años. Y que te expliquen con emoción, pues, lo que hacen... lo que han hecho el fin de semana, con la familia, que te expliquen los aniversarios de sus nietos, de la hija que le ha traído a no sé dónde, que le ha gustado..., es lo más... es lo más especial. Y cuando los llevas a la playa (...) que se mojen los pies, toquen el agua... Esto es mucho... O cuando van a cualquier parte que hace mil que no han ido, no? Es especial, es sacarlos de su rutina y ver cómo... cómo disfrutan, es lo más bonito. (Trabajadora Centro Residencial, gestora)*

Todos estos relatos delatan las diferentes posiciones sociales de las trabajadoras, y las diferencias entre las relaciones sociales establecidas entre cuidadoras y cuidados, y entre los distintos tipos de cuidadoras. Es en el marco de la prestación de un servicio dónde pueden albergarse las posibilidades de mejora del trabajo y la mejora de la profesionalización. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto que algunas trabajadoras de los servicios sí son consideradas ya como profesionales. Una distinción que apunta a que una serie de conocimientos han conseguido ser prestigiados, mientras que otros, aquellos vinculados con la atención directa no forman parte de estos prestigios.

### ***El prestigio y los saberes***

En el apartado anterior se ha visto que la posición social, la trayectoria laboral y el espacio de trabajo ayudan a explicar parte de los límites de la profesionalización de este tipo de empleos. A ello cabe añadirle la construcción de las cualificaciones profesionales, que al no tratarse de una construcción neutra ayuda a explicar mejor esos límites. Las entrevistas explican que los saberes necesarios para realizar los trabajos de cuidado continuado requieren actitudes y aptitudes específicas, y que el no tenerlas implica no saber hacer esa tarea. Sin embargo, esas actitudes y aptitudes a menudo no están suficientemente reconocidas, y aquellos saberes relacionados con el trabajo de cuidados son saberes no prestigiados. Es decir, la cualificación necesaria para el buen desempeño del trabajo de cuidados no logra convertirse en cualificación formalmente reconocida.

Esto apunta a que el propio contenido del trabajo, un trabajo socialmente vinculado al trabajo doméstico y familiar, femenino e invisible, explica las dificultades para prestigiar los saberes relacionados con el desempeño del trabajo de cuidados de larga duración. La construcción de la cualificación profesional se realiza bajo esos supuestos y es asumida por la mayoría de profesionales, quienes naturalizan las habilidades aprendidas y las capacidades necesarias para desempeñar con calidad el trabajo de atención a las personas. No se valoran los saberes necesarios asociados para el buen desarrollo de una actividad de estas características, no se tienen en cuenta aquellos saberes indispensables para la generación del bienestar de la persona cuidada, algo de lo que son muy conscientes las propias trabajadoras. El trabajo de cuidados en la atención directa vinculado a las situaciones de dependencia tiene unas características que dificultan el traspaso de la capacitación técnica a unas mejores condiciones de empleo y un mayor reconocimiento del trabajo.

Se verá, en el apartado dedicado al análisis de las entrevistas a personas expertas, como las personas con responsabilidad en el diseño y gestión de los Servicios Sociales verbalizan y reflexionan sobre la invisibilidad del trabajo de cuidados y su débil concepción en los sistemas de cualificación de los trabajos. Sin embargo, mediante el análisis de la práctica cotidiana de los trabajos no parece que esté calando ese reconocimiento explícito desde los órganos con poder de decisión sobre el modelo de servicios sociales.

### ***La construcción no neutra de la cualificación***

En relación con la cualificación cabe destacar dos ideas principales que afloran en muchos de los discursos y que son a la vez complementarias y contradictorias. En primer lugar aquello que parece delimitar un buen trabajo en este ámbito tiene mucho que ver con competencias actitudinales, de saber estar. Estos elementos que pueblan el campo de lo subjetivo suelen tener una difícil traducción en modo de capacitación técnica. Es decir, escapan a la lógica dominante de construcción de la cualificación pero sin embargo se entienden como imprescindibles para el buen desempeño de la profesión. De hecho, la experiencia no laboral se toma en cuenta: los años de vida necesarios para realizar este empleo se consideran un elemento positivo para el desempeño de la actividad. El problema es que no se convierten en competencias educativas

evaluables. La experiencia de vida, los aprendizajes realizados por estas mujeres en su vida privada no son tomados en consideración, pero se consideran por todos como unos aprendizajes necesarios para la realización de este trabajo.

*“Mira, las auxiliares, desde mi punto de vista, tienen que ser personas con un bagaje personal importante, que sepan traer una familia. Y por qué te lo digo, esto? Porque, mira..., las abuelas tienen su picaresca, y quieren que le rías las gracias y quieren que te las ganes. Y las chicas, si son un poco listas, se las sabrán ganar. Aunque te caiga bien o mal, pero tú sabrás traértela, me entiendes? En cambio, una chica que tiene poca..., no sé, poca..., muy poco experimentada en la vida, seguramente, pues, se le pondrá de culo a la abuela, no le reirá las gracias, si la abuela se queja le pondrá mala cara..., etcétera, etcétera, etcétera. Entonces, a mí este tema que tienen algunas auxiliares, que tienen sus cuarenta y cinco años, que ya están bastante... bueno, que la vida, pues, ya les ha dado unos cuántos palos y han sabido salirse con su vida, con su historia personal, con sus familias, pues yo esto lo valoro mucho.”* (Trabajadora Centro Residencial, gestora)

Por otro lado una mirada más precisa de la realidad hace emerger cualidades de este empleo que encajarían a la perfección con aquellas competencias que se espera que deben tener personas con alta cualificación: responsabilidad, capacidad de decisión, autonomía, rapidez de reacción, empatía, capacidad de detección de necesidades. Son competencias exigidas tanto por las profesionales de la gestión como por personas de la familia pero no son reconocidas para la cualificación formal de estos trabajos.

*“Sobre todo el servicio, aparte de dar una atención al usuario, el SAD es un chivo expiatorio para que haya alguien en ese domicilio, para saber qué pasa. Independientemente de que se hagan tareas de higiene y todo eso, nosotros, cuando se pone el servicio es para saber qué pasa en ese domicilio. Entonces claro, tiene que ser una persona que sea receptiva, que sea... que se fije en los detalles, que vea las cosas. No que vaya, pues mira, hago un plato de sopa y me voy. No, eso no es la función del SAD. El SAD es estar ahí, ver qué pasa, escuchar, ser receptora, ver qué puede pasar, qué problemáticas... Tienes que estar alerta. Más que la tarea en sí que realizan, eso es lo de menos. Para mí es lo de menos. Es más saber qué hay, qué no hay, qué necesidades tiene, a nivel de salud sobre todo, por ejemplo control de medicación, cosas así. Quién entra en casa, quién no entra. Es más un poco detective –por así decirlo– que no técnico.”* (Trabajadora SAD, gestora)

*“Pero después pensaba, pobrecita está mal... la holandesa tenía una herida aquí en el talón horrorosa, profunda... creo que se le veía el hueso a la holandesa... la enfermera de la seguridad social... yo que me quedé a ocupar su lugar de la otra chica, que me sentí muy mal... entonces ella me enseña a quitarle la carne muerta, entonces al comienzo a mí me daba nervios porque la carne se pone negra. Entonces me enseñó a cambiar la talonera, la venda, me enseña a curarle, a limpiarle con la gasa, a ponerle los parches, a quitarle con las tijeras que me deja ella y todo esterilizado, a limpiarle todo...”* (Empleada en el hogar).

### **La naturalización de competencias: amor y vocación**

Las entrevistas ponen de relieve un proceso de naturalización de competencias, como ya hemos apuntado en apartados anteriores. La naturalización de las competencias como una característica femenina contribuye a desprofesionalizar las habilidades necesarias para una buena atención. En este sentido, aparece una dicotomía entre las competencias actitudinales (más presentes en la familia) y las competencias técnicas (más presentes en el ámbito profesional) que invisibiliza las competencias aptitudinales de mediación, comunicación y gestión.

La naturalización existente en los círculos informales acentúa el peso de los lazos familiares. Así la competencia aptitudinal se convierte en la construcción de lazos de cariño y amistad, enmascarando esas competencias aptitudinales que requiere el buen desempeño del trabajo de cuidados.

*“ya nos cogió más cariño, ya no estaba cascarrabias, le hacíamos las bromas, con cariñitos... mi hermana, la que lo cuidaba por la noche, también es cariñosa, también le hacíamos los mimitos porque... yo creo que veíamos el cariño paternal de papá que dejamos en casa... entonces tú buscas... y a mi hermana le pasó igual... yo le decía: "tú eres como mi padre...". Claro que él era blanco, colorado y mi papá era moreno pero... (ríe). Entonces, yo le decía: "usted es como mi papá..." y entonces él comienza a sentir el cariño, no?(Empleada en el hogar)*

*" . Entonces, yo, por la promesa que le había hecho al doctor y que me daba mucha pena de que siendo un médico y la madre...y a parte que yo ya la quería a esa mujer, yo ya la estimaba no? Entonces son cosas que son de cada uno... yo tampoco pensaba que e iban a dar tanto pero... yo lo hacía con cariño..." (Empleada en el hogar)*

En los círculos profesionales esta naturalización se observa a través de la vocación. Entre las trabajadoras de los Servicios también se menciona la necesidad de disfrutar con el trabajo, ya que al ser un trabajo duro, sólo se soportará si hay satisfacción.

*“Sí, me gusta. Porque para aguantar y hacer los cambios de pañales que hay variedad de cosas que se ven, verles las úlceras en los culos, las situaciones son duras, y a veces se te mueren en tus brazos... entonces eso es duro porque llegas a cogerles mucho cariño. (Trabajadora centro residencial, atención directa)*

*A mí sí. Si no, no estaría. Yo no pensaba que me gustara tanto. No, sí que me gusta, mucho, ¿eh? Además, me lo paso bien con ellos. Y a lo mejor están aquí y están pintando o lo que sea, y sale una música y me pongo a bailar” (Trabajadora Centro de Día, atención directa)*

Para las gestoras de los cuidados se entiende que sólo se pueden realizar unos buenos cuidados si son vocacionales.

*“Claro. Y esto se nota mucho, a quien le gusta y a quien no. Y esto, más que mucha formación o así, yo creo que tendría que ser gente que lo hiciera por... Porque esto es muy vocacional, es..., sí. Entonces, es como un maestro, no?, si no le gusta, no lo hará bien.”* (Trabajadora Centro de Día, gestora)

La visión más generalizada sería la construcción de una profesional, con sentimiento de grupo y vocación para el puesto de trabajo. Eso recuerda a la idea de segmento profesional y la necesidad de articular una cierta estructura de poder capaz de regular las puertas de acceso a la profesión. Un panorama que a priori parece estar lejano de la atención directa.

Asimismo, es necesario resaltar la contradicción que se produce en torno a los conocimientos de las gestoras de los cuidados. Ya se ha visto que en su mayoría son diplomadas universitarias, por tanto, con conocimientos reconocidos y con cierto prestigio. Sin embargo, para la práctica cotidiana de su trabajo suelen manifestar que los estudios universitarios no las preparan para tratar personas mayores. Una preparación que sí tienen las trabajadoras auxiliares.

*“Es que el problema es que la enseñanza universitaria es muy genérico, es muy básico, y no te prepara... no te prepara por una tarea en concreto, porque después, en el tema de trabajo social, es tan amplio el abanico de lugares donde puedes tú trabajar que, claro, no puede ser muy específica, tampoco, la carrera. O sea, si ahora estuviera trabajando en la prisión o estuviera trabajando en una escuela...”* (Trabajadora Centro de Día, gestora)

Por otro lado, las mismas gestoras reconocen que aquello más importante para el buen desempeño de su trabajo es saber cuidar, saber relacionarse con las personas. De ahí la contradicción, la formación tiene un reconocimiento formal pero se necesitan cualidades que no se aprenden en esa formación reglada. Unas cualidades que cuando las que las tienen son las trabajadoras de la atención directa no tienen valor ni prestigio.

*“Lo que más me gusta es..., o sea, cuando puedo estar sin presión con ellos, haciendo... haciendo actividades, el programa... No me gusta tanto la programación, pero me gusta más lo... ya llevar a cabo la actividad, o sea, hacer... hacer las excursiones con ellos, hablar con ellos, y ver lo que disfruten, lo que no disfruten... Esto es lo que más me gusta. Tener... tener tiempo sin presiones para hablar, para escucharlos, porque te expliquen sus historias..., es lo más... es lo más bonito de todo.”* (Trabajadora Centro de Día, gestora).

En definitiva, es precisamente el tipo de trabajo (contenido) el que influye en las exigencias formativas y en el reconocimiento de cualificaciones profesionales. Un contenido que por estar íntimamente ligado a los imaginarios sobre el no valorado trabajo doméstico y familiar hace entendible la tolerancia social sobre

este tipo de elementos. Aunque también debe tenerse en cuenta que dicha realidad tiene que ver con el proceso no neutral, desde el punto de vista de género, de la construcción de la cualificación profesional, que no incorpora determinados saberes que son imprescindibles para el desempeño de actividades de cuidados y que, contrariamente a lo que está aceptado socialmente, no todo el mundo adquiere.

## **2. EL DISCURSO DE LOS ACTORES SOCIALES Y LAS PERSONAS EXPERTAS**

Los actores sociales y las personas expertas coinciden en afirmar que, como apunta la primera línea de hipótesis, existe un conjunto de aspectos que dificultan el desarrollo de un Sistema de Atención y Cuidado a las Personas con garantías de calidad desde el punto de vista del empleo y del bienestar cotidiano. La mayoría de voces subrayan la importancia de contar con un marco legal de referencia y un sistema público consolidado como la única vía para poder articular y profesionalizar la organización social de los cuidados continuados. Con relación a las dificultades existentes, se señala una diversidad de aspectos que reflejan el carácter complejo y multidimensional del tema. El abanico de factores reseñados en las distintas entrevistas se puede agrupar en dos conjuntos de dificultades relacionados entre sí. Por un lado, las dificultades vinculadas al desprestigio social que acarrea el sector de los cuidados. Por el otro lado, las dificultades vinculadas al desarrollo de la Ley (39/2006) de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) en el contexto actual de crisis económica.

En el discurso de las personas expertas aparecen reflexiones sobre la realidad cotidiana de las trabajadoras expuesta en el apartado anterior. Las entrevistas a personas expertas se realizaron al finalizar las entrevistas y grupos de discusión a trabajadoras. Es por esta razón que en las páginas que siguen se vuelva a reflexionar sobre cuestiones ya expuestas en el anterior apartado, pero ahora desde la lógica no de quién ejecuta si no de quién tiene la capacidad de repensar el sector en su conjunto.

## 2.1. Dificultades vinculadas al desprestigio de los cuidados

El punto de partida para detectar y comprender las dificultades que implica la construcción y la consolidación de un sistema de atención y cuidado a las personas reside en el desprestigio social de los cuidados. Se trata de un conjunto de actividades y tareas que cuentan con un bajo reconocimiento profesional, una escasa valoración económica y una nula visibilidad social. Aunque, durante las últimas décadas, la magnitud e intensidad de las necesidades de cuidados crecen a la par con los cambios sociodemográficos, persiste el desprestigio de los servicios orientados a satisfacerlas.

*“Lo que está claro es que es un sector muy poco prestigiado. Y es poco prestigiado y se ve sólo, por ejemplo, con las remuneraciones mismas y con el hecho que hasta hace relativamente poco no se pedía una formación específica. Y la formación que en todo caso se pedía era una formación ocupacional no vinculada a una formación oficial...Por lo tanto, esto ya marca el poco prestigio que tienen estos trabajos, cuando todos tenemos claro que tenemos un porcentaje elevadísimo de posibilidades de necesitar estos servicios, porque la historia nos lo está explicando, y la demografía y el alargamiento de la vida, etcétera. Por lo tanto, es una de estas incoherencias que tenemos aquí.”* (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

*“Es lo que yo le he explicado en ella antes. Cada vez tenemos más dependientes... pero no hay recursos.”* (Responsable Asociación Trabajadoras Familiares de Cataluña)

En este sentido, las personas expertas comparten un mismo diagnóstico que señala el prestigio como un reto ineludible para profesionalizar el sector de los cuidados en un contexto donde la demanda no cesa de crecer a pesar de la escasez de recursos destinados a articular un verdadero sistema de atención.

*“Yo creo que el gran reto es prestigiar esta... estas profesiones tan, tan, tan necesarias y que, bueno, intentar que quién las haga le gusten, porque si no, hay unos desórdenes tremendos.”* (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

*“Y la otra cosa que insistimos, yo desde aquí, desde lo Administra... como departamento dentro de la Generalitat, y como departamento con los entes locales, que ellos lo tienen más claro que nosotros, es lo de prestigiar los servicios sociales.”* (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat Cataluña)

La contradicción que representa el desprestigio social del trabajo de cuidados a pesar del crecimiento exponencial de su necesidad entre la población se debe a distintos factores, entre los cuales destaca: el estigma de los servicios sociales; el peso de las jerarquías profesionales; el carácter femenino de los cuidados; y la vulnerabilidad de los colectivos afectados.

## ***El estigma de los servicios sociales***

Las personas entrevistadas con responsabilidades dentro de la administración pública coinciden en afirmar que el sistema de cuidados reproduce problemas estructurales relacionados con la historia de los Servicios Sociales, tradicionalmente percibidos como la rama pobre del Estado del bienestar. En este punto, es fácil comprobar cómo el estigma histórico de los servicios sociales también recae sobre el sistema de cuidados.

*“Es muy difícil, porque de hecho son el gran cajón de sastre, allí donde impacta un sistema; va a parar a servicios sociales. La única frase que ahora mismo, hace tiempo, es «es el gran cajón de sastre donde estallan los otros sistemas” (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)*

En España, las dificultades estructurales propias de los servicios sociales se añaden a otras dificultades culturales características de los países mediterráneos. En primer lugar, como se explica en el marco teórico de este informe, cabe recordar que el modelo de bienestar creado en Europa tras la Segunda Gran Guerra no contempla la organización social de los cuidados. Se trata de un sistema que desarrolla la educación, la sanidad y las pensiones como las tres grandes áreas universales sin considerar la cobertura de otras necesidades sociales como es el caso de los cuidados. En segundo lugar, es preciso subrayar la importancia de los modelos de bienestar concretos vinculados al territorio y su cultura. En este sentido, el caso español, tal y como apunta la segunda línea de hipótesis, se identifica con el modelo de los países mediterráneos donde el débil desarrollo del Estado del bienestar y la tradición familiar refuerzan el carácter asistencial de los servicios sociales. Ambas cuestiones contribuyen a reforzar un imaginario estigmatizador de los servicios sociales con una historia estrechamente vinculada a la ayuda de los pobres y las capas más desfavorecidas de la sociedad. Este estigma de los servicios sociales tiene consecuencias a nivel externo en términos de ciudadanía y a nivel interno con relación al mismo sector. Desde una perspectiva social, la vertiente asistencialista de los servicios sociales supone una tradición de bajo nivel profesional que conlleva poca consideración por parte de la administración pública y de la propia ciudadanía. En este punto, es difícil contar con demandas sociales articuladas para conseguir más y mejores servicios sociales en general y de atención a la dependencia en particular.



*“El sector de la atención a las personas mayores, el sector de geriátricos, ha hecho una evolución importante. Piensa... es un sector muy joven, en el ochenta y siete fue la primera normativa que tuvo servicios sociales para atención a las personas mayores. Por lo tanto, es... no venimos, como sanidad, que es muy antiguo; es una cosa relativamente joven. Empezó a través de la beneficencia, quiero decir, las personas que cuidaban a personas grandes en residencias básicamente eran entidades de iniciativa social o de monjas, o que venían de la beneficencia, y con los años esto se ha ido profesionalizando bastante más”. (Asociación Empresarial Recursos Asistenciales)*

Desde una perspectiva interna del sector, los mismos profesionales tienden a reproducir la imagen de unos servicios sociales secundarios frente a la importancia de la educación y la sanidad. En las entrevistas, las personas responsables de gestionar servicios orientados a los cuidados de larga duración señalan como muchos de sus trabajadores reproducen la lógica asistencial en el desempeño de sus tareas. Como gestores, se encuentran con muchas dificultades para cambiar estas dinámicas internas que también incluyen el desprestigio del sector.

*“Sí, por eso. Por eso que tenemos que huir de todo esto. Y que lo he visto con mis equipos, no?, incluso los psicólogos. Ostras, es que no me lo puedo creer. Quiero decir... A ver, yo no sé cómo salgo de la universidad, yo he dado clases a la (...), pero... pero..., mm, no podéis tener esta vena tan asistencialista! Y que se tendría que hacer ver” (ONG Atención a las Personas)*

*“No puede ser. No puede ser. Entonces, si nosotros mismos dentro del sector nos desprestigiamos, que harán fuera?” (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat Cataluña)*

La debilidad y la fragilidad de los servicios sociales frente al sector sanitario tienen una importancia especial en el caso de los cuidados al implicar problemáticas con una clara dimensión sociosanitaria. A diferencia del consenso establecido sobre el desprestigio de los cuidados, el debate sobre la complementariedad de los aspectos sociales y sanitarios plantea propuestas contradictorias por parte de las personas expertas entrevistadas. En este sentido, se defienden dos estrategias distintas para prestigiar el trabajo de cuidados: la mejora del marco normativo y de actuación para reforzar la entidad de los servicios sociales versus la vinculación de los servicios sociales con el ámbito sanitario con el fin de beneficiarse del prestigio profesional del sector de la salud.

*“Es que no, no, no podemos, nosotros mismos, pensar que somos los últimos, y encima, dentro de nosotros, pensar que este es el último. La trabajadora familiar, hace un trabajo tan importante o más que el director de aquella área o que la trabajadora social o que el médico de familia de aquella familia. Y hasta que esto nosotros no lo entendamos, seremos incapaces de comunicarlo. Y nosotros, en general, todavía no*

*nos lo acabamos de crear.”* (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat Catalunya)

### ***El peso de las jerarquías profesionales***

Las resistencias a vincular los cuidados con el sector sanitario tienen que ver con el segundo factor explicativo del desprestigio de los cuidados, a saber, el peso de las jerarquías profesionales. Algunas voces reclaman la importancia de conseguir un equilibrio entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales como estrategia para controlar la tensión de poder que existe entre ambos mundos profesionales. Básicamente, porque cuando el ámbito sanitario tiene mucho peso es habitual que el sistema de servicios sociales se resienta y pierda marco competencial, capacidad de actuación y visibilidad social. En este punto, algunas personas expertas cuentan que la vertiente sanitaria de los cuidados ha impuesto un modelo hospitalario basado en grandes centros y una organización profesional muy jerarquizada. Como consecuencia, en muchos casos, ello ha incidido en una provisión de los cuidados masificada que dificulta el trato personal. Un ejemplo práctico de la tensión profesional entre lo sanitario y lo social es la relación entre las enfermeras y las trabajadoras familiares. Las profesionales de los cuidados desde el sector sanitario subrayan importantes diferencias entre el sistema sanitario y los servicios sociales dado el carácter universal del primero. Hay una queja constante sobre las formas de funcionar de los servicios sociales construida sobre la percepción de que los aspectos relativos a la profesionalización de los cuidados no funcionan porque están concebidos desde lo social. Desde el ámbito sanitario se cuestiona y desprestigian aspectos relacionados con conceptos de atención social y se reivindica la parte técnica y emocional de los cuidados desempeñados por las enfermeras.

*“Exacto, que no sólo te cuida técnicamente, que no sólo es buena técnicamente, que te sabe movilizar, que te sabe levantar, sino que emocionalmente también te cuida.”*  
(Representante Colegio Enfermeras de Catalunya)

Por el contrario, las trabajadoras familiares reivindican su figura profesional enfatizando, precisamente, el valor añadido que aportan desde una perspectiva estrictamente social. Según cuentan, su trabajo dentro del hogar les brinda una posición privilegiada para detectar problemáticas que de otra manera pasarían

inadvertidas aunque afecten cuestiones clave del bienestar cotidiano de las personas.

*“...pero yo creo que sí que es verdad que somos un \*puntal muy fuerte dentro de... dentro de todo el ámbito social. Vale? Por qué? Porque somos las que estamos en el día a día, porque a veces vamos a un domicilio con uno, bueno, vamos con unos ítems que es lo que tienes que ir a hacer, por ejemplo, puedes entrar en un domicilio sólo para hacer una higiene, y cuando etas adentro del domicilio te encuentras que no es la problemática, la higiene, sino que detrás hay un trasfondo. Vale? Somos los ojos de toda la gente; somos los ojos que podemos abrir al decir hay este tipo de problemática, hay otra, y entonces, con las coordinaciones que tenemos tanto con Servicios Sociales como con servicios derivados, es cuando la gente empieza a actuar y a activarse todo lo que nos rodea para poder solucionar aquel problema...”* (Representante Asociación Trabajadoras Familiares Cataluña)

A pesar de la defensa profesional de las trabajadoras familiares, el desprestigio de las profesionales de los cuidados desde servicios sociales es una realidad constatada que emerge como suma de un conjunto de circunstancias relacionadas entre sí. Como bien cuentan las personas entrevistadas, el escaso valor social de los cuidados está vinculado al rápido crecimiento de un sector poco prestigiado con poca formación reglada, dada una difusa estructura profesional, que contribuye a perpetuar las bajas condiciones laborales y a subestimar la labor de las profesionales al naturalizar y banalizar las tareas de cuidados.

*“Mm, poco prestigiado y en el momento de... diríamos de vacas gordas y que parece que somos tan ricos, estos trabajos no son atractivos y, por lo tanto, la gente no los quiere hacer, y nos encontramos que durante unos años, ah, hubo muchas más posibilidades de servicio y mucha menos gente profesionalizada o con formación o específica. Realmente fue horroroso entrar a trabajar en servicios que se iban abriendo, porque había más... gente que no tenía ningún tipo de formación y que lo que tenía era necesidad de trabajar...Dado que era una formación que no se exigía formación previa, a esta profesión, bueno, pues se podía apuntar cualquiera. Tuviera vocación o no tuviera, tuviera algún mínimo estudio o no. Y, por lo tanto, esto realmente fue horroroso. Pero es que la población, sobre todo autóctona, no lo quería hacer, este trabajo, por eso que decíamos: mal vista y mal pagada, muy mal pagada.”* (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña).

### **El carácter femenino de los cuidados**

La naturalización de los cuidados introduce el tercer factor de desprestigio, a saber, su carácter femenino. Efectivamente, el hecho de atribuir socialmente a los cuidados una serie de significados y destrezas vinculados a lo femenino contribuye a naturalizar una actividad que inevitablemente requiere formación.

*De razones, pues mira, tipo la propia cultura nuestra, no?, de que el cuidado, pues es una cosa que no ha sido valorada socialmente y que, por lo tanto, es una cosa que se ha hecho de forma natural, lo ha hecho la familia y lo ha hecho la mujer. Y, por lo tanto,*

*pues a esto no se le ha dado valor, no? Y continuamos todavía con este estereotipo y, por lo tanto, un poco no salimos de este esquema, no?(Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)*

Uno de los aspectos que más dificultad representa para la profesionalización de los cuidados es el imaginario social a partir del cual se sostiene que las mujeres, por el simple hecho de serlo, serán buenas cuidadoras. Como cuenta una representante sindical, en el ámbito profesional, durante muchos años, el solo hecho de ser mujer bastaba para cumplir los requisitos mínimos de contratación dentro del sector.

*“Eran cursillos pequeños, que lo hacía Cruz Roja, que lo hacían instituciones de este tipo. Vale? Entonces, claro, cualquiera..., digámoslo así porque la gente pensaba, sobre todo las patronales de este sector, pensaban que una mujer es cuidadora de tipo, vale?, que es muy así, sí, es cierto, bueno, pero se tendría que discutir, no? Y cómo que es cuidadora, pues ya con esto ya tendríamos bastante para trabajar en este sector. Y por eso no se pedía ninguna titulación reconocida, ni... ni de sanitaria ni nada.”(Representante sindical)*

Este proceso de naturalización de los cuidados en el ámbito laboral cada vez más incorpora la esencialización de características étnicas de las mujeres: en función del país de origen se le atribuyen unas u otros cualidades para los cuidados. Ello se explica por la importante presencia de mujeres inmigrantes en los trabajos de cuidados, sobre todo desde la informalidad de las relaciones laborales. Ante esta realidad, el discurso de las mismas profesionales del sector reproduce algunos tópicos que contribuyen a naturalizar las habilidades y los conocimientos requeridos para atender las necesidades de cuidados desde lo social.

**Respuesta:** *Totalmente. El noventa por... O sea, de las trabajadoras... el noventa y nueve por ciento son mujeres, pero del noventa y nueve por ciento yo creo que el ochenta son extranjeras, son latinoamericanas (...).*

**Pregunta:** *Latinoamericanas. Por qué no las del Este? No las magrebíes? Por problema de lengua o de cultura?*

**Respuesta:** *Por problema... por las dos cosas, eh? Magreb, lengua y cultura, eh?, de allá y de aquí, porque es mucho más... Funciona mucho el estigma que... o el estereotipo más que el estigma, el estereotipo que, en parte está fundamentado con la realidad, pero que las..., pues, de América Latina son mucho más amables, más agradables. Y es verdad, son... tienen ud...(Representante Colegio Enfermeras Cataluña)*

Junto la naturalización, la banalización de los cuidados pasa por considerar que todo el mundo puede desempeñarlos puesto que no obliga al dominio de conocimiento específico. Esta subestimación del trabajo de cuidados se explica, en parte, por la invisibilidad de buena parte de las tareas

que implica cuidar de una persona, así como de los aspectos relativos a la actitud y aptitud en el desempeño de los cuidados. Las mismas profesionales del sector cuentan que sólo alguien que trabaja con las personas directamente conoce la magnitud de su labor. En este sentido, las trabajadoras familiares se autoperciben como “las grandes desconocidas”. Imagen que les impiden tomar parte de los círculos profesionales de decisión sobre los casos concretos aunque sean las responsables de la atención directa de las personas. El desconocimiento de la profesión y las jerarquías existentes dentro de servicios sociales y con el ámbito sanitario explica por qué a menudo se concibe a las trabajadoras familiares, especialmente las que trabajan en los domicilios, como “*las chicas que vienen a ayudar a los abuelos*”.

*“Muchas veces se ha hablado que son servicios que están al final de una cadena, no?, de una cadena de alternativas laborales y que la gente, pues, va descartando, descartando, descartando, y al final, un poco, se encuentra con esto, no? Y se encuentra con esto que muchas veces se ha visualizado, pues, del mismo modo atender la persona como cuidar de la casa, no?, y hacer las tareas más domésticas, y todo ha entrado un poco, a veces, con una confusión que todo el mundo puede hacer de todo y... y esto no ha ayudado un poco, realmente, un poco a configurar esta... esta profesionalización del sector, no?”* (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)

Efectivamente, el espacio donde se realizan los cuidados emerge como causa y consecuencia del distinto reconocimiento social que tienen enfermeras, auxiliares de geriatría y trabajadoras familiares. La valoración del trabajo de cuidados depende, en gran medida, del lugar donde se lleva a cabo, a saber, en una institución o en un domicilio particular. El trabajo en la institución se organiza siguiendo el esquema de las jerarquías profesionales y las tareas son visibles. Por el contrario, en el hogar se impone, con frecuencia, la voluntad de la persona cuidada, o de su entorno familiar, en la organización del trabajo que desempeña una sola persona cuyas tareas suelen quedar más invisibles. Los profesionales responsables de la gestión reconocen la dificultad añadida que representan los cuidados dentro del domicilio particular donde las relaciones de subordinación y la subestimación de la actividad realizada influyen también en las condiciones laborales.

*“a domicilio es mucho más complejo. Es ud...es un tú a tú muchas veces. Ha habido una precarización, además, porque ha habido gente que se han ofrecido a hacer los trabajos a un precio hora irrisorio, por debajo incluso del convenio, no?, colectivo* (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

*“Más quizás en una residencia, menos en un domicilio. Por qué? Porque en una residencia, diríamos, puede estar un poco más prestigiado porque viene a ser lo que*

*podría ser un auxiliar de clínica en el sector sanitario. Y de alguna manera tienes quizás más garantía, trabajas con un equipo interdisciplinar, y tiene quizás un poco más de prestigio que entrar en un domicilio, que no dejas de hacer el trabajo solo y que... aquí estás.”* (Responsable Servicios Sociales Generalitat de Catalunya)

En la medida que las condiciones laborales también son causa y consecuencia del desprestigio de los cuidados es posible hablar del círculo vicioso que atrapa dicha actividad: trabajo desprestigiado, trabajadoras con bajo status social y personas usuarias vulnerables. Como cuentan responsables técnicos de la Administración Pública, la mejora de las condiciones laborales no es una garantía de prestigio cuando persiste el estigma social.

*“O sea, no sólo con mejores condiciones laborales se supera esta... esta imagen, sino que son temas muy estereotipados en el núcleo, no?, de la cultura de la sociedad, cuesta mucho y la tarea de cuidado, pues lo que hace es una tarea... una tarea no muy valorada socialmente. Y, por lo tanto, las dificultades, muchas veces, superando temas laborales, continúan existiendo, no?”* (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)

Como es sabido, la mejora del empleo tiene dos caras interrelacionadas que incluyen la mejora de los puestos de trabajo y la mejora de la preparación de las personas que lo ocupan. En el caso de los cuidados, el desprestigio de la actividad representa una dificultad añadida. Desde esta perspectiva, se defiende como principal estrategia la mejora de la formación con el fin de prestigiar el sector tanto desde el punto de vista de reconocer profesionalmente el contenido del trabajo de cuidados como de reconocer un mejor status social en la figura de la profesional.

*Bueno, yo creo que vale la pena. Y después, también, porque a mí me parece que es una manera de darle un valor a la tarea de cuidado, porque es como un reconocimiento de decir: «Sí, es una tarea, es una tarea de cuidado, pero es una tarea que tiene valor.» O sea, que realmente... que requiere formación, que requiere conocimiento, que... después hablamos de cómo, eh?, pero que requiere formación, conocimiento, que implica hacerla bien, que es una tarea profesional. Y, por lo tanto, esto también de cara a nosotros, entonces, pues también se valoriza, es como una manera, a mí parecer, de... de ponerla en valor.* (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

En la práctica, los instrumentos que el marco normativo actual brinda para la mejora formativa incluyen el diseño de nuevas titulaciones, la definición de una cartera de servicios y el reconocimiento de la experiencia laboral adquirida durante años.

*“Prestigiarlo, porque ahora ya tenemos un poquito más de herramientas. Es decir, que por un lado tenemos que la Ley de la dependencia marcó de alguna manera el hecho que, con una resolución posterior, se tenía que tener una mínima formación, como que en paralelo el Ministerio de Educación ya va, hace un tiempo —en 2004,*

*creo-, ya creó o puso en marcha un título, que era la Atención Sociosanitaria, que se decía, y que aquí ya se recogía la formación oficial que tendría que tener una persona que se dedicara a atender a personas en situación de dependencia. Fueran discapacitadas, fueran personas grandes. Tanto a nivel domiciliario como en centro de día, como en residencia...De momento tenemos la cartera de servicios. La cartera de servicios te explica qué profesionales hay. Y entonces lo ue nosotros hemos hecho es... -y estamos con esto- es, dado que vemos claramente, y esto es consensuado a pesar de no hay el reglamento, oiga, en un domicilio sólo..., a atender una persona con dependencia o una persona con una necesidad social, sólo hay tres tipos de profesionales que pueden entrar, no? Pues bien, nosotros lo que hemos hecho es..., lo que estamos haciendo ahora es intentar adaptar al máximo las nuevas titulaciones que han salido, estos certificados, etcétera...” (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)*

A diferencia de las nuevas titulaciones y la cartera de servicios, el reconocimiento de la experiencia como acreditación profesional plantea discrepancias entre los actores implicados. Por un lado, la administración considera que solo se puede acreditar la experiencia desde las horas trabajadas formalmente. Por el otro lado, las profesionales del sector cuentan que ello no incluye la experiencia laboral de muchas mujeres que trabajan desde la informalidad pero que tienen los conocimientos necesarios y la experiencia acumulada para poder desempeñar satisfactoriamente el trabajo de cuidados. De alguna manera, la lógica administrativa contribuye a invisibilizar la realidad cotidiana de los cuidados donde las relaciones laborales informales no son incompatibles con su profesionalidad.

*“Porque, claro, el proceso de formación o de acreditación de competencias tiene que pasar por reconocer la experiencia que tienes, es decir, lo que tú sabes hacer lo puedas poner en valor. No es decir: «Ahora no valoramos las mujeres que toda la vida han ido haciendo, que han aprendido, y que lo han hecho, que han hecho en el trabajo informal o que lo han hecho en casa», entonces esto se tiene que poder reconocer, porque es aprendizaje. Por lo tanto, es saber hacer. Y en el modelo de competencias que nosotros utilizamos, bueno, pues es reconocer el saber hacer o reconocer las capacidades, los aprendizajes y darle categoría profesional, porque esto también para las mujeres es muy importante porque es reconocer su tarea, el que ellas han venido haciendo y el que han sido haciendo y que saben hacer, que saben hacer muy bien. Entonces, es reconocerlo, pero reconocerlo con una acreditación oficial, digamos, eh?, con el reconociendo de competencias. Entonces a mí..., en proceso formativo, yo creo que hay una buena parte que tendría que ser de acreditar competencias. Entonces, si tú haces una prueba, como en otras cosas de acreditación de competencias se hace, si tú puedes hacer una prueba y demostrar que lo sabes hacer, pues no importa donde lo hayas aprendido, no?” (Representante Colegio de Enfermeras de Cataluña)*

Como relatan algunas de las personas expertas entrevistadas, uno de los límites del actual marco normativo es la introducción de la estrategia de la formación sin afrontar directamente la informalidad del sector que contribuye a desprestigiar el trabajo de cuidados. La presente investigación sugería en la tercera línea de hipótesis que la informalidad representa una de las principales

dificultades para articular una organización social de los cuidados con garantías de calidad en la ocupación de las trabajadoras y el servicio recibido por las personas usuarias. Las relaciones que se establecen informalmente responden a las necesidades de las dos partes pero perjudican la imagen social y la regulación pública de los cuidados.

*“Es porque no está regulado, o sea, todo el que... todo lo que está regulado, se respeta. Lo que no está regulado, lo que es la atención informal, no está regulada: economía sumergida, no hay contratos, no hay nada! Entonces es un pacto entre dos que... hay un consentimiento por parte de las dos personas. «Usted manda ahora pero cómo que yo necesito el dinero a mí me va bien, por lo tanto, yo también me someto y me dejo someter.» A ver!(Representante ONG Atención a las Personas)*

En este punto, el análisis de las entrevistas plantea una cuestión interesante sobre la falta de consenso entre los actores sociales con relación al sentido dado a la profesionalización. Aunque la LAPAD explicita que profesionalizar significa la mejora de la formación para el acceso y desempeño de los empleos, así como la mejora y consolidación de figuras profesionales adecuadas, algunos profesionales también lo consideran como una estrategia para generar ocupación formal, mejorar las condiciones laborales o cambiar la organización del trabajo.

*“Es decir, que se había ido profesionalizando incluso la atención domiciliaria el cuidado, porque abría la posibilidad de contratación, de combinar horas, porque muchas de las trabajadoras familiares o de atención domiciliaria pueden hacer horas.” (Representante Colegio de Enfermeras de Catalunya)*

*“...por el hecho que... que sean más acreditados, que profesionalmente estén más preparados para el cuidado de enfermedades que puedan salir y demás. Y, bueno, tratamientos, etcétera. Y, bueno, y la parte también psíquica, social y demás, no?, porque ya te digo que implica mucho una parte zoco”. (Representante Sindical)*

*“es que tenemos un pago, unos salarios muy bajos con una gran exigencia, que es la exigencia de entrar en un domicilio. No sabes lo que te encontrarás, tú vas allí, haces lo que puedes, tienes una... este sector. No sólo sanitario.” (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)*

El desajuste entre lo que apunta el marco normativo y el discurso de los actores con relación a la profesionalización se puede interpretar como un síntoma de los problemas del sector que pasan inadvertidos en la ley. En este sentido, se constata que existe una disonancia entre el marco normativo y la realidad cotidiana de los cuidados. Más allá del significado atribuido, todas las voces coinciden en afirmar que hay bases suficientes para la profesionalización de los cuidados al tratarse de un sector con mucho potencial pero sin prestigio. Sin embargo, sorprende comprobar que en ninguna de las entrevistas, se



plantea el carácter femenino de los cuidados como un obstáculo para prestigiarlos. Las distintas estrategias de profesionalización buscan romper con la banalización de las tareas de cuidados a través de la formación, la mejora de las condiciones laborales y la organización del trabajo. Pero en ningún caso se cuestiona la relación que socialmente se establece, atribuyéndole carácter natural, entre las mujeres y los cuidados. Por el contrario, considerar dicha relación permitiría introducir la vulnerabilidad de los colectivos implicados como el cuarto factor de desprestigio.

### ***La vulnerabilidad de los colectivos***

Los actores sociales entrevistados subrayan la incapacidad de las trabajadoras de los cuidados para generar posiciones de fuerza y de presión que permitan mejorar su situación profesional. A diferencia de otros colegios profesionales, no existe un grupo de presión importante que aglutine a las profesionales de los cuidados desde lo social, lo que implica una mayor dificultad de generar una acción colectiva. El desprestigio de la propia profesión, junto a las condiciones materiales de existencia del mismo colectivo de empleadas, contribuye a explicar las dificultades de construir grupos con capacidad de generar estas dinámicas.

*“Claro, eh? Tienen un espacio en el cual, pues esto, de una forma... la soledad del trabajador, la soledad de la persona, el poder del trabajador, la debilidad de la persona, no? Una persona que es frágil, pues bueno..., la persona frágil, pues muchas veces, que no está en condiciones, a veces, de poder considerar este trabajo como un servicio, no?, como una, como una... como un derecho y, por lo tanto, con un nivel de poder exigir respetuosamente... Por lo tanto, es verdad que estas líneas entran, pues, son muy poco visibles en este tema, no?” (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)*

La debilidad del colectivo de trabajadoras se reproduce en las principales organizaciones sindicales con problemas para crear espacios de acción dentro de la estructura interna de la institución que refleja la invisibilidad profesional de los cuidados. Una representante sindical explica las dificultades de organizar una comisión de trabajo dentro de la arquitectura interna del sindicato que reproduce la jerarquía social de los servicios:

***Respuesta:*** *Digamos que era un sector que estaba un poco..., no abandonado, porque sí que es cierto que los delegados vienen y que están los trabajadores afiliados, vale?, asesoramiento, pero sí que es cierto que estaba un poco..., era cómo..., yo le digo que éramos... antes éramos el patito feo, de la sanidad.*

***Pregunta:*** *Ya, sí. De la sanidad, vale, sí.*

**Respuesta:** *Vale? También es cierto que es un sector que es un poco social, bueno, tiene una parte social muy grande, y tiene una parte sanitaria. Entonces, claro, está aquí entre dos aguas, que decimos, no?, que no sabemos muy bien donde ubicarlo.* (Representante Sindical)

Aun así, existen algunas estrategias colegiales como la asociación de trabajadoras familiares que surge, precisamente, para hacer frente al escaso reconocimiento de la profesión a nivel social y sindical.

*Nos decidimos agrupar porque el perfil de trabajadora familiar no era un perfil conocido, y... y, además de que no era conocido, tampoco estábamos reconocidas como tal. Entonces, empezamos a hacer..., la antigua junta empezamos a hacer reuniones en domicilios, después empezamos a hacer las formaciones, empezamos a montar lo que era en sí la asociación. Sí que se verdad que hacemos mucha, mucha formación. ..Y bueno, yo creo que se hizo más como reivindicación, no?, de que existimos, estamos aquí, nos tenéis que dar, o queremos, queremos formar parte, queremos que se..., queremos ser reconocidas, hacemos un trabajo muy importante, que a veces hacemos la de más abajo, pero por mí es la más importante.* (Representante Asociación de Trabajadoras Familiares)

Finalmente, la vulnerabilidad de los colectivos implicados también apunta a la poca capacidad del colectivo receptor de los cuidados para reivindicar más y mejores servicios de atención a sus necesidades.

### **Las dificultades vinculadas al desarrollo de la ley**

El segundo grupo de dificultades detectadas con relación al desarrollo de Sistema de Atención y Cuidado a las Personas con garantías de calidad desde el punto de vista del empleo y del bienestar cotidiano está relacionado con la aplicación del nuevo marco normativo. Existe consenso en afirmar que el marco legislativo que introduce la LAPAD (2006) supone un avance importante en la protección social porque se pasa del asistencialismo al derecho subjetivo y universal con más prestaciones. Antes de la LAPAD, la atención a la dependencia quedaba en manos de las administraciones autonómicas y locales en función de los recursos disponibles. Con la LAPAD cambia el escenario, se apuesta por la creación y profesionalización de los cuidados y se generan muchas expectativas.

*“...cuando apareció la Ley de la dependencia, que la ley un poco fue un poco un elemento para visualizar este mercado, profesionalizar este mercado y tal. O sea que una de las bondades de la Ley, aparte de otras, que es atender a la gente, entonces de paso servirá porque todo esto que se está produciendo, pues emergerá y, por lo tanto, tal...”* (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)

*“Prestigiarlo porque ahora ya tenemos un poquito más de herramientas. Es decir, que por un lado tenemos que la Ley de la dependencia marcó de alguna manera el hecho que, con una resolución posterior, se tenía que tener una mínima formación...”* (Responsable Formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

*“...vaya, que sí que vale la pena profesionalizar, porque profesionalizar, al menos en el segmento que hasta ahora la Ley de la dependencia había abierto mucho... no sé qué pasará ahora, pero había abierto un campo de posibilidades muy grande, no?, de decir: «Hay espacio de trabajo, hay trabajo en este...» Y, además, había un trabajo que es residencias, centros de día o atención domiciliaria, pero a través de estructuras de organizaciones, no como trabajo informal. Es decir, que se había ido profesionalizando incluso la atención domiciliaria, el cuidado, porque abría la posibilidad de contratación, de combinar horas, porque muchas de las trabajadoras familiares o de atención domiciliaria pueden hacer horas. Es decir, que acaban teniendo una jornada laboral bastante decente y que los permite un salario, los permitía, pero que además, que son para unidades familiares con menos horas”* (Representante Colegio Enfermeras Cataluña)

Aunque LAPAD supone un avance desde el punto de vista de reconocimiento de derechos, según las personas entrevistadas, el balance de los primeros seis años de existencia tiene algunos aspectos negativos. Las razones esgrimidas apuntan, principalmente, que no se han desarrollado los servicios previstos, no se ha generado la ocupación prevista y se ha sobredimensionado la opción de las ayudas económicas por cuidadores familiares llegando al 60% del total de prestaciones otorgadas. Como sugería la tercera línea de hipótesis de la investigación, la aplicación de la LAPAD reproduce la tradición familiar del sistema de bienestar español reforzando el papel de la familia como referente principal de los cuidados.

*“No. Y entonces viene la Ley de dependencia con esta medida de... Sí que dice la Ley de dependencia que es, digamos, excepcional de dar la prestación a la mujer, pero, claro, es lo que más se hace. Y esto rompe todo esto (...), todo aquel trabajo que hay previo en servicios de proximidad, estaba... desde las cámaras de comercio estaban con esta... esta idea también”.* (Académica Experta)

*“...yo pienso que ahora hay un error con todo este tema de la Ley de promoción de la autonomía de que los cuidadores les dábamos cierta formación..., bueno, yo pienso que hubieran podido dar las ayudas de otro modo...”.*(Representante Colegio de Enfermeras de Catalunya)

A partir del discurso de las personas expertas, emergen distintas causas que explicarían la dificultad para conseguir los objetivos fijados en la ley. Estas causas tienen que ver con la falta de voluntad política, las dificultades en la gestión, el impacto de la crisis y las preferencias de la ciudadanía.

### **La falta de voluntad política**

Los actores y personas expertas entrevistados coinciden en afirmar que durante los últimos diez años se ha avanzado mucho con relación a la organización de los cuidados: se cuenta con una buena diagnosis de la problemática que ha permitido diseñar y planificar adecuadamente las políticas. Sin embargo, señalan como principal problema la aplicación e implementación del modelo y las estrategias seguidas debido, en buena parte, a la falta de voluntad política.

*“No es diseñarla! Hay conocimiento! Hay... hay saber en el sector. Tú has hablado de algunas entidades que te has entrevistado y tal. Hacer esto nos es relativamente... es la parte más fácil! La parte más difícil es (...) ahora tenemos...: «Ahora, señores, vamos a implementarlo», eh? Vamos a implementarlo. Cuesta mucho más. Y esto genera mucha pérdida de energías y de calidad”. (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona).*

*“Yo creo que... Yo siempre lo digo, eh?, que cuando voy a impartir una charla o una cosa..., es que realmente existe conocimiento, cosa que hace..., si habláramos de hace diez años, es lo que se ha llegado a producir...” (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)*

El escaso interés por priorizar políticamente el desarrollo de la ley tal y como inicialmente estaba previsto pone de manifiesto la debilidad que supone desarrollar modelos universales como respuesta a presiones externas y no por convicción política. En este sentido, el sistema de cuidados español pasa de ser un régimen residual a ser un régimen universal sujeto a la existencia de recursos. Asimismo, como bien cuentan algunas de las personas entrevistadas, la falta de prioridad política en un contexto de crisis añade nuevas dificultades de gestión a un sistema que ya de por sí es complejo.

*“Sí, sí. Es un poco lo que yo resumía diciendo que [hay] una gran complejidad de gestión. La gestión es supercompleja. Igual que lo que sería la intervención es una cosa que se ha avanzado mucho y en todos estos años, bueno, hoy ya hay condiciones para poder hacer un buen plan de trabajo y... hay condiciones para saber cuál es el contenido de estas personas, esta parte, de alguna forma, se ha avanzado mucho. En los temas de gestión del servicio, estamos realmente aún muy lejos, muy lejos. Por diferentes razones, mira, una es, ah..., sobre este servicio, la ayuda a domicilio, a estas alturas todavía no existe un reglamento de materia, no disponemos de ningún reglamento. El único marco normativo que disponemos es el que nos marca la ley pero que la ley normalmente no entra a detallar...” (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)*

*“De todos modos nos encontramos con un problema increíble, que es la crisis económica, que la Administración no puede pagar el modelo que pide; el que tenemos ahora, ya no lo puede pagar. Vale? Otro...” (Representante Asociación Empresarial)*

## **Las dificultades en la gestión**

La complejidad que supone gestionar el sistema de cuidados se explica por su carácter multidimensional que apunta distintos niveles: sectorial, profesional y administrativo. En el nivel sectorial, el principal debate plantea la cuestión sobre donde ubicar los cuidados de larga duración siendo los servicios sociales y el ámbito sanitario las dos opciones posibles. Algunas personas defienden que la LAPAD refuerce los servicios sociales como el paraguas bajo el cual se articula el sistema de cuidados.

*“No es que queramos que las personas con dependencia tengan una calidad sanitaria, porque ya la tienen en Cataluña. Quiero decir, esto no nos lo planteamos nunca, eh? Estamos diciendo que esto, lo tiene que garantizar quién lo tiene que garantizar, pero nosotros queremos hacer ud... Nosotros quiero decir Cataluña, Generalitat, eh?, y entes locales, en este caso. Los entes locales reivindicaron mucho, y nosotros estamos plenamente convencidos, eh?, que esto tiene que pivotar sobre los servicios sociales básicos y tiene que ser un abordaje, no sólo integral de la persona, sino de la familia. Que aquella familia tenga la persona muy bien en una cama en su casa, realmente estamos dando respuesta a las necesidades? No. Aquella familia, continuará siendo igual esclava –está muy mal dicha la palabra, pero quiero decir...reconocimiento que no tienen los servicios sociales.” (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat Catalunya)*

Pero otras personas expertas argumentan que, precisamente, el principal error de la LAPAD es vincular los cuidados de larga duración con los servicios sociales porque contribuye al desprestigio del sector.

*“La Ley de la dependencia, para mí tiene dos efectos, diríamos. Un efecto pienso que fue una gran equivocación coger la dependencia y colocarla en el sector social, porque estábamos hablando de una dependencia muy de análisis sanitario. Y, por lo tanto, se tenía que haber buscado un sistema muy diferente para poder hacer que la gente con necesidades, y dependientes, pudieran llegar a tener un servicio o un dinero. Se podía haber hecho con ud..., madre de Dios, con la información que hay centralizada se hubiera podido hacer. Por lo tanto, por mí pienso que la Ley de la dependencia ha ahogado los servicios sociales y les ha dado un trabajazo...” (Responsable formación Servicios Sociales Generalitat de Catalunya)*

A partir de lo que finalmente establece la ley, existen algunas cuestiones que a la práctica han actuado en sentido contrario a lo que sería deseable para prestigiar los servicios sociales en general y los cuidados de larga duración en particular. En esta cuestión, las trabajadoras familiares explican cómo los servicios de atención domiciliaria, pieza clave del sistema de cuidados, pierden status profesional al desvincularlos de la dimensión social.

*“Es complicado. Yo pienso que es muy complicado. Mmm... A ver, hay trabajadoras familiares, dijéramos, por ejemplo, que están en los ayuntamientos, dentro de los Servicios Sociales, que hacen... Quizás sí que es más valorado lo que son los SAD sociales. Vale? Entonces pasamos a lo que son los SAD de la Ley de la dependencia,*

*que aquí sí que encuentro que aquí hay una parte que han matado bastante a la trabajadora familiar.” (Representante Asociación Trabajadoras Familiares)*

A pesar de ello, en el nivel profesional, desde la administración pública se reconoce la calidad del trabajo que desempeñan las profesionales de la atención directa pero se señalan dificultades con la organización y dirección de su trabajo. Es decir, el principal problema no radica en la formación y la experiencia de las trabajadoras que atienden correctamente a las personas asegurando la calidad del servicio, sino en los cargos intermedios y directivos.

*“Pero nos falta cohesión del sistema, de articulación del sistema. (...) es una fortaleza y muscula el sistema, porque toda esta creatividad, todo esto de una forma de conocimiento, realmente se pueda traducir en una mayor eficacia. Y no digo que se esté haciendo mal, porque yo muchas veces pongo ejemplos, no? Esta trabajadora familiar de este municipio pequeño, que muchas veces está sola, trabaja con mucha calidad –trabaja con mucha calidad. Pero con mucha! Otra cosa es, de cara a un sistema, como lo tenemos que organizar, pero yo no tengo dudas que la mayoría de estas personas trabajan con mucha calidad, que están haciendo un trabajo realmente excelente. Pero el tema es: pero esto no es suficiente para garantizar el sistema; tenemos que dar seguridad que si mañana esta persona puede venir, a las ocho de la mañana que en aquel domicilio va otro, y tenemos que garantizar que el domingo también, y tenemos que garantizar que si esta persona se va y viene otra, tiene suficiente capacidad y conocimientos para seguir si no puede tener desvíos con esto. O sea, cuando quiero decir que tenemos que mejorar la calidad, yo en este momento pienso que es más calidad en el que es la organización del sistema, que muchas veces en el profesional, que Ahí es nada, que Ahí es nada el que hay y el que se ha hecho, no? Lo que falta es, esto, darle un poquito, pues, realmente consistencia, pero como sistema, no?” (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona).*

Mientras que el problema es compartido, las soluciones difieren entre los actores sociales. La cuestión de la gestión de los servicios sociales introduce el debate sobre si las estrategias y métodos de gestión empresarial que enseñan en las escuelas de negocio son aplicables a sectores no intensivos en mano de obra como es el caso de los cuidados de larga duración. Algunas voces como la citada anteriormente consideran que el principal obstáculo para la gestión del sistema de cuidados es la inestabilidad de la voluntad política. Por el contrario, otras voces defienden que falta formación directiva dentro del sector que permita diferenciar las trayectorias de promoción laboral interna de la dirección profesional externa.

*“falta la formación de una función directiva, que esto desde el departamento hace unos años se impulsó y hay programas de formación del propio departamento, se han hecho convenios con escuelas de negocios para formar directivos de servicios sociales. Porque, bueno, todos tenemos muy buena voluntad, pero se tiene que saber, y el coordinador de servicios sociales es ud..., lo que (...) hasta ahora, la figura esta, o el director de servicios sociales, no es aquel asistente social el que mejor ha destacado y*

*mejor hacía el servicio; necesita unas aptitudes diferentes y una preparación diferente. Y cuando decimos que... que tenemos que reivindicar y lo reivindicamos y estamos convencidos de la... de la figura, de las funciones, de reivindicar el papel de las trabajadoras familiares, difícilmente lo podremos reivindicar si no estamos, a la vez, diferenciando las funciones de este, de este y del directivo. Y este personal directivo que es el que tiene que estar concienciado plenamente de estos diferentes perfiles y del valor de cada uno de estos perfiles, porque, yo soy consciente, yo cuando hace veintiún años empecé a trabajar con servicios sociales, dentro del mismo ámbito de servicios sociales, trabajé dos..., las asistentes sociales y yo me encontré: para la misma trabajadora... trabajadora social, las trabajadoras familiares eran un segundo peldaño; no puede ser, encima, que dentro de un mismo sector haya ud... una rivalidad, no puede ser.” (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)*

Finalmente, otras personas expertas consideran que el principal problema radica en la relación que se establece entre la administración pública y el mercado privado en la gestión y contratación de los servicios. Ello introduce la complejidad de la gestión a nivel administrativo.

*“Tenemos una experiencia. Si supieras el número de horas, bueno, de experiencia laboral que tienen las trabajadoras sociales... es alucinante! Los directivos, es a alucinante la experiencia! Lo tenemos todo. Lo tenemos todo. Tenemos que encontrar el sistema de casar lo privado con lo público, no?, de hacer, pero lo tenemos todo. Lo tenemos todo.” (Responsable formación Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)*

La relación público/privado se convierte en una cuestión central para la profesionalización del sistema de cuidados en la medida que los parámetros establecidos en ella pueden influir en las condiciones de trabajo y la calidad de servicio más allá de la profesionalidad y la experiencia de las personas trabajadoras. Cuando la administración abre un concurso público para la gestión privada de los servicios, en principio, establece en el pliego de condiciones unas garantías mínimas para la propuesta técnica. En la práctica, la propuesta técnica está sujeta a la propuesta económica como bien explica esta representante de la patronal:

*“Han bajado precios, pero el que decía antes, no?, que el propio baremo de... ya ha hecho que lo que antes era una alta dependencia ahora sea una media. Esto ya te baja la tarifa directamente. Y también las plazas privadas: cómo que hay plazas vacías, el sector ha bajado precios. Pero ha bajado precios el sector de fundaciones, ha bajado precios el sector mercantil y han bajado precios los grandes operadores. Ha bajado precios todo el mundo. Claro, yo estoy de acuerdo que (...) bajar precios, no, porque al final bajar precios indica bajar calidad. Y ahora estamos en una línea roja que no podemos bajar más porque, si no, dejaríamos de dar la calidad que damos, y aquí estamos con la Administración..., la Administración no puede bajar más las tarifas, es que no daríamos servicio. O sea, es que al final tendríamos que coger las llaves y traerlas y: «Gestione usted.»” (Representante Empresarial)*

Desde la misma administración pública se reconoce el límite de los pliegos de condiciones pero se insiste en que es el único instrumento que existe para fijar

un mínimo de garantías sobre las condiciones laborales de las personas trabajadoras y la calidad del servicio que reciben las personas usuarias.

*“Son suficientes? No, pero asienta bases. Por qué? Porque tanto el sector público como el sector privado regulado tenga unas reglas de juego que digan: «Escuche, yo soy una empresa A o B y yo te digo que presto este servicio porque reúno todas estas características. O sea, esta reglamentación es imprescindible. No es suficiente, pero es imprescindible. No tenemos ninguna reglamentación. Eso ya marca un poco la diversidad de formas de entender de este servicio. Vale? Primera complejidad es, desde el punto de vista de servicio, que no tenemos reglamentación.”* (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)

*“...entes locales y nosotros , eh?—, en cumplimiento de la Ley de contratos públicos, no, no podemos limitar la restricción de esto. Ahora, sí que podemos poner unas cuánto... Tenemos que ser capaces de que a través de nuestra expertise seamos capaces de afinar el servicio que queremos que se dé porque no se base en... en rendimiento económico.”* (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

Una de las claves para conocer el impacto de las condiciones técnicas establecidas en los contratos público/privado parece residir en los indicadores acordados para evaluar el nivel de cumplimiento de las mismas. Aquí aparece una de las principales dificultades para mejorar las condiciones laborales y la calidad del servicio en la medida que se usan indicadores cuantitativos que poco tienen que ver con la realidad del trabajo de cuidados: un trabajo intensivo en mano de obra que escapa de cualquier lógica productiva. El indicador con más peso para evaluar las instituciones dedicadas a atender los cuidados de larga duración es la ratio de profesionales sobre personas usuarias, mientras que el tiempo empleado en cada hogar es el que rige la gestión de los servicios de atención domiciliaria.

*“No puede pasar de ninguna forma porque hay unos ratios obligatorios que se tienen que cumplir. Tú tienes que tener tantas horas de fisioterapeuta, tantas horas de trabajador social, tantas horas de psicólogo, tantas horas de gerocultor, tantas horas de médico, tantas horas de enfermera para cada una de las personas atendidas, en función de su nivel de dependencia.”* (Responsable Patronal)

*“Vale? Te requieren... Por un lado te requieren una formación adecuada, ahora tienen que hacer el «Acredita't» todo el mundo, antes del 2015. O sea, te piden todo esto, pero a la hora de ver tu labor, tu trabajo, es como «no, no, tienes media hora para hacer esto, tienes un cuarto de hora para hacer aquello otro», sabes?”* (Responsable Sindical)

El uso de ratios y el control del tiempo de trabajo es el resultado de introducir más planificación en la organización del trabajo de servicios sociales sin tomar en consideración la idiosincrasia del sector que da cuenta de las características específicas del trabajo que alberga. Esta insensibilidad administrativa alimenta,



en sentido contrario, la poca capacidad crítica del sector a nivel interno en un momento en que crece exponencialmente el número de personas que necesitan de sus servicios pero se reducen las partidas presupuestarias destinadas a sufragarlos.

*“estatal o autonómica, con el tema que ellos tienen el objetivo de recortar y de ahorrar el máximo, para mí es una falacia, muchas veces, decir: «Cómo... cómo estamos diciendo un discurso de garantizar y respetar a la persona, garantizar la calidad de servicio, cuando lo que se está haciendo es hazme más con menos.» Y este es su objetivo. O sea, hemos aprendido de servicios sociales que no estábamos muy profesionalizados, a cualquier nivel, eh? –es mi punto de vista, es una reflexión muy personal, eh?, no...–, poco profesionalizados, era la anécdota por la anécdota, no había planificación, no había objetivos, no se medía, no había indicadores, no, no, no... no había una planificación de decir: «Qué hacemos con esta persona, qué objetivos nos marcamos, a ver por qué, qué hacemos, si lo hacemos mal...» También poco autocrítica hacia uno mismo, o sea, en servicios sociales a veces pensamos que lo sabemos todo, que somos las salvadoras; hay muy poca capacidad de autocrítica, yo pienso que algo más de generosidad nos iría a todos muy bien, y humildad, a veces. ... y después ver que ahora, hoy, no podremos velar ni garantizar calidades de servicios tal como nos pide la administración. Actualmente... Y cómo se consigue? A través de un coste profesional y personal, de muchas personas, de dedicación, horas.”*  
(Representante ONG servicios personas)

Como alternativa a esta lógica cuantitativa en la evaluación de los servicios y recursos orientados a satisfacer los cuidados, algunas voces expertas sugieren la autoevaluación de las mismas personas trabajadoras como la mejor estrategia.

*“.....que no haces... que te tienes que plantear por qué las estás haciendo así, y que puedes mirar con otras si es la mejor manera de hacer o podrías estar haciendo tú otros. Vale? Por lo tanto, nos alejamos de las lógicas fordistas al cien por ciento. Los profesionales, por otro lado, plantean que esto los satisface más, a pesar de que los compromete mucho más.”*(Académica experta)

### ***El impacto de la crisis económica***

Los recortes presupuestarios que desde los inicios de la crisis económica acumulan el gobierno estatal y los autonómicos dificultan la implementación de lo que prevé la ley con menos servicios, más precariedad laboral y más informalidad en las relaciones de trabajo. Si bien la entrada en vigor de la LAPAD permite mejorar los servicios y ampliar los derechos, las políticas actuales no han hecho otra cosa que rebajar los recursos destinados a la profesionalización de los cuidados. Lo que indudablemente conduce hacia unas

peores condiciones laborales y hacia el aumento de la subcontratación con más cuidadoras informales en la línea de lo apuntado en la tercera hipótesis.

*“...no puedo luchar contra una persona que hace una rebaja de un veinte por ciento o un treinta. No, no, no... no lo podré ganar este concurso. Por lo tanto, estamos... Yo pienso que estamos creando escenarios que no son reales. O sea, yo pienso que tenemos que crear escenarios adaptados a la realidad de lo que está pasando, no? Ahora estamos hablando de cuidadores cuando la propia Administración está obligando, ya sea a las privadas que no se los paga la Administración porque no conciertan, se está buscando economía sumergida constantemente y se está haciendo que lo que estaba más regularizado hasta ahora, que más o menos había un convenio de sector, que si tú has hecho trabajos lo debes de conocer, porque es la primera vez que yo lo hablo esto con compañeros, ahora vamos a lo peor. Por lo tanto, de que estamos hablando? De una teoría o de la realidad?”* (Representante ONG servicios personas)

Todos los actores consideran que la situación actual está rozando el límite de lo aceptable, sobre todo si se toma en consideración que los recortes en salud pueden revertir negativamente sobre la atención a la dependencia dado el frágil equilibrio que existe en el ámbito sociosanitario.

*“...Igual que otros temas de la ley, pues no se ha desplegado con la intensidad que se esperaba, seguramente que este tema tampoco, eh? Y no sé si la relación ahora es uno a nueve o ha cambiado excesivamente, pero está claro que continúa habiendo un sector, diríamos, público que ha crecido mucho pero que es insuficiente y no llega a los parámetros que la ley definía en su momento, pero es verdad que ha crecido mucho en los últimos años y los recursos que se han destinado son mucho más potentes, pero evidentemente no ha absorbido... no ha absorbido un poco al sector privado eh?”.* (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)

Como consecuencia de la disminución presupuestaria, las profesionales del sector explican la paradoja que representa un nuevo marco legislativo que surge con el fin de promocionar la profesionalidad pero acaba por incentivar la informalidad. Asimismo, se constata que una de las principales debilidades de la ley es que no ofrece los recursos necesarios para romper con la idea que las necesidades de cuidados son un problema individual que cada cual debe resolver como pueda, según sus condiciones.

*“Sí, han quitado muchos servicios, pero, está claro, que la Ley de la dependencia también se ha visto muy perjudicada. Porque, claro, antes había muchas ayudas para dependencia y ahora no hay tantas. Y entonces esto va tirando que las empresas que tenemos de SAD también vayan atrás. Porque, claro, la gente opta muchas veces para hacérselo ellos, u optan por, lo que decíamos, no?, coger una persona que no está titulada, que la pueden tener en el domicilio y..., le pagan menos, y claro, quieras que no esto, ah, también está perjudicando. Está perjudicando muchísimo.”* (Asociación Trabajadoras Familiares)

### ***Las preferencias de la ciudadanía***

Como se ha visto a lo largo del análisis, todas las personas entrevistadas defienden un marco de referencia y un sistema público consolidado como la única vía para poder articular la profesionalización de los cuidados de larga duración. Si bien uno de los elementos más señalados como necesario es la cuestión de los recursos destinados a los servicios, algunas voces también subrayan el efecto que puede tener sobre la demanda de los propias personas usuarias. Desde esta perspectiva, surge el interesante debate acerca de la construcción de las preferencias sobre los cuidados de la ciudadanía, las expectativas que proyectan en los distintos servicios y la valoración social de los profesionales. Para avanzar en este debate, resulta imprescindible conocer las circunstancias bajo las cuales personas de la familia o personas dependientes muestran y manifiestan sus preferencias acerca de cómo resolver las necesidades de cuidados. En este sentido, algunas de las personas entrevistadas plantean problemas con la transmisión de la información acerca del abanico de servicios y recursos existentes con relación a cada situación de dependencia. Algunas personas expertas opinan que la comunicación con la persona usuaria y su familia contribuye a construir unas preferencias que no siempre responden al criterio profesional. Ante dicha problemática, se defiende que el gran reto del sistema de cuidados no es tanto el aumento del tamaño de la demanda sino la dificultad por transformar el contenido de las mismas.

Como es sabido, la LAPAD es la primera norma estatal que reconoce el derecho universal a recibir asistencia (en forma de servicios o prestaciones económicas) a personas que ven limitada su autonomía para realizar actividades básicas de la vida cotidiana o se consideran dependientes. En este sentido, la LAPAD ofrece servicios y prestaciones de tres tipos: prestaciones para contratar servicios, prestaciones para los cuidados familiares, prestaciones para contratar la figura de ayudante personal (este último tipo de prestación fue introducida por la presión de grupos organizados del colectivo de personas discapacitadas). En sus inicios, se recomendaba que la medida principal fueran los servicios y las prestaciones fueran una medida secundaria. Sin embargo, en muchas regiones de España las prestaciones económicas

superan el 50% del total de medidas reconocidas, especialmente las prestaciones del cuidado familiar. Queda claro pues, que las preferencias de la población representan una dificultad para la profesionalización. Llegados a este punto, parece necesario preguntarse cómo el sistema actual interviene en la configuración de las preferencias que la ciudadanía mantiene acerca de los cuidados.

Un sistema de bienestar como el español construido sobre el substrato cultural de la familia es lógico que promocióne la elección por los recursos más familiares a pesar de convertir los servicios de cuidados como un derecho individual y universal. Como consecuencia, el diseño, la planificación y la ejecución de los servicios y recursos que incorpora el sistema parte de la convicción que la opción más deseable es que las personas dependientes residan en casa hasta que sea posible. Como apunta la segunda línea de hipótesis, el análisis realizado constata que la ley refuerza el modelo tradicional. Los responsables de la administración pública y los profesionales del sector piensan y trabajan según el imaginario social que entiende el domicilio particular como la mejor opción para atender las necesidades de cuidados.

*“En estos momentos, bueno, también con la teleasistencia y la ayuda a domicilio, y los deseos propios de la persona, lo que quiere básicamente es vivir en casa aunque viva solo y también alargar los años que están relativamente bien en casa, ah, las personas, cuando ingresan en un centro residencial, con un recurso residencial, están mucho más deterioradas y el tiempo que están dentro es mucho más corto, y acostumbra a ser la etapa final de su vida, salvo que haya ud..”* (Responsable Servicios Sociales Diputación de Barcelona)

*“Por otro lado, el cuidado, cuando una persona sigue viviendo en su casa, muchas veces es cuidado donde hay unas... unas escenas de cuidado donde hay diferentes protagonistas, no únicamente el profesional, sino que también pueden haber los familiares, no?, pueden haber... familiares diferentes, no?”* (Académica experta)

El peso de los imaginarios socioculturales, como ya hemos señalado en apartados anteriores, que identifican la familia como un elemento imprescindible del bienestar da cuenta de la dificultad de la población por interiorizar los cuidados como un derecho universal e individual. En el caso de las personas profesionales, las dificultades también se explican por las experiencias de cuidados que acumulan en su vida privada. Mientras que en otros ámbitos como en la medicina parece indiscutible que el criterio profesional nunca debe relacionarse con la experiencia personal, el escaso

valor social de los cuidados hace más permeable el ámbito profesional con el ámbito personal.

*“Sí, eh? O sea, yo en casa. Y, además, en casa somos cinco hermanos: tres chicas y dos chicos. «En casa con mis hijas.» (Ríe.) Ahora, lo que sí que ella entendió... ella entendió, de hecho, seguramente, porqué..., bueno, porque también nos estimaba y lo comprendía, es que hubiera alguien que la cuidara.”* (Representante Colegio de Enfermeras de Cataluña)

Fijar el domicilio privado como el espacio más deseado para atender las necesidades vinculadas a los cuidados, refuerza el papel de la familia, y de las mujeres, como principal responsable y proveedora de los cuidados. En la medida que este ideal, resumido bajo el lema “en casa y con la familia”, representa la opción más deseada, se convierte en un límite para la profesionalización de los cuidados. Por un lado, condicionando las demandas de los ciudadanos entre los cuales es mayoritario el uso de las prestaciones económicas por cuidados familiares. Por el otro lado, obstaculizando el cambio de lógica entre los mismos profesionales que siguen priorizando el domicilio particular aunque no sea la mejor solución desde un punto de vista de la calidad del servicio. Que los profesionales informen, comuniquen y expliquen todas las opciones posibles resulta clave para la configuración de las preferencias de la ciudadanía.

*“...eh, tendrá una dependencia total de aquella persona, y no es el modelo que queremos. Si decimos que queremos desarrollar las capacidades y las relaciones..., de quién? De la persona y que la familia, entonces, esté igualmente secuestrada por esta tensión? No. No, estamos diciendo que aquella familia tiene que poder cuidar a la persona, en el entorno que él quiera, en el domicilio o en casa, y tenemos que saber hacerle entender, los profesionales, que en una determinada situación es mejor que esté en una residencia, y que él pueda ir a ver cada día y pueda mantener las relaciones... Esto es un reto, es verdad, pero que la familia pueda continuar buscando...”* (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

*“...la medicación o no sé qué? No. Vale? Entonces, se están... estamos intentando hacer un planteamiento de abordaje integral. Cuando uno nos dice: «Es que tengo personas que no se le pueden prestar la suficiente ayuda. Yo lo haré», ellos se piensan que es tener una trabajadora familiar contratada y hacerla ir dos horas a... Y no es esto. No es esto.”* (Responsable Territorio Servicios Sociales Generalitat de Cataluña)

Otra dificultad añadida, proviene del contexto actual de crisis lo que contribuye a reforzar el papel de la familia agudizando sus responsabilidades, y en muchos casos en detrimento del bienestar de las personas que requieren los cuidados. Cada vez son más las familias que recurren a los centros geriátricos, en las fases finales de los procesos degenerativos que sufren las

personas dependientes. Lo que implica la necesidad de una mayor atención de cuidados y un mayor grado de exigencia e intensidad de los mismos. Esta situación entorpece el planteamiento de otro modelo asistencial, que tal y como ya hemos apuntado, posibilite la convivencia de personas con distintos grados de dificultad física y psíquica, y que ayude a paliar un imaginario social que vincula las instituciones geriátricas como el eslabón último de la dependencia.

*“También hay otro cambio en nuestro sector, es que... el tiempo de estancia en una residencia ha disminuido sustancialmente. Ah... hace unos años, una persona se podía jubilar e ir a la residencia; había muchas residencias que eran para válidos, eran personas válidas, que vivían solas, en lugar de vivir solas en su casa iban a una residencia.”* (Directora residencia)

A pesar de las dificultades constatadas, también se detecta un discurso crítico entre responsables y gestores que analiza críticamente el *status quo* familiar del sistema de cuidados en España. Siguiendo la segunda línea de hipótesis de esta investigación, las principales razones de la crítica señalan las debilidades vinculadas al familiarismo siendo incapaz de atender las necesidades surgidas de los cambios demográficos y de garantizar el bienestar cotidiano.

*“Años, y todos los cursos lo vuelvo a repetir. O sea, hay un tema de quien cuidará... O sea, primero porque se han perdido valores, la familia se está cansando de dar el apoyo. Por qué? Porque también tiene que trabajar, (...), es que ha cambiado! Antes, una persona optaba por decir: «Dejo el trabajo pero como mi marido trabaja, yo hago de cuidadora.» Ahora, mm, porque hay el paro, pero si sale un trabajo, yo cojo el trabajo, y alguien tendrá que asumir este rol de cuidador. Entonces la Administración todavía está pensando en esta teoría que la familia es la cuidadora nata. Pero las generaciones van cambiando!”*(Representante ONG servicios personas)

Estas mismas voces críticas defienden que la alternativa pasa de manera inevitable por una mayor profesionalización del sector que contribuya a cambiar el imaginario social. En este sentido, resulta clave reforzar el papel de la ciudadanía con relación a los derechos y deberes que incumben a los cuidados.

*Por lo tanto, se tiene que profesionalizar más a la gente, yo pienso que también el ciudadano tiene que conocer cuáles son sus derechos y el respeto, y también tienen unos deberes, y que también los tienen que conocer. Porque el maltrato, a veces, con estos profesionales también es importante: si habla castellano, si no es catalana o..., si trae una falda negra o que no va muy vestida. Entonces, también, por eso digo, que si siempre hay otro profesional que intenta mediar y hablar: «Como ciudadano, usted también tiene unos deberes, y los tiene que conocer.» Claro.* (Representante ONG servicios personas).

## V. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

---

Llegado el momento de las conclusiones, este apartado presenta una síntesis de los principales resultados a fin de ver qué objetivos de la investigación se han cumplimentado. Y, de modo muy particular, con la intención de proponer posibles vías de actuación, orientadas a lograr una mejor profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración. El primer subapartado se dedica a ver cuáles son las principales conclusiones de la investigación, según los objetivos específicos. Se hace especial hincapié en los resultados que destacan los aspectos simbólicos y materiales de los trabajos de cuidados. En concreto aquellos que conforman el núcleo duro de las limitaciones que impiden la profesionalización de los servicios de cuidados en cuestión. El segundo subapartado se centra en la prospectiva de futuro que cabe esperar para profesionalizar más y mejor dichos servicios. De este modo, se pretende dar respuesta al objetivo principal del proyecto, a saber, explorar las posibilidades de creación de nuevos perfiles profesionales en ese subsector de servicios de cuidados. En definitiva, se considera que cualquier propuesta de intervención debería contemplar los límites a la profesionalización de dichos servicios. Límites derivados tanto de las pautas socioculturales que envuelven al régimen de cuidados en España como de la lógica de las profesiones existentes, que han sido observados y contrastados en esta investigación.

### 1. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Según se recordará el **primer objetivo** señalaba la necesidad de analizar cómo y porqué el sistema de bienestar español dificulta la consolidación de un sistema de atención y cuidado a las personas con garantías de calidad, desde el punto de vista del empleo y del bienestar cotidiano. Las principales dificultades detectadas apuntan, tal y como se había previsto, tres factores que actúan a la manera de intangibles socioculturales: la debilidad de un régimen

mediterráneo de bienestar, con una escasa red de servicios públicos para atender los cuidados; la importancia de la familia como responsable de los cuidados, y el imaginario social que rechaza el Estado como proveedor de servicios en la esfera privada.

En este sentido, se puede concluir que un sistema de bienestar como el español, construido sobre un substrato cultural familiarista, de familiarismo soportado según se ha comentado, es lógico que se avenga a elegir los recursos más cercanos a ese substrato cultural familista. Y que ello suceda, a pesar de que el marco jurídico, desarrollado con la LAPAD, permita que los servicios de cuidados se contemplen como un derecho individual y universal. Como consecuencia, el diseño, la planificación y la ejecución de los servicios de cuidados y los recursos que incorpora el sistema parte la convicción de que la mejor opción es la familista. Es decir, la actual organización social del cuidado en España refuerza el que las personas dependientes residan en casa hasta que sea posible, como la mejor y, en muchos casos, única opción. Por lo tanto, en la medida en que este ideal, resumido bajo el lema de ser y querer ser cuidado “en casa con la familia”, representa la opción más deseada, ello lo convierte en un claro límite para la profesionalización de los servicios de cuidados, en especial de los de larga duración. Un análisis más pormenorizado de lo que en realidad significa este ideal, apunta básicamente, a la percepción del hogar como espacio donde mejor se respeta la individualidad e intimidad de la persona dependiente. Y en buena medida, también, porque tal espacio facilita conservar el poder de decisión, bien de la persona cuidada, bien de la familia, cuando ella no puede o no tiene esa capacidad de decisión.

El análisis realizado constata que la mencionada ley LAPAD refuerza, asimismo, el modelo familiarista de atención a los cuidados a la dependencia. Las personas responsables en la Administración Pública y las profesionales del sector piensan y trabajan según el imaginario social que contempla el domicilio particular como la mejor opción para atender esas necesidades de cuidados y a la familia como principal responsable de la provisión de cuidados. Además, el estigma histórico que, en España, acompaña el desarrollo de los servicios sociales también preside el incipiente sistema de organización social de cuidados. Sistema que no ha podido o sabido reforzar el débil desarrollo del Estado del Bienestar, en esta cuestión, ni aminorar la fuerte tradición



familiarista que, en su conjunto, no hacen más que fortalecer la lógica asistencialista de esas políticas de bienestar. Ambas cuestiones contribuyen, asimismo, a reforzar ese imaginario devaluador y estigmatizador de unos servicios sociales cuya historia aparece estrechamente vinculada a la ayuda a la beneficencia y a la atención de los pobres y de las capas más desfavorecidas de la población.

El conjunto de estos factores que actúan a la manera de intangibles dificulta sobremanera las exigencias para que la que atención a los cuidados de larga duración sean reconocidos socialmente como un derecho de ciudadanía. Y, puedan, por tanto, conformar unos servicios públicos, profesionales y de calidad, como lo son, por ahora, los servicios de salud o de enseñanza. En este sentido, estos cuidados aparecen como un objetivo de exclusiva responsabilidad familiar, que condiciona la vida de las personas cuidadoras, mujeres en su mayoría. Y que al tiempo se alejan de ser pensados como una necesidad social, que requiere voluntades políticas y recursos públicos para que las soluciones y propuestas ideadas puedan y sirvan al conjunto de la población afectada. O sea, toda la sociedad.

El **segundo objetivo** hacía mención específica de la tradición familiar, ya comentada, que tanto caracteriza al sistema de bienestar español. Planteaba, como se recordará, la urgencia de actuar ante la inminencia del agujero demográfico originado por el rápido envejecimiento de la población y la desaparición de las mujeres de generaciones contiguas. En este punto, se ha constatado que uno de los aspectos más representativos de las dificultades que entorpecen la profesionalización de los cuidados es la existencia del imaginario social mencionado. Un imaginario que añade a su contenido el considerar a las mujeres, por el simple hecho de serlo, las mejores cuidadoras de las personas dependientes. A partir de ello, se observa, además, que la falta de recursos públicos, en este ámbito, implica una fuerte polarización social de la ciudadanía. Por un lado, las personas más privilegiadas resuelven sus necesidades de cuidados de larga duración recurriendo a la provisión privada de esos cuidados. Mientras que aquellas que no cuentan con recursos materiales suficientes ni con una red amplia de recursos familiares son las que se ven obligadas a hacerse cargo, ellas mismas, de cubrir dichas necesidades. En esta cuestión, parece que tanto influye la capacidad económica como la

capacidad de gestionar e idear otros recursos facilitadores de soluciones más racionales y menos emocionales. Una distinción fundamental a la hora de discernir en los cuidados de larga duración entre las tareas de gestión, de organización y las de ejecución. Los resultados indican que saber establecer tal diferenciación resulta básico a la hora de afrontar los cuidados. Siendo esa no separación especialmente notoria entre las mujeres de clase trabajadora, quienes se sienten atrapadas en medio de una situación de cuidados de larga duración, generalmente no elegida. Mientras que permite liberar buena parte de las tareas de ejecución a las mujeres de clases medias y altas, quienes generalmente solo efectúan la gestión y organización de esos cuidados. A ello debe añadirse que el contexto actual de crisis económica refuerza el papel de la familia, agudizando las responsabilidades de las mujeres. Y, en muchos casos, provocando una disminución del bienestar de las personas que requieren los cuidados, así como de quienes deben facilitarlos. Aquí se constata tanto la falta de recursos del régimen de cuidados español, como la preferencia por la familia. Una situación deudora, en buena medida, de un imaginario social hegemónico que no considera ni, históricamente, parece habituada a demandar este tipo de servicios a la Administración Pública, como parte esencial de los derechos de ciudadanía.

Los resultados también han comprobado que el contenido de las tareas que componen los servicios de cuidados es realizado, más allá de la familia, por personas que trabajan asalariadamente tanto desde la formalidad o informalidad, mayoritariamente mujeres. En este caso, se observa que uno de los límites del actual marco normativo actúa también como límites a la profesionalización de tales empleos. Ya que consiente unas estrategias de formación incapaces de afrontar la enorme informalidad que presenta este subsector de servicios. Incapacidad que contribuye a desprestigiar, todavía más, las tareas, habilidades y competencias necesarias para desempeñar esta actividad. Las estrategias de profesionalización existentes si bien tratan de mejorar esa situación a través de una formación, generalmente no reglada, en ningún caso cuestiona la relación que se establece entre personas cuidadas y cuidadoras. Aprovechando la atribución que otorga carácter natural a las prácticas y saberes que algunas mujeres han ido adquiriendo históricamente ante los cuidados.

**El tercer objetivo** se proponía paliar cuando no desterrar la informalidad que impera en el subsector de servicios a las personas dependientes. Puesto que esa informalidad constituye uno de los principales obstáculos para el desarrollo de un sistema de bienestar español, capaz de convertirse en el cuarto pilar del Estado del Bienestar. Aquel que está específicamente orientado a la atención y el cuidado de las personas.

Este estudio ha comprobado, con facilidad, que dicha informalidad, además de existir, está amparada por la percepción y las exigencias que familiares y personas dependientes esperan y desean de los servicios de larga duración. El citado ideal de los cuidados “en casa con la familia” esconde, además, una dimensión relacionada con el poder que se establece entre quien decide los cuidados y la persona que debe ejecutarlos. Las trabajadoras empleadas en los centros de atención directa, e incluso las empleadas de los SAD, consideran que cuando se atiende a la persona dependiente en su propio hogar, ella o su familia, deciden cómo y de qué manera quiere y debe ser cuidada. Por el contrario, en los espacios institucionalizados, públicos o privados, son otras personas, las profesionales, quienes tienen ese poder de decisión. Un poder que se puede llegar a ejercer con absoluta impunidad, si la situación laboral de las empleadas entra de lleno en la informalidad, como ocurre en buena parte de las trabajadoras a domicilio y de origen inmigrante. Una informalidad que no solo se traduce en la ausencia de contrato sino, también, en la inconcreción del tipo de tareas a realizar. O cuando se da esa concreción, el exceso y acumulación de tareas se convierte en norma. Ya que comprenden desde llevar la organización y ejecutar las tareas de la casa hasta hacerse cargo de los cuidados de la persona dependiente, incluso cuando está enferma y ello requiere conocimientos especializados en sanidad. Pudiendo decirse que tales exigencias dibujan el perfil de lo que coloquialmente se conoce como “chica para todo”. La aceptación de este grado de informalidad, está legitimado, familiar y socialmente. La razón de ello debe buscarse en unas relaciones de poder que demandan una sumisión, así convertida en el verdadero indicador de calidad de estos servicios de cuidados. Paradójicamente puede observarse, también cómo tanto las familias como las propias personas cuidadas, consideran que ese trabajo de cuidados de larga duración debe de ser de tipo profesional.

De hecho, los resultados constatan que nadie valora este tipo de servicio de cuidados. Ni las familias que lo necesitan, ni las personas dependientes. Situación que dificulta sobremanera las exigencias para que esos servicios de cuidados sean reconocidos socialmente como un derecho de ciudadanía y, por tanto, susceptibles de que sean realizados bajo unos estándares de calidad y amparados y promovidos desde la tutela pública. En esta tesitura, estos servicios de cuidados aparecen como una necesidad personal y familiar a satisfacer, que condiciona la vida de las personas cuidadoras. Y están lejos de pensarse como una necesidad social, que debe solventarse de manera colectiva, dado que afecta a toda la sociedad, como sucede en el ámbito de la salud o de la enseñanza.

De igual modo, el imaginario del profesional, en particular el de aquellas personas que atienden directa y cotidianamente a la persona dependiente, es el de llevar a cabo un trabajo sucio, poco visible, que tan sólo van a poder realizar aquellas mujeres que se conforman, o se ven atrapadas, en una actividad laboral, sin aspiraciones profesionales. Unas connotaciones que impiden el que esos empleos puedan alcanzar un mayor prestigio. Sin embargo, sí parece que pueden prestigiarse otro tipo de tareas vinculadas al contenido de los servicios de cuidados de larga duración, cuando quedan alejadas de esa atención directa y cotidiana. Situación que, no obstante, supone la existencia de una estructura jerárquica de las profesiones implicadas alrededor de los cuidados de las personas dependientes. Y que, a su vez, esconde una desigual distribución de poderes y prestigios. Una jerarquía donde el último eslabón siempre está ocupado por quienes se dedican a las tareas cotidianas de unos cuidados continuados, salvo los de carácter médico. En esos casos, tan solo se consideran con rango profesional las tareas y actividades relacionadas con la gestión y organización de los cuidados y/o los cuidados no cotidianos. Una realidad que, probablemente, tiene mucho que ver con el proceso no neutral, desde el punto de vista de género, clase y etnia, de la construcción de las cualificaciones profesionales. Proceso que difícilmente incorpora determinados saberes, imprescindibles para el desempeño de los servicios de cuidados de larga duración y que, contrariamente a lo que está aceptado socialmente, no todas las mujeres adquieren. Y que se ve agravado por la vulnerabilidad de los propios colectivos implicados, cuidadoras y

personas dependientes que están lejos de poder y saber reivindicar más y mejores servicios de atención a sus necesidades.

**El objetivo detallado en cuarto lugar** consideró imprescindible analizar el papel que jugaba la Administración Pública en la profesionalización de los servicios necesarios para atender las necesidades sociales relacionadas con los cuidados de las personas en su vida cotidiana.

Los resultados corroboran, una vez más, las razones ya aducidas en otros objetivos. En concreto, que los cuidados de larga duración se perciben como un problema familiar y las soluciones que se plantean pasan fundamentalmente por soluciones que toman el ámbito privado y del hogar-familia como el principal responsable de este tipo de trabajo de cuidados. De manera que en muchos casos, estos servicios se asumen más como una cuestión de voluntad personal (de las mujeres de la familia) que como resultado de una imposición motivada por la escasez de oferta pública. Todo ello contrastado, una vez más, en un contexto de creciente recorte de recursos y de preferencia por los cuidados familiares. Preferencia que dada esa escasez se convierte en obligatoriedad para la familia (léase mayoritariamente mujeres). Y que se ve reforzada por un imaginario social hegemónico que no considera responsable de esos cuidados a la Administración Pública. De manera tal, que el discurso de las personas responsables de lo público y las profesionales del sector muestran cómo su manera de pensar y actuar está presidida por un imaginario social que considera el domicilio particular y a las mujeres de la familia como la mejor opción para atender las necesidades de cuidados de larga duración.

Asimismo, aparece con nitidez el estigma histórico de los servicios sociales que recae, de manera aún más nítida si cabe, sobre el sistema de cuidados. Un modelo español, propio de los países mediterráneos donde la ya comentada debilidad del Estado del Bienestar y la fuerte tradición familiar redundan en el fortalecimiento de la lógica asistencial de dichos servicios. No obstante, también se vislumbra un consenso generalizado entre las personas expertas entrevistadas. Consenso que gira en torno a las mejoras habidas en el sistema de cuidados español al haber dejado de ser un régimen residual (sólo atendía a personas pobres o en riesgo de exclusión social) para pasar a ser un régimen de corte universal e individualizado. Si bien el sistema siempre ha

estado sujeto a la existencia de unos recursos materiales y humanos, que ya sabemos son escasos. Y todo ello redundaba en conformación de más dificultades para la mejora de la profesionalización, de los servicios aquí tratados. Por un lado, porque parece clara la falta de voluntades políticas a la hora de priorizar estos servicios como básicos en el actual Estado de Bienestar. Y por otro, por consentir y dejar, cada vez más, en manos de la iniciativa privada las estrategias y las maneras de gestión, organizar y ejecutar estos servicios. Sin embargo, ese desistimiento parece matizable, a tenor de otro de los consensos en los que coinciden las personas expertas consultadas. Aquel que señala, a pesar de todo, a la Administración Pública como la principal proveedora de ese tipo de cuidados de manera profesionalizada; la instancia que ha desarrollado y fijado las distintas normativas y condiciones para que los servicios a las empresas y entidades del sector pudieran actuar, y la que ha encabezado los procesos de mejora y exigencia de una mayor profesionalización de los servicios de cuidados. Todo ello confirma la necesidad de tutela y supervisión por parte de las Administraciones Públicas de este tipo de servicios. Ya que dejarlo en manos de la iniciativa privada o de las familias conduce, de manera más que probable bien a la economía sumergida, bien a un menor grado de calidad y profesionalidad de los susodichos servicios de cuidados.

**El quinto objetivo** pretendía ser una derivación de los 4 objetivos anteriores. Su finalidad era obtener, finalmente, el conocimiento necesario para crear nuevos perfiles profesionales, capaces de atender el conjunto de necesidades sociales relacionadas con la atención y los cuidados de larga duración. Tal y como hemos avanzado en la presentación de este informe, en el transcurso de la investigación, quedó claro que ese objetivo era de difícil cumplimiento. Porque buscar las razones explicativas que giran en torno a la profesionalización de los mencionados servicios nos ha llevado hacia una problemática que supera ampliamente este quinto objetivo. A lo largo de la investigación, tratando de elaborar un catálogo de nuevas profesiones, hemos constatado el carácter no relevante de lo que, en principio, considerábamos un objetivo principal. Básicamente porque el mencionado contexto familiarista y asistencialista, así como el imaginario social que lo sustenta, dibujan, una vez más, un conjunto de dificultades que impiden la profesionalización, tan

repetidamente citada. Una situación que nos ha llevado a considerar el catálogo de nuevas profesiones cómo una meta que, por ahora, no urge plantear. Al menos, no como el producto esperable de esta investigación.

## **2. ALGUNAS REFLEXIONES PARA AMPLIAR EL DEBATE SOBRE LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN**

Para finalizar este apartado de conclusiones, parece adecuado concluir con algunas reflexiones que permitan vislumbrar posibles líneas de actuación futura. Así, a medio y largo plazo se considera necesario revisar la actual división sexual del trabajo, que se da en la familia, para que pueda redistribuirse la carga total de trabajo cotidiano. Y, de manera muy especial, se dote de valor el trabajo de cuidados y se prestigien los saberes (femeninos) vinculados a la práctica de las tareas de cuidados de las personas. Asimismo, se debería asumir el reto de reorganizar y pensar de nuevo el actual sistema de organización social del cuidado, aprovechando las experiencias, saberes y prácticas vigentes en los otros dos grandes pilares del sistema de bienestar, la salud y la educación. De igual modo, no se debe olvidar que el hogar y la familia son lugares donde también se producen desigualdades en torno a los cuidados. Y donde las relaciones de poder son más invisibles. Aunque debe quedar claro que no se trata sólo de un debate sobre el espacio de los cuidados. Ya que, si así fuera, deberían también plantearse cambios en la organización del trabajo en los centros e instituciones donde se enmarcan los servicios de cuidados, aquí en cuestión. Todo ello debe centrar el debate sobre la profesionalización de esos servicios. Un debate que también debe incluir la exigencia de la personalización de ese tipo de cuidados. Una exigencia que parece no cobrar igual importancia en otros servicios como, por ejemplo las escuelas infantiles donde no se suele reclamar una atención individualizada a las criaturas. Tales cuestiones no podrán asumirse sin revisar, al mismo tiempo, la política de libre elección de las personas dependientes y sus familias sobre cómo quieren ser cuidadas. Pues esa elección tiene claras consecuencias en las condiciones laborales de las empleadas y en la calidad de esos servicios.

Desde una perspectiva más a corto plazo, se sugieren cinco líneas de actuación:

- articular un sistema de organización social de cuidados que sitúe a la persona dependiente en el centro de la organización,
- potenciar la interdisciplinariedad para ofrecer un abordaje integral,
- revisar, ampliar y prestigiar los perfiles profesionales encargados de los servicios de atención directa a las personas,
- mejorar los sistemas de evaluación de los servicios de cuidados de larga duración e,
- impulsar la cultura de la prevención en los territorios de proximidad para afrontar mejor las situaciones de dependencia de la población.

En última instancia, se plantea que el principal reto para la organización social de los cuidados no es tanto la profesionalización de los mismos sino la revisión y mejora de las profesiones existentes en torno a los cuidados. Es decir, las claves del problema señalan tanto la falta de formación prestigiada y de experiencia en la ejecución y gestión de los cuidados como las rigideces y jerarquías de las profesiones existentes. Una situación que impide poner en conexión todo el conocimiento y el saber acumulado en torno a los cuidados, en general y a los orientados a la dependencia, en particular.

La primera línea de actuación reseñada introduce la necesidad de cambiar el foco de atención y revisar, para lograrlo, la institucionalización y medicalización de los cuidados. Contemplando la personalización de esos cuidados, bajo el supuesto de respetar, prioritariamente, la dignidad humana. La actual organización social de los cuidados se basa en un sistema construido sobre la base de que la persona debe adaptarse al funcionamiento y dinámica de las instituciones que ofrecen esos servicios. Y debe utilizar tan solo los recursos existentes para atender esas necesidades de cuidados, tanto si el sistema se orienta a los centros geriátricos como si solo se trata de los servicios SAD, sin olvidar los centros de día o instancias o espacios similares. Este enfoque ha supuesto, entre otras cuestiones, una excesiva medicalización en el trato de la dependencia y una cierta serialización e infantilización de las personas cuidadas. A nuestro parecer, compartido por algunas de las personas



expertas entrevistadas, esta lógica del trabajo, eminentemente productiva, no atiende como debería las necesidades de las personas y su dignidad. Factores ambos que deberían representar el núcleo a partir del cual articular y organizar los servicios y recursos, ya sea dentro o fuera de las instituciones. Si bien es cierto que tras esta propuesta se oculta una cuestión no menor y tan polémica como el equilibrio de derechos entre los colectivos implicados. En este sentido, el reto sería evitar la colisión entre el derecho a decidir cómo ser cuidado, el derecho a decidir si se quiere o no cuidar y, por descontado, el derecho a cuidar en buenas condiciones.

A nuestro parecer, para llevar a cabo esos cuidados, siempre centrados en la persona, resultan imprescindibles la segunda y la tercera línea de actuación sugeridas. Ya que, por una parte, facilitar el enfoque integral de cualquier situación de dependencia demanda coordinación administrativa, tutela pública y coordinación interdisciplinaria entre todas las profesiones implicadas. Y del mismo modo, desarrollar ese sistema centrado en la persona desde un enfoque integral requiere la inclusión de equipos interdisciplinarios donde también tengan voz preferente los perfiles profesionales que se encargan de la atención directa. El escaso reconocimiento profesional que tienen dichas trabajadoras da cuenta del círculo vicioso en el que se encuentran los cuidados de larga duración: trabajo desprestigiado, trabajadoras con bajo status social y personas cuidadas en situación vulnerable. Aquí debe resaltarse que a lo largo de la investigación ha sido recurrente la imagen de unas trabajadoras que se perciben como el último eslabón en la escala profesional, que no siempre son conscientes de que sin ellas el sistema de cuidados organizado se desmorona.

Asimismo, se debe recordar que, en la medida en que todo sistema organizativo se debe dotar de mecanismos de evaluación para dar cuenta de su eficacia y eficiencia, el sistema de atención y cuidados a las personas no puede ser una excepción. Y en este punto, se ha podido observar que los mecanismos de evaluación existentes deben mejorarse porque tienden a simplificar el contenido de estos servicios de cuidados. Hecho que invisibiliza el conjunto de competencias imprescindibles para la mejora de la profesionalización y la calidad de esos servicios. Para que ello sea plausible, se deberían diseñar y aplicar nuevos sistemas de evaluación que tengan en

cuenta todo el amplio contenido que pueden abarcar esos servicios. Porque de este modo se conseguiría, además, visualizar su complejidad profesional, mejorar su calidad e incentivar la demanda social.

Finalmente, parece oportuno, también impulsar programas y campañas que incentiven la prevención en el ámbito de atención y cuidado a las personas dependientes. En primer lugar, este tipo de actuaciones pueden evitar determinadas situaciones de dependencia donde la falta de actuación provoca un deterioro extremo. En segundo lugar, la idea de prevención puede contribuir a la construcción de una consciencia colectiva que asuma la responsabilidad individual y social de organizar un sistema que facilite la existencia de unos servicios de cuidados de larga duración donde la calidad y la dignidad humana sean uno de los principales centros de atención.

Como reflexión final solo nos cabe añadir que tanto los resultados como las conclusiones y las propuestas reseñadas en este informe, han sido posibles gracias a que esta investigación ha sido realizada muy pegada al terreno. Es decir, ha podido contar con quienes saben no solo desde la literatura especializada sino de quienes saben desde su práctica de oficio, desde la experiencia y, también, desde la responsabilidad institucional. Por último, solo nos queda decir, a manera de síntesis que el mejor resultado esperamos que sea contribuir al debate sobre la profesionalización de los servicios de cuidados de larga duración, Un debate que, a criterio nuestro, sigue abierto.

## VI. ACTIVIDAD DIVULGATIVA Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

---

La transmisión de resultados de la investigación al conjunto social es un elemento de preocupación del Centre d'Estudis SociològicsQUIT desde hace tiempo. Por un lado, en términos de difusión del conocimiento obtenido, en línea con el plan de acción de la Comisión Europea "Ciencia y Sociedad", orientado a acercar y hacer más accesible la ciencia a los ciudadanos europeos. Por otro lado, en términos de influencia social y de transmisión de alternativas para la actuación derivadas de la investigación.

Como ya señalábamos en la propuesta presentada, uno de los objetivos del estudio era el hacer permeable al conjunto de la ciudadanía los resultados obtenidos, en la medida en que la transferencia de este conocimiento pudiera redundar en una mejora del bienestar colectivo.

Así pues y en función del público destinatario se han llevado a cabo las siguientes acciones de transferencia:

### 1. DIFUSIÓN CIENTÍFICA

#### Presentación de comunicaciones en reuniones científicas

- Moreno, S.; Borràs, V.; Recio, C.; Torns, T., "El trabajo de cuidados: del imaginario social a la profesionalización". *IV Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAPP-IUIOG*. Instituto Nacional de Administración Pública (Madrid, España) 23 y 24 de septiembre 2013.
- Moreno, S.; Recio, C.; Borràs, V.; Torns, T., "La professionalització del treball de cura de llarga durada". *VI Congrés Català / Internacional de Sociologia*, Perpinyà (Francia), 25- 27 de abril de 2013.
- Moreno, S.; Recio, C.; Borràs, V.; Torns, T., "El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar: ¿más dependencia y menos profesionalidad?", *IV Congreso anual REPS "Las políticas sociales entre crisis y post-crisis"*, Universidad de Alcalá de Henares (Madrid), 6 y 7 de Junio de 2013.

- Moreno, S., “Comparing long-term care regimes between Spain and UK: Family strategy versus Community strategy?”. *3rd European Conference on Politics and Gender (ECPG)*, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 21-23 Marzo 2013.
- Recio, C.; Moreno, S.; Borràs, V.; Torns, T., “Los límites de la profesionalización del trabajo de cuidados”. *XI Congreso Español de Sociología "Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología"*, Madrid, 10- 12 de julio de 2013.
- Moreno, S.; Recio, C.; Torns, T.; Borràs, V.; “El trabajo de cuidados: más trabajo y menos cuidados”. *XI Congreso Español de Sociología "Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología"*, Madrid, 10- 12 de julio de 2013.

### **Artículos en revistas especializadas**

La producción de artículos científicos derivados de cualquier estudio supone un período de maduración y discusión de los resultados obtenidos, al que hay que añadir el proceso propio de evaluación de la revista hasta su publicación. De modo que reseñados solamente dos (actualmente en fase de evaluación), se prevé que en los próximos meses haya una mayor explotación de resultados.

- “La profesionalización del trabajo de cuidados: límites y retos” en *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*.
- “Long-term care in Spain: difficulties in professionalising services” en *Ageing and Societies*.

## **2. TRANSFERENCIA A AGENTES IMPLICADOS**

Es decir, a técnicos y responsables de los servicios de atención a las personas de ayuntamientos locales, consejos comarcales, diputaciones, Generalitat de Catalunya, gerentes de las empresas de SAD, agentes sindicales, asociaciones y profesionales del servicio de cuidados.

Con el propósito de hacerles participe tanto del objetivo del proyecto como de los resultados obtenidos, se han organizado dos jornadas cuyos contenidos resumimos a continuación:

- Jornada “**La organización social del cuidado de larga duración: el debate en torno a su profesionalización**”, celebrada el 15 de marzo de 2013, y concebida como una sesión de trabajo donde personas estudiosas y/o profesionales compartiesen reflexiones y experiencias. (Se incluye programa en anexo 7)

- Conferencia final de difusión del proyecto dirigida especialmente a los proveedores de servicios de cuidado, gestores, profesionales del ámbito del cuidado y cuidadores; entidades, instituciones públicas y representantes de los diferentes colectivos y público en general. Se celebra el 30 de octubre de 2013 bajo el título **“Los servicios de cuidados de larga duración. Retos de futuro ante el bienestar cotidiano”**. (Se incluye programa en anexo 7).

### 3. DIVULGACIÓN A PÚBLICO NO ESPECIALIZADO

Conscientes de la capacidad e inmediatez que internet tiene para hacer llegar información a un público vastísimo, en la página web del Centre d'Estudis Sociològics QUIT y del Institut d'Estudis del Treball se proporciona documentación sobre el estudio y sobre los resultados que el mismo genere:

<http://quit.uab.cat/>

<http://iet.uab.cat/>

Asimismo salió publicado en prensa (El Mundo 22/11/2012) el artículo “¿Cómo queremos envejecer?”

<http://www.elmundo.es/elmundo/2012/11/22/economia/1353572142.html>

[#comentarios](#)

Por último, está prevista la distribución de una nota de prensa dando cuenta del estudio y sus conclusiones.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- ABBOT, A. (1988): *The system of professions. Essay on the division of expert labour*. Londres: University of Chicago Press.
- ALIAGA, C. (2006): "How is the time of women and men distributed in Europe?" *Eurostat Statistics in Focus*, 4. Luxemburgo: European Commission.
- ANTTONEN, A.; SIPILÄ, J. (1996): "European Social Care Services: Is It Possible To Identify Models ?". *Journal of European Social Policy*, 6(2), pp.87-100.
- ANXO, D.; FAGAN, C. (2005): "The family, the state and now the market: the organisation of employment and working time in home services for the elderly" en G. Bosch y S. Lehdorff (ed.) *Working in the service sector. A tale from different worlds*. Londres: Routledge, pp. 121-147.
- BALBO, L. (1987): *Time to care: politichedel tempo e dirittiquotidiani*. Roma: Franco Angeli.
- BALBO, L. (1991): *Tempi di vita: studi e proposte per cambiarli*. Roma: Feltrinelli.
- BENERÍA, L. (2008): "The crisis of care, International Migration and Public Policy". *Feminist Economics*, 14 (3), pp.1-21. (Traducido al castellano en Carrasco, C.; Borderías, C.; Torns, T. (2011))
- BETTIO, F.; PLANTENGA, J. (2004): "Comparing care regimes in Europe". *Feminist Economics*, 10 (1), pp. 85-113.
- BETTIO, F.; SIMONAZZI, A.; VILLA, P. (2006): "Change in care regimes and female migration: the care drain in the Mediterranean". *Journal of European Social Policy*, 16 (3), pp.271-285.
- BETTIO, F.; VERASCHAGINA, A. (coord.) (2012): *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, Luxemburgo, Comisión Europea [Disponible en: [http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly\\_care\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf)]
- CACHÓN, Lorenzo (1997): "A la búsqueda del empleo perdido: los nuevos yacimientos de empleo". *Sistema*, 140-141, pp.245-264.
- CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C.; TORNS, T. (eds.) (2011): *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- CAMERON, C.; MOSS, P. (2007): *Care Work in Europe. Current understandings and future directions*. Londres: Routledge.
- CEDEFOP (2012): "Future skills supply and demand in Europe". Research Paper, 26. Luxemburgo: Publications Office of the European Union
- CRISTOPHERSON, S. (1997): "Childcare and elderly care: what occupational opportunities for women?". *OCDE Labour Market and Social Policy occasional papers*, 27.
- CROMPTON, R. (1999): *Restructuring gender relations and employment. The decline of the male breadwinner*. Oxford: Oxford University Press.
- DALY, M.; LEWIS, J. (2000): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states". *British Journal of Sociology*, vol. 51, nº 2, pp. 281-298. (Traducido en Carrasco, C.; Borderías, C.; Torns, T. (2011)).
- DELORS, J. (1993): *Growth, competitiveness, employment. The challenges and ways forward into the 21st century. White Paper. December 1993*. In: *Bulletin of the European Communities (SUPPLEMENT 6/ 93), (1993), Luxemburgo: Commission of the European Communities*
- DURÁN, M. Á. (2012): *El trabajo no remunerado en la economía global*. Madrid: Fundación BBVA.
- ENGLAND, P. (2005): "Emerging theories of care work". *Annual Review of Sociology* 31, pp.381-399.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta (2000): *Social Foundation of postindustrial economies*, Oxford: Oxford University Press.

- EUROFOUND (2006): *Employment in social care in Europe*. Dublin: Eurofound.
- EVERTSSON, L. (2000): "The Swedish welfare state and the emergence of female welfare state occupations". *Gender, Work and Organisations*, 7(4), pp. 230-241.
- FERERRA, M.(1995): "Los Estados del Bienestar del sur en la Europa social" en L. Moreno y S. Sarasa *El Estado del Bienestar en la Europa del sur*. Madrid: Consejo Social de Investigaciones Científicas-Instituto de Estudios Sociales Avanzados, pp. 85-112.
- FINCH, J.; GROVES, D. (eds.) (1983). *A labour of Love: women, work and caring*. London: Routledge & Kegan Paul Books.
- FRAISSE, G. (2000): "Servidumbre, servicios de proximidad y democracia" en M. Maruani, Ch. Rogerat, T. Torns *Las nuevas fronteras de la desigualdad*. Barcelona: Icaria, pp. 227-232.
- FRASER, N. (1989): "Talking about Needs: Interpretive Contests as Political Conflicts in Welfare-State Societies". *Ethics*, p. 291-313.
- GARDINER, J. (2000): "Rethinking self-sufficiency: employment, families and welfare". *Cambridge Journal of Economics*, 24, pp.671-689.
- GLENN, E.N. (2000): "Creating a caring society". *Contemporary Sociology*, 29 (1), pp.84-94.
- GRAHAM, H. (1983): "Caring: a labour of love" en J. Finch, D. Groves, *A labour of love: women, work and caring*. London: Routledge and Kegan Paul, pp.13-30.
- HELLER, A. (1977): *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- HOBSON, B. (1994): "Solo mothers, social policy regimes, and the logics of gender". *Sage Modern Politics Series*, 35, p. 170-170.
- HOCHSCHILD, A.R. (1995): "The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care" en *Social Politics*, 2 (3), pp. 331-346.
- HOCHSCHILD, A.R. (2001): "Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional" en W. Hutton i A. Giddens, *En el límite: la vida en el capitalismo global*. Barcelona: Tusquets. pp. 187-208.
- HUGMAN, R. (1991): *Power in caring professions*. Basingstoke: Macmillan.
- JOHANSSON, S.; MOSS, P. (2004) : "Work with elderly people. A case study of Sweden, Spain and England with additional material from Hungary". *Consolidated Report Carework in Europe: current understandings and future directions* [Disponible en: <http://144.82.31.4/carework/reports/WP9%20final%20consolidated%20report%20for%20web%20feb04.pdf>].
- KNJIN, T.; KREMER, M. (1997): "Gender and the caring dimension of Welfare States: toward inclusive citizenship". *Social Politics*, 4 (3), pp. 328-361.
- KNIJN, Trudie; VERHAGEN, Stijn(2007): "Contested Professionalism Payments for Care and the Quality of Home care". *Administration and Society*, 39, pp. 451-474.
- KRÖGER, T.(2001): "Studying care strategies of European families (SOCCARE)", en Hantrais (ed.), *Policy Relevance of 'Family and Welfare' Research*. Bruselas, Comisión Europea.
- KRÜGER, K AND JIMENEZ , E (2013): "La ley de dependencia ¿un cambio en el régimen de bienestar español? Familiarización versus profesionalización." *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Vol. XVII, (436).
- LALLEMENT, M. (1996) : "Emploi familial et démocratie: de quelques difficultés à faire un bon ménage". *Cahiers du Mage*, 4 ; pp. 83-102.
- LALLEMENT, Michel(2000): "Familia y empleos de servicio" en M. Maruani, Ch. Rogerat, T. Torns *Las nuevas fronteras de la desigualdad*. Barcelona: Icaria, pp.249-268.
- LEIBFRIED, S. (1994): The social dimension of the European Union: en route to positively joint sovereignty?. *Journal of European Social Policy*, 4(4), pp.239-262.
- LETABLIER, MT. (2007): "El trabajo de "cuidados" y su conceptualización en Europa" en C. Prieto *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid: Hacer, pp. 64-84.
- LEWIS, J.(1992): "Gender and the development of Welfare Regimes". *Journal of European Social Policy*, 2(3), pp.159-173.
- LEWIS, J.(2001): "Older People and the health social care boundary in the UK: half a Century of Hidden Policy Conflict". *Social Policy and Administration*, 35(4): 343-359.

- LEWIS, J. (2007): "Gender, Ageing and the 'New Social Settlement. The Importance of Developing a Holistic Approach to Care Policies". *Current Sociology*, 55(2), 271-286.
- LEWIS, J. (2008) "Gender and welfare state change", en S. Leibfried- S. Mau, (eds.) *Welfare states: construction, deconstruction, reconstruction*, Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- LYON, D.; GLUKSMANN, M. (2008): "Comparative Configurations of Care Work across Europe". *Sociology*, nº 42 (1), pp. 101-118.
- O'CONNOR, J. (1993): Gender, Class and Citizenship in the Comparative Analysis of Welfare State Regimes: Theoretical and Methodological Issues. *The British Journal of Sociology*, 44 (3), pp. 501-518.
- ORLOFF, Ann Shola (1993): "Gender and the Social Rights of Citizenship: state policies and gender relations in Comparative Research". *American Sociological Review*, 58 (3), pp.303-328.
- PARELLA, S. (2003): *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- PARKER, R. (1981): "Tending and social policy" en E. Goldberg y S. Hatch *A new look at the personal social services*. Discussion Paper, 4. Londres: Policy Studies.
- PEREZ OROZCO, A. (2006): *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- PFAU-EFFINGER, B. (1998): "Gender cultures and the gender arrangement—a theoretical framework for cross-national gender research". *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 11(2), 147-166.
- MARTÍNEZBUJÁN (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migraciones internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 28 (1): 93-123.
- MILLER, D. A. (1981): "The 'sandwich' generation: Adult children of the aging". *Social Work* (September) pp.419-423.
- MIGUELEZ, F.YRECIO, A. (2010) "The Uncertain Path from the Mediterranean Welfare Model in Spain" en D.Anxo, G.Bosch and J.Rubery *The Welfare State and Life Transitions in European Perspective*. London: Edward Elgar Publishing
- MOSS, P.; CAMERON, C. (2002): "Care work and the care work force. Report on stage one and state of the art Review". *Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions* (CARING), Project report.
- RECIO, C. (2013): *El empleo en el sector de atención a las personas en España*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1998): "El Estado del Bienestar en España: pautas evolutivas y reestructuración institucional" en J.Subirats y R. Gomà (coords.) *Las políticas públicas en España*. Barcelona: Ariel, Pp. 135-151.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2011): "Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 29, (1): 13-42.
- RUBIO, X. (2005): "El camí cap a la regularització del treball irregular a la llar". *Nous Horitzons*, 180, pp.45-47.
- SAINSBURY, Diane (ed.)(1999): *Gender and welfare state regimes*. Oxford: Oxford University Press.
- SARACENO, Ch. (1995): "Familismo ambivalente y clientelismo categórico en el Estado del Bienestar italiano" en S. Sarasa; L. Moreno (comp.) *El estado del Bienestar en la Europa del Sur, Madrid*. CSIC, pp. 261-288.
- SARACENO, CH. (1986). Uomini e donne nella vita quotidiana. Ovvero, per una analisi delle strutture di sesso della vita quotidiana in Bimbi-Capecchi. *Strutture e strategie della vita quotidiana*. Roma: Franco Angeli.
- SARACENO, CH.; KECK, W. (2008): "The institutional framework of intergenerational family obligations in Europe", *Report Multilinks Project*. [Disponible en: <http://multilinks-database.wzb.eu/pdf/conceptual-report.pdf>]



- SARASA, S. ;MORENO,L. (comp.) (1995): *El estado del Bienestar en la Europa del Sur*. Madrid: CSIC
- SIMONAZZI, A. (2009): "Care regimes and national employment models". *Cambridge Journal of Economics*, 33 (2), pp. 211-232.
- THOMAS, C. (1993): "De-constructing concepts of care", *Sociology*, 27 (4), pp. 649-669. (Traducido al castellano en C. Carrasco; C. Borderías; T. Torns (2011)).
- TOBÍO, C. (2005): *Madres que trabajan. Dilemas y Estrategias*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- TOBÍO, C., et al. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales, (28).
- TORNS, T. (2005): "De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(1), pp. 15-33.
- TORNS, T.; BORRÀS, V.; MORENO, S.; RECIO, C.(2006): *Les polítiques de temps: un debat*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Regidoria Nous Usos Socials del Temps a la Ciutat.
- TORNS, T. CASTELLÓ, L.; RECIO, C. (2009): "El desarrollo local y el bienestar de la ciudadanía: ¿una relación necesaria?". *Revista Internacional de Organizaciones (RIO)*, Nº 3, pp. 111-129.
- TORNS, T. (2011): " Del porqué la conciliación de la vida laboral y familiar no acaba de ser una buena solución". *ObservatorioMujer, Trabajo y Sociedad*, Núm. 5, pp. 26-40.
- UNGERSON, C. (1990): "The language of care. Crossing the boundaries" en C. Ungerson, *Gender and caring. Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. Hertfordshire: HarverWheatheat, pp. 9-33.
- UNGERSON, C. (2004): "Whose employment and independence?.A cross-national perspective on 'cash for care' schemes". *Ageing and Society*, 24, pp.189-212.
- UNGERSON, C. (2005): "Care, work and feeling". *SociologicalReview*, 53 (2), pp.188-203.
- VEGA, C. (2009): *Culturas del cuidado en transición. Espacios sujetos imaginarios en una sociedad en migración*. Barcelona: UOC.
- WELLIN, D; JAFFE, CJ.(2004): "In search of "personal care": Challenges to identity support in residential care for elders with cognitive illness". *Journal of Aging Studies*, 18(3), pp.275-295.
- WILLIAMS, C. (2004): "The sandwich generation". *Perspectives on Labour and Income* 5 (9), pp. 5-12.