



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

La cura a Catalunya: sector ocupacional i espai de desigualtats de gènere

Tesi doctoral



Mireia Roca Escoda

Direcció:

Dra. Diana Marre Cifola

Dra. Dolors Comas d'Argemir Cendra

Doctorat en Antropologia Social i Cultural
Departament d'Antropologia Social i cultural
Facultat de Filosofia i Lletres
Universitat Autònoma de Barcelona.
Juny 2018

La cura a Catalunya: sector ocupacional i espai de desigualtats de gènere

Tesi doctoral

Mireia Roca Escoda

Direcció:

Dra. Diana Marre Cifola
Dra. Dolors Comas d'Argemir Cendra

Doctorat en Antropologia Social i Cultural
Departament d'Antropologia Social i cultural

Facultat de Filosofia i Lletres
Universitat Autònoma de Barcelona.

Juny 2018

Agraïments

La motivació, la constància i perseverança han estat claus per donar continuïtat a aquesta tesi. Vull agrair a les persones amb qui he treballat i compartit aquest llarg i intens procés que requereix la realització de la tesi, que m'han ajudat a no abandonar-la i a consolidar-la.

A la Diana Marre per haver confiat en mi des del primer moment. Per la seva persistència en donar continuïtat a la investigació realitzada durant el màster, qui ella mateixa em va dirigir. També per obrir-me les portes a AFIN i a l'acompanyament rebut al llarg d'aquest temps.

A la Dolors Comas d'Argemir per saber transmetre'm de forma clara els seus coneixements. Per les seves orientacions oportunes i retrobar el fil quan l'havia perdut, i per la bona disposició al llarg de la recerca.

A l'equip d'investigació de la Universitat Rovira i Virgili per compartir a nivell intel·lectual i personal. Una part d'aquesta tesi és gràcies a ells i elles.

A l'equip d'AFIN de la Universitat Autònoma de Barcelona, pels seminaris i per l'entusiasme per la investigació social.

A totes les persones dels Serveis d'Ajuda a domicili amb qui he treballat. Perquè m'han obert les portes a compartir les seves experiències. Sense elles, aquest treball no tindria sentit.

A la meua família per l'educació que m'han donat i el recolzament incondicional.

I als amics i amigues per encoratjar-me en tot moment a seguir.

Índex

1. Presentació: la pràctica professional i la investigació etnogràfica	p. 3
2. Introducció: la cura familiar i l'expansió del treball de cura remunerat	p. 5
3. Objectius i preguntes de recerca	p. 8
4. Marc teòric: la cura com a àmbit d'ocupació	p. 10
4.1. Els treballs remunerats de cura i la seva institucionalització	p. 10
4.2. El "social care" i els agents de cura	p. 12
4.3. La dependència com a concepte polític	p. 13
4.4. Els treballs de cura i la intersecció de gènere, ètnia i classe	p. 15
5. Metodologia	p. 19
6. Context: l'organització social de la cura a Catalunya	p. 22
6.1. La construcció del sistema públic de serveis socials	p. 22
6.2. L'atenció a la dependència i la creació d'ocupació	p. 24
6.3. El protagonisme mercantil en la provisió dels serveis socials públics	p. 27
6.4. El cas dels Serveis d'Ajuda a Domicili	p. 28
7. Estat de la qüestió: la cura com a àmbit ocupacional a Catalunya	p. 31
8. Estructura de la tesi	p. 35
9. El treball de cura remunerat en els serveis d'ajuda a Domicili	p. 37
9.1. Article: Roca, M. (2017). Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de un Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona. <i>Cuadernos de Relaciones Laborales</i> , 35 (2), 371-391.	p. 37
9.2. Article: Roca, M. (2017). Homes i dones en el treball de cura remunerat: Continuïtats i transformacions en les relacions de gènere en els serveis d'ajuda domiciliaris. <i>Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia</i> , 22 (2), 99-114.	p. 59
9.3. Article: Roca, M. (pendent avaluació). Desigualdades de género y trabajo de cuidados en el Servicio de Ayuda a Domicilio: políticas, discursos y prácticas. <i>Revista Internacional de Organizaciones</i> .	p.76

10. La implicació dels homes en el treball de cura remunerat	p. 93
10.1. Article: Bodoque, Y.; Roca, M.; Comas d'Argemir, D. (2016). Hombres en trabajos de cuidado: género, identidad profesional y cultura del trabajo. <i>Revista Andaluza de Antropología</i> , 11, 67-91.	p. 93
10.2. Article: Bodoque, Y i Roca, M (pendent avaluació). ¿Se buscan cuidadores? Estrategias de contratación de hombres en trabajos remunerados de cuidados a personas adultas en situación de dependencia. <i>Revista Política y Sociedad</i> .	p. 119
11. Discussió dels resultats, aplicabilitat dels resultats, limitacions i futures línies d'investigació	p. 142
11.1. Discussió dels resultats	p. 142
11.2. Aplicabilitat de la recerca	p. 146
11.3. Limitacions i futures línies d'investigació	p. 148
12. Referències bibliogràfiques	p. 151
13. Annex: mostra de la investigació	p. 163

1. Presentació: la pràctica professional i la investigació etnogràfica

Aquesta investigació sorgeix a partir de la pròpia pràctica professional com a treballadora social en l'àmbit de la cura a les persones en situació de dependència. Al 2009 començo a treballar com a coordinadora tècnica d'un Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) a una empresa mercantil (multinacional de serveis) que gestiona diferents serveis en l'àmbit de l'atenció a les persones, entre ells al Maresme i Vallès Oriental. La meva funció era planificar els serveis en els domicilis i fer-ne un seguiment, realitzar la selecció de personal, i coordinar-me amb serveis socials municipals. En el dia a dia, m'apareixien moltes situacions que em portaven a reflexionar i a qüestionar el lloc de treball: el tipus d'incidències que es donaven, els límits professionals que es demanaven, el perfil femení de les treballadores, les demandes dels usuaris del servei, etc. Vaig anar coneixent el treball que feien les professionals (treballadores familiars) en els domicilis i com el vivien. Per una banda, les dificultats que tenien per seguir les normes laborals, la duresa de la feina i el poc suport que rebien per part de l'organització, les condicions laborals precàries, etc. aquests factors caracteritzaven un treball solitari. Per altra banda, allò que feien els agradava i mostraven satisfacció amb la seva tasca. Vaig anar observant que les treballadores familiars no tenien veu, que el seu treball estava invisibilitzat i que no tenien un reconeixement social laboral per la complexitat de l'activitat que realitzaven.

Al 2011 decideixo donar continuïtat a la meva formació en antropologia, abandonada durant uns anys. Realitzo el màster en Investigació Etnogràfica, Teoria Antropològica i Relacions Interculturals a la Universitat Autònoma de Barcelona, amb l'especialització "anàlisi etnogràfic per la intervenció social", ja que m'interessava la branca de l'antropologia aplicada, a fi d'orientar la intervenció social a partir la investigació etnogràfica. La inquietud en aprofundir sobre la realitat laboral en què estava immersa aleshores, em va portar a realitzar la tesina de fi de màster sobre la cura a les persones grans, titulada "*Els Serveis d'Atenció Domiciliaris. Un model de cura a la gent gran*". Aquesta recerca va ser un estudi de cas etnogràfic d'un SAD gestionat per l'empresa mercantil on aleshores treballava. Em va interessar sobretot analitzar les pràctiques i els discursos de les treballadores familiars i el funcionament del servei, per tal de copsar les desigualtats socials i de gènere que implicaven aquest model de cura, aportar noves perspectives al model actual d'atenció i donar aplicabilitat als resultats de la investigació per a contribuir a la millora de la intervenció social. Realitzo així una primera immersió en el camp d'estudi, una exploració bibliogràfica sobre la temàtica i unes primeres reflexions al voltant de la temàtica: constato aleshores que el treball familiar és una professió feminitzada, que es desenvolupa sota condicions de precarietat laboral.

Arrel del treball de camp realitzat, entro en contacte amb diferents organitzacions que gestionen altres SAD's, i em sorgeix la oportunitat de treballar també com a coordinadora tècnica d'un servei en una altre organització, aquesta vegada una entitat sense afany de lucre. M'interessa canviar d'organització i és així com, durant dos anys, continuo recollint dades de camp i em sorgeixen més interrogants al voltant del treball de cura remunerat i del model de polítiques socials. Aquesta nova experiència em permet també conèixer una altra forma organitzativa que gestiona el mateix tipus de servei. A finals de 2014 decideixo donar continuïtat a la recerca a través del programa de doctorat de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) per aprofundir en els primers resultats de la tesina, ampliar l'univers d'observació i la recollida de dades. La vinculació aleshores al Grup de recerca AFIN (UAB) m'obra la oportunitat de participar com a investigadora associada en el

projecte “*Homes cuidadors. Reptes i oportunitats per reduir les desigualtats de gènere i afrontar les noves necessitats de cura*”, finançat per la convocatòria d’ajuts a la recerca de *RecerCaixa* 2014, dirigit per la Dra. Dolors Comas d’Argemir (Universitat Rovira i Virgili) i per la Dra. Diana Marre (Universitat Autònoma de Barcelona). Aquesta recerca que aborda la implicació dels homes en els treballs de cura a adults (a càrrec de l’equip de la URV) i a infants (a càrrec de l’equip de la UAB), realitzats en l’esfera familiar i laboral. En el meu cas, d’acord amb la temàtica de la recerca ja iniciada, m’integro a l’equip d’investigació de la URV. Formar part d’aquest projecte m’aporta més elements d’anàlisi i de contrast de la cura en diversos serveis, major reflexivitat sobre la temàtica i m’obre un nou camp d’estudi vinculat a la meva recerca: els homes que cuiden. D’aquesta manera, amplio l’objecte d’estudi inicial del SAD a altres serveis incidint en la implicació dels homes en aquests treballs. Els resultats d’aquesta tesi deriven doncs de les dues confluències: de la pròpia pràctica professional en el SAD, que m’ha portat a aquesta tesi sobre el treball de cura en aquests serveis; i de la participació al projecte d’investigació sobre els homes cuidadors remunerats.

Per altra banda, la tesi es nodreix de la participació a diversos congressos internacionals, jornades i seminaris del grup d’investigació AFIN, on he pogut presentar resultats parcials de la investigació i nodrir-me d’altres investigacions relacionades amb la meva temàtica.

2. Introducció: La cura familiar i l'expansió del treball de cura remunerat

En les societats occidentals la reproducció social ha estat abordada principalment, tot i que no exclusivament, dins l'àmbit familiar com a activitat no remunerada, a càrrec de les dones i amb poc reconeixement social. Des de fa uns anys, diversos canvis socials, econòmics i demogràfics han desbordat la cura familiar i han suposat l'expansió de la cura com a sector ocupacional i la seva internacionalització, a través dels serveis de cura de llarga durada i del servei domèstic. Un sector ocupacional que s'ha anat configurant amb treballs precaris, feminitzats i pocs requeriments formatius. Aquests canvis socials, però, no han comportat la desaparició del protagonisme de la família com a prestadora de cura (Durán, 2014; Rogero i Ahmed, 2014).

Tenint en compte que el treball domèstic i de cura i que la divisió sexual del treball s'han organitzat de formes diverses al llarg de la història en funció de cada context socioeconòmic¹ (Carrasco et al., 2011), i que el treball domèstic remunerat també ha participat del treball reproductiu (Offenhenden 2017), el model d'organització social de la cura, basat en la cura no remunerada, la seva feminització i el poc valor social de les activitats reproductives, és producte d'un procés històric que comença amb la industrialització i la transició cap al capitalisme liberal. Va ser quan, amb la mercantilització dels processos productius fora de l'àmbit domèstic, el treball de cura es va situar en la domesticitat i la família, on les dones eren les encarregades de la reproducció social, mentre que els homes ho eren de la producció de béns en l'àmbit públic. Aquest model social, basat en la divisió sexual del treball, estableix que el treball reproductiu estigui subordinat al treball productiu, sense valor de mercat, i que quedi delegat a les dones, naturalitzant així les responsabilitats de la cura i construint noves identitats femenines associades basades en la construcció social de la desigualtat sexual (Benería, 1981; Izquierdo, 2004; Comas d'Argemir, 2015). Va ser un moment, doncs, en què es va plantejar la responsabilitat social del treball de reproducció i la definició de les relacions de gènere (Carrasco et al., 2011). Durant aquest període, malgrat el protagonisme del treball reproductiu no remunerat, aquest model social va conviure amb el treball de cura remunerat. Així, per exemple, el treball domèstic també es va estendre, va ser un treball protagonitzat per dones d'origen obrer i camperol que eren contractades com a empleades internes per les famílies burgeses (Wikander 2016), o bé dones que eren contractades per hores per les classes mitges (Comas d'Argemir, 2017). Per altra banda, l'Estat també va assumir part de la reproducció social a través de la *beneficència pública*, amb la creació d'institucions destinades sobretot als més pobres i malalts (Ausín, 2007; Aguilar, 2010).

Durant la segona meitat del segle XX, a causa de l'increment de persones amb malalties cròniques o amb discapacitats i de l'envelliment de la població (OCDE, 2013), de la diversitat en les estructures familiars i de l'entrada massiva de la dona al mercat de treball remunerat, s'han generat noves i creixents necessitats de cura que no poden ser ateses únicament des del marc familiar. És el què s'ha conegut com la *crisis de la cura* (Mandell, 2010; Hochschild, 2011) o *dèficit de la cura* (Pérez Orozco, 2006) i es produeix quan augmenta el nombre de persones que requereixen cura i, paral·lelament, disminueix la quantitat de persones, generalment dones, en condicions de brindar-la. Per afrontar el dèficit d'atenció social, els Estats, a través de les polítiques públiques, han anat assumint les tasques de reproducció social, i la cura s'ha incrementat també com un àmbit

¹ Per exemple, en les societats preindustrials alguns homes participaven de la reproducció social i algunes dones externalitzaven la criança a dides assalariades, o el treball domèstic i de cura a minyones domèstiques, sobretot en el cas de la burgesia i aristocràcia, tot i que no exclusivament (Carrasco et al., 2011).

ocupacional. Aquesta situació ha comportat un procés de reorganització de la forma de cobertura de les necessitats de la població, situant la cura en el centre del debat social i polític, esdevenint també un focus d'interès en les ciències socials. Aquest nou escenari, a la vegada, implica una reestructuració del conjunt del sistema socioeconòmic de les societats i noves representacions socials i culturals en l'organització social de la cura, ja que qüestiona el model familiar propi de la societat patriarcal, organitzada a través del treball productiu i reproductiu (Carrasco et al., 2011) i comporta nous debats entorn la organització social de la cura, en termes de responsabilitats i valor social, així com la contribució equitativa d'homes i dones al benestar social (Daly i Lewis, 2000).

Tenint en compte que l'organització social de la cura presenta diferents models socials en funció de cada país, amb el creixement de les polítiques de benestar, els Estats han estat un dels principals contribuents a l'augment de la igualtat de gènere, ja que les seves polítiques han permès que el model masculí o femení es vegi erosionat traslladant algunes contribucions familiars a la reproducció social a altres sectors i alleujant així a les dones d'algunes de les tasques domèstiques i de cura i, a la vegada, incrementant la ocupació femenina en el sector públic de cura (Himmelweit, 2017). Per altra banda, però, han resultat ser treballs feminitzats i la provisió pública ha comptat amb el mercat privat pel seu desplegament, afavorint així al benefici econòmic enfront la satisfacció de necessitats, la qual cosa ha repercutit a la qualitat del treball i a les condicions laborals de les persones ocupades (les dones) (Razavi, 2007; Himmelweit, 2008). Aquest model s'ha incrementat amb les normes d'austeritat que els Estats han aplicat per afrontar la crisi financera, situant a les dones en desavantatge beneficiant als mercats (Himmelweit, 2017). A la vegada, la cobertura pública ha estat insuficient i bona part de la prestació de cura s'ha internacionalitzat a través de les anomenades *cadena mundial d'afecte i d'assistència* (Hochschild, 2011), conformant un nou ordre domèstic mundial. Els resultats d'aquest procés han estat que les polítiques públiques i les representacions socials han reforçat la divisió sexual d'aquests treballs i han beneficiat al mercat privat. D'aquesta forma, la mercantilització de la cura no ha comportat una igualtat social i de gènere, delegant bona part la cura a les dones, tant en l'àmbit domèstic com públic, afavorint també el mercat en el sector privat.

En el cas espanyol, la regulació política de la cura ha tingut lloc sobretot a través de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en situació de Dependència² -LAPAD- al 2006. Aquesta legislació va suposar la regulació de la cura de llarga durada en forma de serveis i prestacions econòmiques i posteriorment Catalunya, a través de la llei catalana de serveis socials³ al 2007, n'ha assumit també de la seva aplicació. Aquest fet va significar la voluntat política de reconèixer la cura com un dret subjectiu i la responsabilitat política en integrar-lo en el sistema de benestar, d'acord amb el nou model de protecció social europeu de la *cura de llarga durada* (CLD o *long-term care*). Tot i així, des de la seva aprovació hi ha tingut dificultats en el seu desplegament, per les característiques d'un sistema de provisió social tradicionalment familista i assistencial i pels insuficients recursos destinats, han posat en qüestió aquest nou dret social (Rodríguez Cabrero, 2011). A més, la crisi econòmica de 2008 i les polítiques d'austeritat dels governs conservadors a partir des de 2010, han contribuït a retallar la despesa pública, fet que ha repercutit en la cobertura de les necessitats, augmentant de les desigualtats socials i refamiliaritzant l'atenció, a càrrec de les dones (Peterson, 2015; Comas d'Argemir, 2015). Per altra banda, es van

² Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicada al BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

³ Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. Publicada al DOGC núm. 4990, de 18 d'octubre de 2007.

establir criteris formals orientats a la professionalització dels serveis d'atenció social, que han suposat una major regulació del treball de cura, esdevenint també la oportunitat de replantejar el gènere associat a l'activitat. Els resultats, però, han estat la configuració d'un sector laboral protagonitzat per dones, caracteritzat per la precarietat laboral i els pocs requeriments formatius per accedir-hi (Vega, 2009; Recio et al., 2015). Per altra banda, s'ha donat una creixent subcontractació dels serveis públics, fet que ha afavorit al mercat privat en detriment de la satisfacció de necessitats (Pérez Orozco, 2006) i de la qualitat del treball (Recio, 2010).

Tal i com s'ha argumentat, el treball de cura remunerat i no remunerat han conviscut al llarg de la història. Per tant, la mercantilització de la cura no és una novetat, però sí que ho és la forma com s'ha anat configurant en els últims anys. L'estructura del mercat laboral de cada país influeix en la configuració del treball de cura remunerat i en l'estatus de treballadors/es i cuidadors/es però també la regulació pública condiona aquest treball (Razavi i Staab, 2010; Recio, 2010; Esquivel, 2010). D'aquesta forma, les polítiques públiques tenen un paper fonamental en la construcció d'un sistema de serveis basat en una atenció de qualitat que s'allunyi de la domesticitat i de la feminitat, ja que si bé aquestes polítiques tendeixen a reflectir les normes i pràctiques socials d'una societat, també poden tenir un paper actiu en afavorir la seva transformació (Himmelweit, 2008; Marbán, 2011; Serrano et al., 2013; Aguirre i Ferrari, 2014; Peterson, 2015; Himmelweit, 2017).

Aquesta investigació pretén aportar dades etnogràfiques entorn el treball de cura remunerat en els serveis públics d'atenció a la dependència a Catalunya. La finalitat de la recerca és aportar elements d'anàlisi per a contribuir en el coneixement d'aquest àmbit ocupacional, i que poden ser d'utilitat pel disseny de polítiques públiques que afavoreixin la igualtat social i de gènere.

3. Objectius i preguntes d'investigació

L'objectiu principal d'aquesta investigació és l'anàlisi dels treballs de cura remunerats a persones en situació de dependència a Catalunya. Són activitats feminitzades i caracteritzades per la precarietat laboral, que es realitzen en serveis d'atenció a la dependència que formen part del sistema públic de serveis socials, prestats majoritàriament per entitats privades. Un dels objectius de l'estudi ha estat analitzar les representacions socials i de gènere presents en aquests treballs que donen continuïtat a la feminització del sector i al poc reconeixement social de l'activitat.

En el cas dels serveis de cura es fa una clara distinció entre la neteja (cura indirecte) i l'atenció (cura directe), dues dimensions de cura prestades per diferents perfils de treballadors/es. Aquesta investigació es centra en l'atenció de cura directe portada a terme principalment per treballadors/es familiars, auxiliars de gerontologia i auxiliars d'infermeria. Són treballadors/es contractats/des en els serveis de cura (domiciliaris o institucionals), excloent, per tant, les persones contractades directament en les llars com a empleades domèstiques.

La recerca s'ha realitzat a partir de l'anàlisi dels discursos i de les pràctiques dels treballadors i treballadores d'atenció directa i dels/les gestors/es que intervenen en la prestació dels serveis, tenint en compte, també, el context socioeconòmic, i les polítiques socials, formatives i laborals que regulen aquest sector ocupacional. Per una banda, l'estudi s'ha focalitzat en el Servei d'Ajuda a Domicili com a casos d'estudi prestats per diferents entitats privades (socials i mercantils). Per altra banda, l'interès també ha estat incidir en la implicació dels homes en aquests treballs, no només en el SAD sinó en diversos serveis.

A continuació es plantegen les preguntes d'investigació que s'han anat construint al llarg de la recerca, a partir de les quals es desglossen els objectius específics formulats.

- Quina incidència tenen les polítiques públiques en l'organització i desenvolupament dels serveis d'ajuda a domicili i de les ocupacions de cura en aquest sector laboral?

A fi de contextualitzar la recerca, l'interès ha estat conèixer el model de política social que ha donat lloc a la cura com a sector ocupacional i com activitat professional, concretament en el SAD i el Treball Familiar. L'objectiu ha estat veure de quina forma aquest model polític i formatiu dóna continuïtat a la feminització del sector i a la precarietat laboral, tenint en compte el context social des de la creació de la LAPAD fins l'actualitat.

- Com incideixen les representacions socials i de gènere en l'organització i les característiques de la cura com a sector ocupacional?

A fi d'aprofundir en el treball de cura remunerat l'interès ha estat conèixer les característiques d'aquest treball en el SAD i les dimensions que implica. Per una banda, s'han analitzat les representacions socials entorn el treball de cura amb l'objectiu de conèixer quins són els factors que suposen una continuïtat de la feminització del sector i quins afavoreixen o dificulten la pràctica professional. S'han tingut en compte les condicions socioeconòmiques sota les quals es desenvolupa el treball i l'organització del servei públic externalitzat. Per altra banda, la incorporació de la perspectiva dels homes cuidadors remunerats en la recerca ha obert nous interrogants en relació a les relacions de gènere que es donen en aquests treballs. Un altre objectiu

ha estat conèixer si l'entrada de l'home ha suposat transformacions en aquestes relacions, afavorint així la professionalització del sector, o bé si es mantenen els estereotips associats a aquesta activitat. Al mateix temps, s'ha analitzat si existeixen estratègies per part dels gestors/es dels serveis a fi d'identificar els factors donen continuïtat a la segregació sexual o si existeixen mesures per afavorir igualtat de gènere en les organitzacions que gestionen aquests serveis.

- Com es configura la intersecció de gènere, classe i ètnia en els treballs de cura?

Tenint en compte que el sector de la cura remunerada està protagonitzat per dones, de classe baixa i amb poca formació, moltes d'elles procedents de la immigració estrangera (sobretot en els serveis domèstics), l'interès ha estat analitzar com es configuren les desigualtats en base al gènere, l'ètnia i la classe social en aquests treballs. Per una banda, conèixer quin és el perfil de les diferents persones implicades en aquests treballs (treballadors/es i gestors/es) i de quina forma es construeixen les desigualtats en cada categoria laboral en el SAD. Per altra banda, conèixer com es configuren les desigualtats en aquest sector ocupacional en relació al sector del treball domèstic i de cura remunerada.

- En quines circumstàncies els homes accedeixen en els treballs de cura i com experimenten la participació en aquest sector ocupacional?

D'acord amb l'interès d'aprofundir en la implicació dels homes en els treballs de cura remunerat, no només en el SAD, sinó en diversos serveis de cura, s'han analitzat les barreres culturals i d'oportunitat que limiten o afavoreixen als homes en accedir i mantenir-se en aquests treballs. Es pretén conèixer quines són les seves trajectòries laborals, com experimenten la seva participació en aquest àmbit feminitzat i veure si es beneficien de la seva condició minoritària i de quina forma. Per altra banda, identificar les estratègies de contractació per part dels gestors i fins a quin punt responen tàctica de les polítiques socials per a alterar, o no, l'estructura de gènere present en aquest tipus d'activitats.

Un altra objectiu d'aquesta investigació ha estat aportar dades empíriques entorn a l'àmbit ocupacional de la cura a fi de contribuir a la seva visibilització, a la reflexió i a l'aplicabilitat dels resultats. En aquest sentit, conèixer aquest sector ocupacional i les representacions socials i culturals del treball de cura remunerat, pot aportar elements per a la transformació social i afavorir l'equitat social i de gènere i la professionalització del sector, entesa com a dignificació del treball. Per una banda, conèixer les característiques del serveis d'ajuda a domicili, en què consisteix el treball de cura i les dinàmiques relacionals que implica i les condicions laborals, pot afavorir a la organització del servei i del treball i a la pràctica professional. Per altra banda, conèixer les barreres culturals i d'oportunitat dels homes a accedir en aquests treballs pot ajudar a afavorir la implicació i fins i tot reforçar el prestigi d'aquestes ocupacions (Comas d'Argemir, 2016). D'aquesta forma, la recerca etnogràfica permet profunditzar en l'estudi de les relacions i representacions socials en un context cultural per incidir en la orientació de la intervenció social i en la delimitació de marcs de transformació social (San Román, 2006). Així doncs, es pretén aportar algunes recomanacions pel desenvolupament de polítiques que afavoreixin el reconeixement i redistribució d'aquests treballs.

4. Marc teòric: La cura com a àmbit d'ocupació

4.1. Els treballs remunerats de cura i la seva institucionalització

Definim el treball de cura remunerat com les activitats d'atenció (físiques i emocionals) a les persones en situació de dependència que es realitzen mitjançant una relació laboral i un salari. Aquest treball es pot portar a terme en diferents serveis en l'àmbit de l'atenció a la dependència (domiciliaris o institucionals), anomenats també serveis de cura de llarga durada, que poden ser públics o privats; o bé a través del servei domèstic. En el cas que ens ocupa, són treballs prestats a través de diversos serveis que formen part del sistema públic de serveis socials, que integra els serveis d'atenció a la dependència regulats també per la llei de dependència espanyola. Aquests serveis poden ser de gestió directa o externalitzada a través d'entitats privades d'iniciativa social o mercantil. La cura en aquest context esdevé doncs una activitat mercantilitzada i regulada per unes polítiques públiques.

Les aproximacions teòriques de l'*economia de la cura* contempen el treball domèstic i de cura no remunerat i el que es realitza també en l'economia remunerada com a ocupació laboral. Emfasitzen la relació entre la cura d'infants i persones grans brindada en l'esfera domèstica i les característiques i disponibilitat de serveis tant públics com privats (Himmelweit, 2007; Razavi, 2007; Folbre, 2011). Assenyalen que, més enllà de si es remunera o no, la cura implica una relació personal entre qui la brinda i qui la rep (Razavi i Staab, 2010; Esquivel, 2010; Batthyány et al., 2014). Aquesta aproximació supera les aportacions feministes iniciades als anys 70 que es van centrar en veure com donar un valor econòmic i social d'aquestes activitats. Aleshores, amb l'interès d'equipar-les a la categoria "treball" (conceptualitzat d'acord amb el concepte del treball productiu), es va establir la distinció entre el treball remunerat i no remunerat, on el no remunerat (el treball reproductiu o treball domèstic) inclouïa totes aquelles activitats que es podien separar de la persona, ja que el que contaven eren els resultats més que la implicació de la persona en el procés. Van ser intents de parlar del treball de cura, però implicava que les relacions personals no es podien donar en les relacions de mercat, ja que no adoptaven la forma de treball/consum. Amb l'interès aleshores de donar un valor econòmic a l'activitat es va perdre la capacitat de donar valor als aspectes personals i relacionals de bona part de l'activitat domèstica, ja que es posava en qüestió la validesa de la categoria "treball" alhora d'estendre-la també a les activitats no remunerades basades en la relació personal, resultant ser un concepte de treball inoperatiu i fragmentari (Himmelweit, 2011). D'aquesta forma el *treball de cura* es conceptualitza de forma més específica que el treball reproductiu, posant l'èmfasi en el procés de treball més que en el lloc de producció (llars/mercat)" (Folbre, 2011). Es supera així la distinció entre treball "remunerat" i "no remunerat" i s'amplien les activitats (relacionals), que inicialment amb el concepte de *treball domèstic* o de *reproducció social* no es contemplaven, invisibilitzant les activitats menys físiques (Himmelweit, 2011). Així, amb la valorització del treball en l'esfera professional i domèstica, el concepte de treball s'ha expandit en diversos àmbits i ha incorporat els aspectes emocionals (Waerness, 1987; Himmelweit, 2000; Drotbohm i Alber, 2015).

Des d'aquest marc conceptual, seguint Himmelweit (2008), la cura té unes característiques específiques que la distingeixen d'altres activitats econòmiques. El primer aspecte és que la cura requereix presència, ja que implica el desenvolupament d'una relació, no la producció d'un

producte que pugui ser separable de la persona que el lliura. Això implica que la productivitat no pot augmentar sense afectar a la seva qualitat i a la desigual distribució de responsabilitats i recursos. Un segon aspecte és que la necessitat d'atenció i la capacitat d'oferir-la no estan distribuïdes equitativament, sent les dones les principals proveïdores en l'àmbit no remunerat. Un tercer fa referència a les normes socials i personals en la percepció de les necessitats d'atenció, en la forma en què la cura ha de ser proveïda i per qui. Caldria doncs començar a reconèixer que les activitats de cura contribueixen al benestar de la societat i que no poden ser consumibles pel mercat (en massa). D'aquesta forma, un sistema de cura sustentable estaria basat en la revalorització de la cura, reconeixent la interdependència del treball remunerat i del no remunerat (garantint la participació tant en el mercat laboral com en la resta de les activitats de cura) i millorant les condicions laborals en el cas dels treballs remunerats (Himmelweit, 2008; Himmelweit i Land, 2011). Aquestes aproximacions, doncs, contribueixen a situar la cura com a problema públic, a treure'l del terreny privat i desnaturalitzar-lo en la seva vinculació a les dones. Es tracta d'analitzar l'impacte de les polítiques en la provisió de béns no remunerats i en la generació d'ocupació garantint les condicions de vida de la població, convertint el treball de cura en responsabilitat social i una tasca no feminitzada (Lewis, 2011).

Tot i així, si bé l'aproximació inscrita en l'*economia de la cura* permet l'anàlisi del treball de cura i el paper de les polítiques públiques, resulta ser una conceptualització encara fragmentaria per l'anàlisi del treball de cura inscrit en unes relacions mercantils. Al conceptualitzar el treball de cura com a camp específic d'anàlisi dels treballs més relacionals d'atenció a persones dependents, es corre el risc d'invisibilitzar el treball domèstic (feminitzat), entès com les activitats més instrumentals (la cura indirecte), tot i ser un requisit perquè el cura directe pugui prestar-se (Razavi, 2007; Esquivel, 2011). Així, per exemple, England, Budig i Folbre (2002, cit. a Razavi i Staab, 2010) defineixen el treball de cura remunerat com un servei de contacte personal que millora les capacitats humanes de qui el rep. Razavi (2007) indica que aquesta aproximació exclou altres tipus de treball reproductiu, com la cuina o la neteja, que no comporten una relació directa entre qui les realitza i qui les rep, invisibilitzant les vides laborals d'aquestes ocupacions amb el conseqüent biaix classista i racial (Razavi, 2007). Esquivel (2010), per altra banda, parteix també d'aquesta conceptualització per analitzar, tant les ocupacions de cura, com el servei domèstic. Per fer-ho, indica que el contingut del treball domèstic es defineix d'una forma ampla, podent o no incloure les activitats de "contacte personal", i que, per tant, el servei domèstic no es pot excloure de l'anàlisi de les ocupacions de cura.

Tenint en compte que la cura mercantilitzada s'inscriu en unes relacions socials i de mercat modelades pels significats culturals que articulen intimitat i relacions econòmiques (Constable, 2009), les aproximacions que contempen les relacions d'afecte i intimitat que poden donar-se en el treball remunerat permeten valorar i integrar els seus aspectes emocionals i econòmics (Hochschild, 2011; Molinier, 2008; Paperman, 2013). Així, per exemple, la *teoria de les vides connectades* de Zelizer (2009) considera que intimitat i economia estan interrelacionades perquè, d'una banda, els escenaris íntims impliquen una intensa producció, distribució i transferència de béns i, d'una altra, s'utilitzen les activitats econòmiques per crear, sustentar i renegociar llaços d'intimitat amb altres persones (Zelizer, 2009). Aquest enfocament és contrari a la *teoria dels mons hostils* (Hirschman, 1977, cit. a Zelizer, 2009) i a la idea de les *esferes separades* (Tilly, 1984, cit. a Zelizer, 2009), que fixen límits morals als àmbits de negocis i intimitat i postulen que els sentiments generen ineficiència a l'esfera econòmica, mentre que la racionalitat en l'esfera afectiva

destrueix la solidaritat. En una línia similar, Wareness (1987) introdueix el concepte *racionalitat de la cura*, en el qual les emocions són importants però també ho són les regles i procediments, ja que són fonamentals per al benestar de les persones. Aquest plantejament qüestiona la dualitat construïda entre racionalitat i emoció, postula donar més importància als sabers femenins i planteja que el sistema de cura que transforma els "serveis" en "cura i preocupació", en el sentit de valorar les habilitats que han desenvolupat les dones en aquests treballs i que s'ometen quan són treballs remunerats, la qual cosa dificulta la pràctica professional i la valoració social de les activitats. Aquesta qüestió ha estat abordada des d'aproximacions feministes, amb el reclam de donar valor a l'especificitat de d'aquest treball, basat en unes competències personals difícilment valorades pel mercat i ajustables als canons productivistes (Borderías, 2011). És el que Torns (2007) apunta que caldria ajustar la capacitació tècnica (i formació) en el "saber estar" i "saber dir", més que en el "saber fer" i reconèixer, per tant, les tasques que han estat invisibilitzades, tot i que bàsiques pel funcionament social. Precisament, el fet que la cura traspassi dicotomies clàssiques d'organització social planteja nous reptes a les nocions basades en oposicions binàries sobre les que la crítica feminista s'havia construït - públic/privat/ remunerat/no remunerat- (Himmelweit, 2000; Pérez Orozco, 2006; Carrasco, 2009; Cerri i Almilló, 2012; Drotbohm i Alber, 2015; Esteban, 2017).

4.2. El "social care" i els agents de cura

L'organització social de la cura és la forma com es distribueixen les responsabilitats de cura entre els diferents agents (la família, el mercat, l'estat i la comunitat) en cada societat. La combinació entre ells donarà lloc a diversos models socials de cobertura de les necessitats i es determinarà el grau d'equitat social i de gènere en funció del nivell de cobertura pública.

Malgrat que a Espanya s'ha promogut la provisió de la cura a través dels serveis públics, el model a tot l'Estat Espanyol es caracteritza pel protagonisme de la família com a agent de provisió assistencial, on les dones (principalment les parelles, les filles o les joves) són les principals proveïdores de l'atenció (Durán 2014; Rogero i Ahmed, 2014). Aquest pes de la família en la provisió de cura no prové sols de tradicions culturals, sinó de la insuficiència de serveis públics per cobrir les necessitats. L'expansió de les prestacions econòmiques en detriment dels serveis també han contribuït a que les famílies assumeixin les responsabilitats de cura i a l'increment dels serveis privats mercantils.

Per l'anàlisi de la cura en aquest context, l'aproximació teòrica del *social care* (Daly i Lewis, 2000) resulta adequada ja que la situa en la intersecció de diferents agents: el mercat, la família, l'estat i el sector del voluntariat. Aquesta aproximació inclou les activitats i les relacions per la satisfacció de les necessitats físiques i emocionals de les persones adultes dependents i dels infants, tenint en compte els marcs normatius, econòmics i socials on es desenvolupa l'activitat, més enllà de la família i la domesticitat. La cura se situa en la intersecció d'allò públic i privat, remunerat i no remunerat; inclou els diversos components de l'activitat; i s'estén als diversos agents de provisió assistencial. El propòsit d'aquesta aproximació és l'articulació de tres dimensions: treball (sigui o no remunerat), responsabilitats, obligacions i costos econòmics i emocionals associats. Es consideren així les condicions sota les quals es realitza la cura i el paper de l'Estat a l'hora de delimitar fronteres remunerades i no remunerades; els marcs normatius que assignen obligacions i responsabilitats; els costos econòmics i emocionals que comporta el treball de cura; i com es

distribueixen entre els diversos agents. Des d'aquest marc conceptual es té en compte la cura com a problema públic i el paper de les polítiques en l'estructuració del treball i les desigualtats socials, la relació entre provisió de serveis públics de cura i l'equitat de gènere, a fi d'aconseguir el reconeixement de l'activitat. Per tant, la cura no s'acota només a una dimensió relacional i afectiva com s'havia conceptualitzat en els anys 80, que intentava revitalitzar els vincles familiars i la responsabilitat entre parents, sobretot de la dona com a procuradora d'assistència (Letablier, 2007). S'aconsegueix ara un concepte polisèmic aplicable a tots els agents de provisió social i que pot ser analitzada com un continu que inclou dimensions materials, emocionals, afectives, socials i ètiques difícilment separables. Per tant, contempla també el treball de cura prestat en el marc dels serveis públics o mercantils.

Les formes de provisió social i els models socials que les polítiques promouen determinen les representacions socials sobre les responsabilitats de cura a les persones grans i a la infància, el anomenat també com a *caring cultures* (Letablier, 2007). Per tant, l'actuació política i les pràctiques quotidianes dibuixaran el repartiment de responsabilitats i la contribució de les dones al benestar social (Saraceno, 2005; Aguirre i Ferrari, 2014). Això s'ha representat a través del *diamant del benestar* (Evers, Pilj i Ungerson 1994, citats a Aguirre 2005), o *diamant de la cura*, Razavi (2007), on es mostra de forma gràfica com es reparteix la cura de la infància i de les persones grans considerades dependents entre els quatre agents socials (família, mercat, estat i comunitat), i uns agents "híbrids" que serien els amics, veïns, serveis públics a través d'empreses privades o organitzacions no governamentals. El grau en què participa cada agent donarà com a resultat models de benestar més o menys familistes, i amb més o menys equitat de gènere. A la vegada, el repartiment de les responsabilitats entre aquest agents també pot comportar altres desigualtats socials, com l'ètnia o la classe, ja que si els serveis públics són insuficients per cobrir les necessitats de cura augmenta la distància entre aquells que podran comprar serveis al mercat i aquells que no poden.

Tots aquests plantejaments permeten copsar la cura des de diferents àmbits i treure-la del seu espai tradicional, el domèstic i femení per excel·lència, donant lloc a possibles transformacions en les modalitats de la cura (Del Valle, 2004). També contempen les expectatives sobre qui ha de cuidar i com ho ha de fer, tenint en compte els drets de les persones implicades a fi d'afavorir el reconeixement i la redistribució de l'activitat (Williams, 2010; Batthyány et al., 2014). Tot i així, si bé l'aproximació del *social care* acota el treball de cura a les persones adultes dependents de la mateixa forma que ho fa la regulació pública a Espanya a través de la llei de dependència, i per tant, inclou als "dependents" que no inclou la conceptualització del treball domèstic, a la vegada exclou als "no dependents", i per tant, omet el treball que realitzen les dones a la resta de persones "autònomes" (Esquivel, 2011). D'aquesta forma, si bé és una aproximació que reformula els drets i deures de la ciutadania i planteja com respondre col·lectivament al benestar social des de l'equitat social, continua invisibilitzant bona part de la cura a les persones que és assumida per les dones.

4.3. La dependència com a concepte polític

La regulació política de la cura es basa en el concepte de dependència construït a partir de la idea d'autonomia, com a condició de dignificació i legitimació pública, que obvia la naturalesa vulnerable que caracteritza a les persones (Pérez Orozco, 2006; Carrasco, 2009, 2010).

Fineman (2000) qüestiona el concepte d'autonomia en un context liberal, a partir de la idea que tots els éssers humans som vulnerables. El concepte d'autonomia, que té l'origen en la construcció de les societats liberals amb la separació dels espais públics i privats, es basa en l'individualisme i la pretensió de l'autonomia personal com a bé valorat a l'espai públic. Però si entenem que la vulnerabilitat forma part de l'experiència humana, la dependència inclou dues dimensions inseparables: és intrínsecament universal i inevitable, i per tant, és incompatible amb el mite de la independència individual. Segons Fraser i Gordon (1997) la norma d'autonomia és una construcció social que es fonamenta en el no reconeixement de les relacions múltiples que implica la dependència de tots els individus. L'oposició entre independència i dependència està associada, per tant, a tot un seguit d'oposicions que es troben al centre de l'univers cultural de les societats modernes (entre masculí i femení, públic i privat, treball assalariat i treball no remunerat, individu i comunitat, economia i família). La dependència en aquest context és redefinida i associada a les relacions de subordinació d'ordre econòmic, i estableix una diferència entre formes de dependència considerades naturals i altres formes que seran devaluades i estigmatitzades. Així, la independència o autonomia és percebuda com una condició necessària dels individus, en base a l'accés a un salari suficient, i exclou als que no l'assoleixen i són derivats a l'esfera de la dependència o l'àmbit privat a tots aquells que no s'hi adapten (les dones, els nens, els discapacitats, persones grans, etc.).

Sota aquest discurs, el llenguatge de servei a les persones dependents evoca una concepció dualista, oposada a l'autonomia, aplicable a certs col·lectius, que permet la il·lusió d'independència i a la vegada opaca la dimensió social i política de les necessitats de cura, no només dels "dependents" sinó de totes les persones (Tronto, 2005). Així, per exemple, la reducció del concepte a un grup concret de població ha permès la justificació de la cura familiar a la resta de dependents, com un tema que, per la seva tradició, es realitza de forma natural en l'esfera privada, en mans de les dones (Izquierdo, 2004; Carrasco, 2009). Des d'aquesta perspectiva, a més, es contribueix a l'estigmatització de les persones pel fet de ser beneficiàries de la cura en forma de serveis i subsidis, i per tant, de cost públic (Sarasa, 2009; Carrasco, 2009; Federici, 2015).

Aquests aspectes queden il·lustrats en la formulació de la llei de dependència a Espanya, en què la cura esdevé un dret social, però les persones beneficiàries dels serveis i prestacions són les persones que presenten dificultats derivades de la seva situació de manca d'*autonomia*⁴ o *dependència*⁵, que per motius d'edat o salut tenen dificultats per realitzar les *activitats de la vida diària*. Aquesta és una política d'atenció orientada a un col·lectiu concret, sobretot les persones grans, i a fomentar la seva *autonomia personal*. Tenint en compte que la idea de fomentar l'autonomia està relacionada amb l'exercici del dret a decidir per qui i com voler ser cuidat, aspecte que pot ser favorable a fi de respectar les preferències dels receptors de cura, també pot ser desfavorable si no es garanteixen els drets dels cuidadors/es, i les condicions laborals quan la cura és remunerada (Williams, 2010; Batthyány et al., 2014). Per altra banda, a través d'aquesta llei es

⁴ "Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria" (LAPAD)

⁵ "Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal" (art.2.2 LAPAD)

promou també la *permanència en el propi entorn* al màxim temps possible. La dependència en aquest context adquireix significat en l'espai de la privacitat i intimitat i s'orienta cap a una representació individualitzadora de les responsabilitats de cura enlloc d'entendre-la com a responsabilitat social (Rodríguez Cabrero, 2011; Serrano, et.al., 2013). A més, converteixen a la persona dependent en client amb llibertat d'elecció sobre els serveis disponibles (Rodríguez Cabrero, 2011). És així com la idea de cura i dependència apareixen interrelacionades, i les persones dependents, o amb falta d'autonomia, seran aquelles que socialment se'ls ha assignat rebre cura com, per extensió, les persones responsables de proveir-la de forma natural (les dones dins la família). Fer visibles les diferents dimensions de la dependència i, per tant, de la cura permet replantejar l'organització social de la cura.

Fineman (2010), d'acord amb Fraser i Gordon (1997), planteja que per superar la dicotomia dependència/independència, cal entendre que la dependència és universal, que les persones són interdependents, i, per tant, la responsabilitat entorn ella no és individual, sinó social i política. Un plantejament que posa en qüestió la idea d'autonomia individual, que no reconeix la universalitat de la vulnerabilitat i que, per tant, exclou a les dones (cuidadores) i les necessitats universals en diferents moments del cicle vital. Aquesta idea d'interdependència va molt associada a la idea de que la cura és una necessitat universal per la reproducció social, en què tots som dependents en algun moment de la vida (Carrasco, 2009, 2010). Una perspectiva que posa èmfasi en la necessitat de conceptualitzar la dependència, i per tant la cura, com a universal i inevitable. La dependència universal, doncs, facilita reconèixer la necessitat social de realitzar les activitats per fer front a les diferents dependències humanes i a la vegada situa a totes les persones com a dependents en algun moment de la vida i, per tant, supera la desfragmentació i desigualtat en el procés de la cura, evita estigmatitzar a les persones dependents i visibilitzar a les dones cuidadores en l'àmbit familiar. Aquesta aproximació permet considerar la cura com a responsabilitat social i no una necessitat individual i avançar cap a una organització social en base a la igualtat de gènere. El repte que es planteja aleshores és com treure de l'àmbit privat la negociació de les condicions de vida i considerar la dimensió i responsabilitat política del procés.

4.4. Els treballs de cura: intersecció de gènere, ètnia i classe

Els treballs de cura requereixen unes qualitats basades en els aspectes emocionals que es vinculen a la feminitat i la domesticitat. Els requeriments formatius per accedir a les ocupacions de cura són menors i es basen en unes competències personals poc valorades pel mercat, que es reflecteix en la precarietat laboral del sector. D'aquesta forma, les dones són les principals ocupades en el sector i el gènere continua sent una dimensió present en aquests treballs.

El gènere és una construcció cultural de la diferència sexual, que defineix pràctiques i representacions entre homes i dones, en funció de cada context cultural (Ortner, 1979). És una dimensió que estableix les prescripcions relatives a allò que és propi de cada sexe, establint també processos de diferenciació i relacions de dominació i subordinació. Segons Scott (1996) el gènere, representat de forma binària, comprèn diferents elements interrelacionats: els símbols culturals (que evoquen múltiples representacions); els conceptes normatius (que manifesten les interpretacions dels significats dels símbols a partir de les categories d'home i dona, masculí i

femení), que s'expressen en doctrines religioses, educatives, científiques, legals i polítiques; i les identitats subjectives.

La vinculació de la dona i la cura està íntimament relacionada amb el contingut de les activitats i amb la construcció de les identitats de gènere a partir de la divisió sexual del treball (Comas d'Argemir, 1995). En relació a la funció social de les dones en la reproducció social, se'ls ha atribuït unes capacitats i habilitats per la cura, que tenen continuïtat en els treballs de cura remunerats. Aquesta naturalització fa que no es qüestionin les relacions de gènere associades a l'activitat i dificulta entendre que és producte d'una atribució social (Comas d'Argemir, 2015). D'aquesta forma, d'acord amb les representacions socials i normatives basades en models culturals tradicionals, influeixen a les persones que s'orienten cap al treball de cura i a les expectatives de les persones que necessiten ser cuidades, d'acord també amb el tipus de polítiques públiques que es promouen (Letablier, 2007; Batthyány et al., 2014; Recio et al., 2015). Així es continua pensant en les dones, en la família i en l'espai privat com a espai idoni per la cura, per la seva vinculació a la privacitat i als afectes, en contraposició a les institucions, que es vinculen a un imaginari més distant (Del Valle, 2004).

Per altra banda, el gènere és una forma de relacions significants de poder, que també estableix processos de dominació i subordinació entre homes i dones (Scott, 1996). Les dones i les seves pràctiques (de cura) han estat subordinades al model hegemònic masculí i a l'esfera productiva, esdevenint la cura una activitat desvaloritzada. Així doncs, el gènere esdevé una dimensió de la desigualtat social, on la subordinació de la dona és conseqüència de les relacions que organitzen i produeixen el gènere basat en la dicotomia sexual home/dona (Ortner, 1979; Rubin, 1990 [1975]). D'aquesta forma, les dicotomies (biològiques) legitimen un ordre sociopolític desigual, donant continuïtat a les desigualtats de gènere (Stolcke, 2003).

West i Zimmerman (1987), indiquen que són les pràctiques que modelen i defineixen el gènere. A través del *doing gender*, posen èmfasi en les interaccions socials, no només per entendre les identitats diferenciades entre homes i dones, sinó també com a través de les pràctiques socials es construeix el gènere i, per tant també es pot transformar, eliminant així les desigualtats. Des d'aquesta aproximació performativa, s'analitza la construcció de les diferències entre homes i dones, intentant allunyar-se del determinisme d'altres anàlisis més estructurals, on es presenta als individus com a simples reproductors d'unes diferències predeterminades, sense cap marge d'acció individual. Posteriorment, Deutsch (2007), a través del *undoing gender*, indica que per assolir la fita de West i Zimmerman cal anar més enllà de documentar la persistència de la desigualtat i copsar aquelles interaccions socials que suposin una transgressió del gènere. A partir d'aquest plantejament, caldria fixar-se en les interaccions socials que es converteixen en "menys gènere" (no només una manera diferent de fer gènere), en les condicions en què el gènere és irrellevant en les interaccions socials, si totes les interaccions reforcen la desigualtat i la forma en què els nivells estructurals (institucionals) i d'interacció poden contribuir al canvi. Butler (1990), que dóna menys importància a la diferència sexual binària i busca trencar amb el concepte de gènere binari (masculí/femení) amb l'interès també d'incorporar altres manifestacions de gènere (lesbianes, bisexuals, homosexuals). D'aquesta forma denuncia la falsa naturalitat del gènere i el binarisme sexual que impera en l'estructura hegemònica de la heterosexualitat i fa una crítica a la normativitat del gènere. Butler indica que la diferència de gènere és una construcció cultural creada relacionalment, que no és resultat casual del sexe, fet que permet dissociar completament

sexe/gènere. No es tracta aleshores de transcendir el gènere, sinó de multiplicar-lo, més enllà del model hegemònic.

Des d'aquests plantejaments, les identitats són constantment construïdes, negociades i reconstruïdes en la interacció social. Així quan ens referim a la feminitat o a la masculinitat, estem nomenant configuracions de pràctiques de gènere. Hi haurà doncs situacions en què homes i dones desenvolupen comportaments d'acord amb les normes o bé les resistències que manifesten davant d'allò que s'espera d'ells, així com les transgressions al model femení/masculí, donant lloc a la creació de models nous en les relacions de gènere (Del Valle, 2002).

D'aquesta forma, malgrat que la cura és una activitat feminitzada, també hi ha homes que cuiden i que desafien el model de gènere normatiu basat en la divisió sexual del treball. Connell (1997) introdueix el concepte de masculinitat abordat des d'un enfocament relacional i per tant, associat a contradiccions internes i a ruptures històriques. La masculinitat sorgeix en un sistema de relacions de gènere, on els homes (com les dones) es posicionen. En aquest sentit la masculinitat existeix només en contrast amb la feminitat. Introdueix així el concepte de *masculinitat hegemònica*, que posteriorment reformula (Connell i Messerschmidt 2005), que fa referència a la configuració de les pràctiques de gènere d'acord amb la legitimitat del patriarcat que assegura la posició dominant dels homes i la subordinació de les dones. Però Connell va més enllà i no només analitza la relació home-dona, sinó també les relacions de gènere que es donen entre homes, donant-se relacions de subordinació, complicitat i marginació, i comportant diversos models de masculinitat. D'aquesta forma, al mostrar que també hi ha relacions de dominació entre grups d'homes, les dones deixen de ser les úniques dominades.

L'estudi de la masculinitat s'ha centrat sobretot en veure com les transformacions de les identitats masculines suposen canvis en l'ordre de gènere, desafiant, a la vegada, la idea de masculinitat hegemònica, donant lloc a múltiples masculinitats que reformulen plantejaments sobre significats socialment construïts (Connell, 1997; Hearn, 2004; Kimmel, 2008). Són homes, en una minoria, que es confronten amb els models de masculinitat hegemònica i que han de negociar amb la seva funció de homes proveïdors, la qual cosa comporta implicacions per la seva identitat, tot i que no significa que en tots els casos deixin de beneficiar-se del patriarcat i deixin d'exercir una dominació masculina. En l'àmbit de la cura, per exemple, hi ha homes que adopten formes de "masculinitats afectuoses", el que s'ha conceptualitzat com el *caring masculinities* (Scambor, et al., 2014). Aquest model emergent d'home comporta un camp d'investigació que aprofundeix en les noves formes de ser home que a través de les practiques de cura desafia la masculinitat hegemònica (Hanlon, 2012; Elliott, 2016). Tot i així, aquesta masculinitat predominant continua sent la forma de ser home que es valora socialment i que legitima ideològicament la subordinació de les dones, que a la vegada dificulta als homes a esdevenir cuidadors (Gilmore, 2008). Però no només són les persones que organitzen les practiques de gènere, sinó que les organitzacions i les polítiques també estan generitzades i reproduïxen contínuament patrons de relacions socials dominants i subordinades, promovent pràctiques que actuen com un conducte de models particulars de masculinitat i feminitat (Connell i Messerschmidt 2005; Acker, 2006).

Des de la *perspectiva dels estudis de gènere* es reivindica l'estudi dels comportaments tant dels homes i com de les dones, de la feminitat i la masculinitat (Dinshaw, 2008). Aquest plantejament es basa en l'ús del gènere no només per l'estudi de la dona, sinó que el "gènere" posa èmfasi en el

caràcter social i relacional de la diferència sexual i s'empra per designar les relacions entre ambdós sexes, ja que l'estudi de la dona implica l'estudi de l'home (Scott, 1996). De la mateixa forma que Connell i Masserschmidt (2005), incideixen en la idea que els patrons de la masculinitat es defineixen socialment a diferència d'algun model de feminitat, i que per tant, en el seu cas, l'estudi de la *masculinitat hegemònica* ha donat contemplar també les pràctiques de les dones per entendre les dinàmiques de gènere canviants. Així, per exemple, en les societats modernes les dones, no només els homes, també adopten patrons de la masculinitat hegemònica.

Els estudis de gènere plantegen la necessitat d'introduir la perspectiva interseccional per l'anàlisi de les desigualtats socials, ja que no només és el gènere que organitza les pràctiques i relacions, sinó que les dimensions d'ètnia i classe es relacionen en la construcció de les identitats de les persones que cuiden i funcionen també com a eixos de desigualtat social (Crenshaw, 1991; Scott, 1996). El sector de la cura s'ha anat configurant com un nínxol ocupacional per a dones, amb baixa formació, moltes d'elles immigrants procedents de l'estranger. Per tant, l'arquitectura del sector es configura no només per les dimensions de gènere, sinó també de classe i ètnia. Cal tenir en compte, però, que la intersecció no significa una suma de desigualtats, sinó que la ètnia, el gènere, i la classe social interseccionen de formes diverses en cada situació personal i grup social, mostrant les estructures de poder existents en les societats Crenshaw (1991). Per tant, són tres dimensions que interactuen en diferents graus, en base a unes relacions de poder establertes per a cada categoria. Així, moltes de les necessitats de cura es resolen en base a les desigualtats de classe, ètnia i gènere, el que Colen (1995) anomena *reproducció estratificada*, és a dir, a través de les relacions de poder, unes persones guanyen atenció mentre d'altres s'enfronten a dificultats per proveir-la. O el que Parella (2003) anomena *triple discriminació* que patien les dones, treballadores (cuidadores) immigrants. En aquest sentit, per l'anàlisi del treball de cura no podem obviar les dimensions de classe i ètnia que també estructuren les desigualtats socials en aquest sector ocupacional (Razavi, 2007; Williams, 2013), tant de les persones que vehiculen pràctiques i relacions com de les pràctiques i processos en les organitzacions que construeixen les desigualtats socials (Acker, 2006). D'aquesta forma, per avançar cap a la igualtat social, el gènere ha de redefinir-se i reestructurar-se en conjunció amb una visió d'igualtat política i social que comprèn no només el sexe, sinó també la classe i la ètnia (Scott, 1996; Connell, 1997).

5. Metodologia

La recerca ha seguit el mètode etnogràfic basat en el treball de camp i les tècniques qualitatives (entrevistes, grup focals i observació participant), la relació entre la teoria i els dades empíriques i la visió crítica del fenomen objecte d'estudi (Hammersley i Atkinson, 1994). S'han tingut en compte les pràctiques, discursos i relacions dels agents implicats així com el funcionament i l'organització del servei, tenint en compte el context social, econòmic i polític de l'estat Espanyol i Català i el desenvolupament de les polítiques socials, entre el període comprès des del 2006 fins l'actualitat.

L'objecte d'estudi s'ha anat construint al llarg de la investigació a partir de la vinculació professional en aquest àmbit i de la participació al projecte d'investigació sobre els homes cuidadors de *RecerCaixa*. Aquest fet, com bé s'ha comentat, ha comportat un doble objectiu i focalització de l'estudi: per una banda, s'ha escollit el SAD com a espai concret d'observació i d'anàlisi del treball de cura, ja que m'ha interessat especialment aquest servei per la meua proximitat a nivell professional; per altra banda, s'han escollit diversos serveis especialitzats (residències, centres de dia, sociosanitaris) que donen atenció a diferents col·lectius (persones grans, persones amb discapacitat, malaltia mental, etc.) per analitzar també la implicació dels homes en aquest sector laboral. En gairebé tots els casos són serveis d'atenció a la dependència, que formen part del sistema públic de serveis socials, ubicats a diferents municipis de Catalunya. Per abordar aquests dos objectius s'han seguit dues estratègies metodològiques diferenciades i s'han dissenyat dues mostres per a l'obtenció de les dades empíriques.

En primer lloc, per l'aproximació al treball de cura en el SAD, s'ha seguit l'estratègia de casos etnogràfics, la qual m'ha permès el coneixement particular de l'objecte d'estudi i la seva idiosincràsia sense oblidar el context social i cultural on s'inscriu. La particularitat d'aquest camp d'estudi és que la gestió dels serveis es porta a terme des dels serveis socials municipals i les organitzacions adjudicatàries, i que les activitats de cura directa es porten a terme en els domicilis particulars de les persones beneficiàries dels serveis. Tenint en compte que una mateixa organització pot gestionar diversos serveis municipals, s'han seleccionat cinc organitzacions que gestionen serveis de diferents poblacions. Tots els serveis responen a una mateixa estructura i estan regulats per la mateixa legislació, però la gestió per part de les organitzacions i serveis socials municipals pot variar. L'interès no ha estat realitzar una anàlisi del treball en una institució concreta, un estudi comparatiu entre els diferents serveis o estudiar les variacions locals, sinó recollir dades en relació al treball de cura en el SAD com a tipologia específica de servei de cura. Els casos s'han seleccionat aplicant el criteri de la diversitat en les formes jurídiques i tipologies de gestió, per tal d'obtenir una mostra que reflecteixi les diferents organitzacions del servei i no tant per abast territorial. En un inici s'han seleccionat els serveis gestionats a partir de la pròpia experiència professional com a coordinadora de SAD a dues organitzacions (associació i empresa mercantil) per la meua proximitat amb l'univers d'estudi. Posteriorment s'ha valorat incorporar altres serveis domiciliaris gestionats per una empresa mercantil, una fundació i una cooperativa.

En segon lloc, per l'anàlisi dels homes implicats en el treball de cura remunerat, s'han seleccionat unitats d'observació de diferents característiques, territoris i tipologies aplicant el criteri de la diversitat en la tipologia de serveis d'atenció social (residències, centres de dia, domicilis, servei de rehabilitació comunitària, etc.), del col·lectiu atès (persones grans, discapacitats intel·lectuals,

malaltia mental i diversitat funcional), titularitat (públiques i privades-socials i mercantils-) i formes i solucions organitzatives. L'interès ha estat obtenir dades significatives en relació a les barreres i oportunitats dels homes en aquest sector laboral, tenint en compte la varietat d'espais a on es porta a terme el treball de cura, sense tenir en compte la forma jurídica, ja que l'interès ha estat aportar les seves experiències en el sector laboral i no tant en un servei concret.

Les mostres (en annex) s'han extret de les unitats d'observació. En relació als casos de SAD seleccionats, està constituïda per les persones implicades en la provisió de cura: els gestors/es de cura (tècnics de serveis socials públics -treballadors/es socials- i gestors de les organitzacions adjudicatàries- directors/es dels serveis, coordinadores tècniques del SAD-) i els/les treballadors/es familiars que presten la cura directa. En relació als altres serveis, s'han seleccionat gestor/es i treballadors de cura directa (auxiliars de gerontologia, auxiliars d'infermeria, terapeuta ocupacional, auxiliar tècnic educatiu) de diversos serveis.

El tamany de la mostra s'ha anat definint al llarg del treball de camp buscant que pugui proporcionar dades significatives en relació a l'objecte de la recerca i que la varietat dels components del camp d'estudi es trobi reflectida. És així com en el cas del SAD, tot i que en aquests serveis les dones estan majoritàriament representades, s'ha valorat incloure un major nombre d'homes, perquè l'interès no només ha estat conèixer el treball de cura remunerat en el SAD, sinó també conèixer la seva experiència com a cuidadors en aquest àmbit feminitzat. En un inici es preveia incloure també la perspectiva de les persones receptores de cura però s'ha acotat l'univers d'estudi a la prestació del servei, per incidir en les percepcions del treball des del punt de vista dels prestadors de cura. Tot i així, durant la pròpia pràctica professional he pogut copsar el seu punt de vista, demandes i necessitats, que he recollit com a notes de camp durant la meua observació participant i la gestió diària del servei. En el cas dels homes cuidadors, s'ha ampliat a altres serveis, ja que en el SAD són minoritaris. Aquest fet que s'ha avaluat durant el procés d'investigació, obtenint finalment una mostra significativa que permetin resultats.

En relació a les tècniques de recollida de dades (en annex), s'han realitzat 45 entrevistes en profunditat a diferents agents que participen en el treball de cura (24 entrevistes treballadors/es cura directa i 21 entrevistes gestors/es de cura), un grup focal amb 7 Treballadores Familiars d'un SAD i observació participant a diversos serveis de prestació de cura. Aquests instruments han permès l'aproximació a l'objecte d'estudi a partir de les percepcions i relacions dels subjectes. Les entrevistes en profunditat m'han permès incidir en l'experiència personal de les persones entrevistades i en els seus discursos. El grup focal a treballadores del SAD d'una de les organitzacions m'ha permès accedir a un tipus d'informació més focalitzada en aquells temes d'interès per la recerca. Totes les dades han estat enregistrades mitjançant una gravadora d'àudio, posteriorment transcrites. En relació a la observació participant, s'ha realitzat principalment a dues organitzacions que gestionen els serveis (una associació i una empresa mercantil) on he exercit la pròpia pràctica professional com a coordinadora tècnica del servei. Ha estat una *participació activa* (Penalva i Mateo, 2006) en el sentit que m'he implicat en l'activitat estudiada, interactuant constantment amb els diferents agents. Tenint en compte que la gestió i realització del treball de cura es realitza en diferents contextos (serveis socials, oficines gestió organitzacions i domicilis), la recollida de dades s'ha obtingut tenint en compte els diferents espais. S'han recollit notes de camp a les diferents reunions de coordinació (amb els professionals d'atenció, amb els directors del servei, i amb serveis socials), durant coordinació telefònica i telemàtica diària amb els diferents

agents i durant les visites en els domicilis. El contacte telefònic permanent i les entrevistes amb les persones receptores del servei i els seus familiars i les entrevistes de selecció de personal han anat completant les notes de camp, així com les incidències diàries del servei i les seves resolucions. Durant les reunions amb els treballadors familiars s'ha pogut aprofundir en el coneixement del treball de cura en els domicilis i obtenir informació sobre les activitats que es desenvolupen. També s'ha realitzat observació participant als domicilis on es porta a terme el treball de cura, a través de les visites domiciliàries d'inici de seguiment de servei, i acompanyant a les professionals durant la seva jornada laboral a diversos domicilis de dues organitzacions. Tot i així, la observació continuada en els diferents domicilis ha estat limitada, ja que són variables i la distància entre ells és gran, tenint en compte que les treballadores familiars dels serveis estudiats treballen en diferents municipis. De totes les observacions s'ha realitzat un diari de camp. La implicació a nivell professional en l'àmbit de la recerca, si bé m'ha permès una immersió intensiva en l'univers d'estudi i desenvolupar una *mirada propera*, necessària per reconstruir experiències i percepcions, a la vegada he hagut d'adoptar constantment una *mirada llunyana*, que m'ha permès analitzar i interpretar les dades (Lévi-Strauss, 1988). Aquest exercici ha estat continuat durant el procés de la recerca.

Pel disseny de la investigació i al llarg de tot el procés, s'ha procedit a la recerca i lectura de la literatura científica sobre l'objecte de la investigació i a les dades estadístiques i documentació específica (informes, legislació) relativa al sector de provisió de cura. A partir d'aquestes fonts documentals s'ha elaborat l'estat de la qüestió i el marc teòric per abordar les dades empíriques. L'anàlisi de les dades s'ha realitzat a partir de les transcripcions de les entrevistes i grups focals, de les notes de camp i del buidatge de la bibliografia, fonts documentals i estadístiques. Durant el procés d'anàlisi s'han desenvolupat categories analítiques per organitzar la informació recollida més rellevant. El rigor dels resultats s'ha obtingut amb la triangulació de tècniques d'investigació i fonts d'informació variades obtingudes pels informants en els diferents etapes del treball de camp, amb el desenvolupament d'un marc teòric i l'anàlisi del context. La varietat de les metodologies emprades ha proporcionat fiabilitat i validesa dels resultats. Així, per tal de contrastar la informació obtinguda de les entrevistes i grup focal, les notes de camp recollides durant les observacions han estat fonamentals.

La pròpia experiència professional en l'àmbit de la cura remunerada ha estat un element fonamental per a portar a terme aquesta investigació, ja que m'ha permès un fàcil accés al camp d'estudi, tant per la cerca i contacte amb els informants, com per la observació participant continuada de l'univers d'estudi. També m'ha aportat un ampli coneixement sobre l'estructura, organització i finalitat del Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), així com de les polítiques públiques en aquest àmbit. Aquest aspecte ha afavorit el desenvolupament de la investigació, tenint en compte que s'ha seguit un rigorós procés metodològic a fi de superar possibles biaixos en la objectivitat que el procés d'investigació requereix i donar així fiabilitat als resultats obtinguts.

6. Context: l'organització social de la cura a Catalunya

6.1. La construcció del sistema públic de serveis socials

Els serveis socials a Espanya neixen amb la instauració de la democràcia a finals dels anys 70 mitjançant serveis i prestacions per a satisfer les necessitats socials a la població sota responsabilitat pública. Si el model de protecció social anterior, l'anomenada *beneficència pública*, es caracteritzava per l'assistència social a la població amb menys ingressos, el nou model representava una modernització del sistema i l'expansió en el reconeixement dels drets socials. Tot i així la ruptura va resultar ser incompleta, mantenint-se bona part dels aspectes estructurals (Aguilar, 2010).

Després de l'aprovació de la Constitució Espanyola de 1978 es va iniciar un compromís polític de creació d'un sistema públic de serveis socials, tot i que no s'estableix de forma clara el dret subjectiu, i l'assistència social va ser inclosa en els competències de les comunitats autònomes (Adelantado i Jiménez, 2003). El desplegament legislatiu va ser un procés en què cada autonomia va marcar els seus ritmes, va dissenyar marcs jurídics i competencials i va desenvolupar sistemes tècnics diferents, tot i que es van caracteritzar per ser uns sistemes institucionalment fragmentats, tenir un finançament escàs i una gestió burocratitzada (Rodríguez Cabrero, 1996). Són sistemes que restringeixen l'accés a prestacions a segments de la població amb pocs recursos o en els casos en què el suport familiar és insuficient o inexistent, convertint-se en un sistema assistencial encara associat a la tradició històrica de la beneficència (Adelantado i Jiménez, 2003). Es va configurant així un model de benestar anomenat *mediterrani* (Ferrera, 1996; Moreno, 2001), basat en la baixa despesa social, en la centralitat de la família com a prestadora d'assistència i en la subsidiarietat de l'Estat.

A Catalunya trobem el primer referent legislatiu⁶ als anys 80, i successivament es van implementant altres legislacions orientades a desenvolupar un sistema públic de serveis socials català (Adelantado i Jiménez, 2003). Al 1988 es crea el Departament de Benestar social, resultat d'un procés de creixement de la xarxa pública, però a partir dels anys 90, el model es reorienta cap a la iniciativa públic-privada i apareixen problemes d'organització i de falta de coordinació entre institucions (Adelantado, 2007). Va ser quan, sota el govern conservador (Convergència i Unió - CIU-), s'avança cap a un model liberal de benestar social, caracteritzat per una administració pública subsidiària, la centralització de la gestió a l'administració autonòmica i de l'execució a la municipal, una discrecionalitat en el repartiment i control públic del recurs a través de mecanismes clientelars. És així com fins al 2003 hi ha poc compromís polític en aquesta matèria i la concepció de la política social respon a contenció dels conflictes socials enlloc de la promoció de benestar social i cohesió social, resultant ser un model assistencialista dirigit encara als sectors més exclosos de la societat. A partir d'aleshores s'inicia una nova etapa a Catalunya impulsada per l'entrada del govern tripartit (Partit Socialista de Catalunya, Esquerra Republicana de Catalunya i Iniciativa per Catalunya Verds) i la creació del "Pacte del Tinell" (2003), com a mesura de xoc de les polítiques anteriors i orientada a abordar l'augment de les necessitats socials. A través de l'increment dels pressupostos i de serveis, es desenvolupen accions que aposten per un canvi de

⁶ Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials. Publicada al DOGC núm. 345 el 15 de juliol de 1983.

model que contempla les necessitats i demandes també de les classes mitjanes (Adelantado, 2007). Les polítiques de benestar social aleshores es plantegen sota els principis d'universalitat, transversalitat, municipalització, reforç del tercer sector, participació, major finançament i inclusió. Paral·lelament, al 2004 es publica el *Llibre blanc de la dependència* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005) a nivell Estatal, que esdevé el punt de partida de la creació de la Llei de Promoció de l'Autonomia i Atenció a les Persones en situació de Dependència (LAPAD), aprovada al 2006. La LAPAD, d'acord amb el nou model de protecció social que s'anava desenvolupant a Europa, estableix un nou marc normatiu en l'atenció de les necessitats i garanteix un nou dret subjectiu per a tota la ciutadania: el dret d'atenció a les persones en situació de dependència. Aquest fet va significar una nova concepció social del risc basat en la responsabilitat pública de la cura, passant d'un model de cura assistencial a un model universal amb la voluntat d'establir les mateixes garanties jurídiques que en l'àmbit de l'educació, la sanitat o les pensions, i esdevenint el quart pilar de l'Estat de Benestar (Rodríguez Cabrero, 2007). El desenvolupament de la LAPAD contempla la participació de totes les administracions en l'exercici de les seves competències, la integració dels diferents nivells de govern i un finançament basat en el copagament interadministratiu, sent l'administració general qui en garanteix el finançament necessari⁷. A Catalunya, amb la finalitat de determinar com desenvolupar la nova normativa i avançar en el reconeixement del dret als serveis socials mitjançant la universalitat de l'accés al sistema públic, al 2007 s'aprova la nova Llei de Serveis Socials (LSS). El nou model català assumeix la gestió de les prestacions derivades de la LAPAD i les pròpies, configurant la *xarxa de serveis socials de responsabilitat pública*, integrada pels serveis d'atenció social primària⁸ i serveis socials especialitzats⁹, sent la Cartera de Serveis Socials¹⁰ l'instrument que defineix les prestacions i serveis a la població. Tot i així, la nova llei estableix un sistema de finançament mixt entre l'administració i la població i contempla la participació del mercat privat en la prestació dels recursos.

Tot i que els objectius de les polítiques europees de protecció social (universalització, suficiència, qualitat i sostenibilitat) són principis recollits per la llei espanyola -i catalana-, i malgrat que suposés un gran avenç en relació als drets socials i una ruptura històrica amb el model assistencial dels serveis socials, ja des d'un inici, com analitza Rodríguez Cabrero (2007), hi ha dificultats en la seva aplicació: manca de garantia de finançament per part de l'Estat; gestió mixta de serveis amb major presència de l'empresa privada; problemes en la participació de la població, i l'accessibilitat i continuïtat de la xarxa de serveis; una coordinació sociosanitària feble; i una fragmentació interna del sistema de serveis socials. Per altra banda, el fet que es reconegui el copagament de serveis, que significa que els beneficiaris contribuïran en funció de la seva renda i patrimoni, dona continuïtat al model assistencial, quedant així la població segmentada i polaritzada. A més, hi ha d'altres debilitats, com una cartera de serveis poc definida (que dependrà de les aportacions privades i públiques), dissenys de programes altament burocràtics i exclusió dels

⁷ La creació d'un *Sistema per l'Autonomia i Atenció a la Persones en Situació de Dependència* (SAAD) es responsabilitza del desenvolupament de la normativa i la coordinació i cooperació entre l'Estat i les Comunitats Autònomes, establint un marc de relació i de finançament, i la garantia de l'Estat de dotar d'un mínim contingut comú de protecció a totes les Comunitats Autònomes. Es crea també el *Consell Territorial del Sistema per l'Autonomia i Atenció a la Dependència*, com a òrgan de coordinació del territori (LAPAD).

⁸ Els serveis socials bàsics són el primer nivell del sistema de serveis socials i la garantia de més proximitat als usuaris i als àmbits familiar i social (art.16 LSS).

⁹ Els serveis socials especialitzats s'organitzen atenent la tipologia de les necessitats, per tal de donar resposta a situacions i necessitats que requereixen una especialització tècnica o la disposició de recursos determinats (art.18 LSS).

¹⁰ Aprovada mitjançant el Decret 142/2010, d'11 d'octubre, està formada per 138 prestacions, de les quals 108 són de serveis, 26 econòmiques i 4 tecnològiques.

immigrants extracomunitaris (Adelantado, 2007). També s'ha desvelat una manca de previsió organitzativa dels serveis socials, sense claredat en els protocols de gestió, la distribució de competències i coordinació entre serveis (Sarasa, 2009). D'aquesta forma, malgrat que les noves polítiques d'atenció han suposat un avenç en la concepció universal dels serveis socials, la família en continua sent l'eix fonamental. Així, segons dades de 2008 a Espanya, la forma més comuna d'atenció és la cura familiar o entorn (informal), que representa el 78,5% de la cobertura de les necessitats i la cobertura exclusivament pública és del 3,6%, la resta és una combinació de les dues formules (Rogerio i Ahmed, 2014).

Per altra banda, la LAPAD va dirigida a les *persones en situació de dependència*, que independentment de l'edat i l'activitat laboral necessiten un suport per a realitzar les *activitats de la vida diària*. La població beneficiària, però, s'acota a aquelles persones que per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, necessiten l'atenció d'una altra persona. Les persones són valorades pels equips dels serveis de valoració de la dependència encarregats d'emetre una proposta de grau i nivell de dependència, que d'acord amb uns barems (moderat, sever i de gran dependència), es determina l'atenció que necessita. Per tant, han de respondre a les característiques de *dependència* definides per la llei, segons uns criteris de selectivitat i límits d'accés al sistema. Per tant, la llei plantejada atorga drets individuals bàsicament a les persones amb discapacitat i sobretot a les més envellides, aquelles més dependents segons al pròpia definició legal. Precisament el desenvolupament i les perspectives de futur per a Espanya en termes de la població d'edat avançada és el que motiva la representació de la dependència com un problema urgent que ha de ser abordat i per això la dependència va de la mà amb l'envelliment (Peterson, 2015). Aquest fet comporta la reducció de la població beneficiària a les persones grans, ja que es pressuposa que la correlació entre edat i discapacitat és més intensa en aquest grup de població (Tobío et al., 2010). Però l'envelliment no és sinònim de dependència, ja que sovint les persones grans també esdevenen cuidadores dels nets/es i/o persones adultes (Comas d'Argemir, 2015). Per altra banda, la discapacitat associada a l'edat té un biaix classista, ja que el risc a partir-la és major en les classes socials més baixes, ja que viuen en condicions més desfavorides (Sarasa, 2009). La dependència es configura així com l'eix d'un nou model de vellesa que, implícitament, relaciona de manera lineal l'envelliment amb la dependència i, al seu torn, la cura amb la dependència (Sarasa, 2009; Cerri i Almilló, 2012; Comas d'Argemir, 2015).

6.2. L'atenció a la dependència i la creació d'ocupació

Quan a finals del 2004 es publica el *Llibre Blanc de la Dependència* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005), que recull les línies d'actuació i recomanacions de la futura LAPAD, es preveia que els serveis tinguessin capacitat per crear llocs de treball. Per altra banda, la llei catalana de serveis socials també estableix que el seu desplegament tindrà un impacte directe en l'economia catalana mitjançant la generació d'ocupació. Per tant, l'objectiu va ser compatibilitzar les polítiques actives d'ocupació amb la protecció social, com a dues cares de la mateixa moneda. Les persones cuidadores (dones) es podrien alliberar de l'activitat i incorporar-se al mercat laboral i es regularitzarien també els treballs de cura realitzats en l'economia submergida a través de l'impuls en la creació dels serveis socials. D'aquesta forma, si bé a través de la LAPAD es preveia construir un sistema basat en els serveis i la cura professional, des de la seva aplicació els recursos destinats han estat insuficients i s'ha afavorit la privatització de l'atenció, comportant repercussions sobre la

ocupació, la qualitat de les prestacions i la garantia dels drets socials. Tot i així, malgrat aquest escenari, l'ocupació associada a la LAPAD no ha estat invertida (Associació de directors i gerents de serveis socials, 2016).

La LAPAD integra un conjunt de serveis i prestacions econòmiques i promou també la *permanència en el propi entorn* al màxim temps possible. Les prestacions seran en forma de serveis (Servei d'Ajuda a Domicili, teleassistència, residències o centres de dia) o en forma de prestacions econòmiques (prestació econòmica vinculada al servei, prestació econòmica per a cura en l'entorn familiar i ajuda a cuidadors/es no professionals i prestació econòmica d'assistència personal). La llei preveu que les prestacions econòmiques es concedeixin de forma excepcional en el cas que la xarxa de serveis públics no doni cobertura a les necessitats d'atenció a través dels serveis (article 14). En aquestes situacions, el beneficiari rebrà una prestació econòmica que estarà vinculada a la compra de serveis en el mercat legal (prestació econòmica vinculada al servei-PEV), i com a excepció extraordinària, s'estableix que el beneficiari podrà rebre una prestació econòmica adreçada als cuidadors no professionals que tinguin cura de la persona dependent, siguin familiars o de l'entorn proper (prestació econòmica cura familiar-PECF-). Malgrat que aquesta mesura fos contemplada com a extraordinària en la legislació, les PECF es van generalitzar¹¹. Per altra banda, l'entrada de la llei coincideix també amb la crisi econòmica al 2008 i les polítiques conservadores i mesures d'austeritat espanyoles, que no han afavorit al seu desplegament. Des de 2010, sota el govern socialista, es van aplicar diverses reformes legals¹² que van suposar el debilitament dels drets reconeguts. Al 2011, sota el govern conservador és quan s'instauen una varietat de polítiques públiques basades en la norma d'austeritat i es van promoure diverses reformes estructurals¹³, centrades en retallar la despesa social, sota una lògica neoliberal que prescriu l'austeritat i la rendibilitat de la política social legitimant les retallades socials i canviant l'enfocament del dèficit de les necessitats l'atenció al del dèficit públic (Peterson, 2015). Aquestes reformes es basen en una reducció del finançament públic per part de l'Estat a les comunitats Autònomes i en una contenció de la despesa mínima exigida a les autonomies en la gestió de les prestacions, que van comportar retards en els pagaments i en el calendari d'aplicació, reducció d'intensitat i quanties, i augment de les aportacions usuaris (Vilà, 2013). Això va afectar el ritme de creació dels serveis i prestacions, i va suposar una pèrdua de treballs, un increment del treball submergit, el deteriorament de la qualitat dels serveis, un increment de les llistes d'espera i desavantatges pels cuidadors no professionals (Vilà, 2013). Tot i així, malgrat les retallades i l'insuficient impuls dels serveis públics, que ha afectat en les previsions inicials sobre l'ocupació¹⁴, la tendència de creixement

¹¹ Segons dades del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la dependència de 2012: el 44,46% de les prestacions corresponen a la prestació econòmica destinada a la cura familiars, el 6,72 % a la prestació econòmica vinculada al servei, i el 0,13 % a la prestació d'assistència personal; mentre que el Servei d'Ajuda a Domicili només arribava al 13,05%, l'atenció diürna al 6,87% i l'atenció residencial a 13,10% (IMSERSO, 2012).

¹² Real decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

¹³ Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público; Resolució de 13 de juliol de 2012, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, que en deriva la publicació del: Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Posteriormente es publica el Real Decret 20/12, de 13 de juliol, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. (Vilà, 2010).

¹⁴ El llibre blanc contemplava la creació neta de 211.764 llocs de treball al 2005 i de 263.057 al 2010 associats al Sistema Nacional de Dependència a l'Estat espanyol, però segons estimacions de l'Associació Estatal de Directors i Gerents de Serveis Socials (2016), el 2010 hi havia 126.309 llocs de treball directes del sector de la cura (sense considerar les ocupacions en les administracions públiques dedicades a realitzar valoracions, seguiments o suportar la gestió administrativa i comptable dels expedients de dependència).

d'ocupació en els serveis socials s'ha mantingut (Associació de Directors i Gerents de Serveis Socials, 2016)

Les reformes de la LAPAD han apuntat cap a noves formes de refamiliarització de la cura i la mercantilització de l'atenció a través de proveïdors privats dels serveis públics o de la compra de serveis al mercat. Malgrat que el model d'atenció desenvolupat en les diferents les comunitats autònomes de l'Estat Espanyol no és homogeni i que s'han donat variacions regionals en la distribució de les prestacions, on el familisme i la privatització dels serveis coexisteixen en diferents graus amb els diferents nivells de serveis d'atenció (Martínez Buján, 2014), les polítiques desenvolupades han comportat desigualtats socials i de gènere (Marbán, 2011; Rodríguez Cabrero, 2011; Deusdad et al., 2016). Aquestes polítiques han suposat una naturalització per part de les dones de les activitats de cura i han promogut els interessos del mercat restant responsabilitats al sector públic, el que resulta ser una expressió d'uns interessos de classe en desavantatge per les dones que continuaran realitzant les tasques de cura amb o sense remuneració, disminuint els seus drets (Comas d'Argemir, 2015).

El motiu d'expansió de les PECF va ser degut a la facilitat de concedir-les per part de les administracions públiques i pel fet de ser menys costoses que els serveis, augmentant de manera ràpida el nombre de beneficiaris amb prestació i contribuint al desplegament del sistema de dependència (Montserrat, 2015). Per altra banda, probablement, també va ser degut a la manca de preparació de serveis socials, la manca de finançament i la inadequació de l'oferta existent (Sarasa, 2009). En el cas de Catalunya, el fet de no haver-hi una cartera de serveis definida (ja que la nova llei de serveis socials va ser aprovada després de la LAPAD amb manca de garanties), podria haver comportat que els/les treballadors/es socials no tinguessin una informació clara sobre els serveis disponibles i condicions d'accés. Aquesta opció ha contribuït a la feminització de la cura, ja sigui dins la família o en feines de cura remunerades a través del servei domèstic. Així, les prestacions econòmiques es van utilitzar per la contractació de dones com a empleades domèstiques, sobretot per part de les classes altes i mitges, o per remunerar la cura familiar (Comas d'Argemir, 2015). Són opcions que es recolzen en la precarietat i feminització laboral, perquè permet comprar serveis a baix cost, sobretot en el cas del treball domèstic, protagonitzat per dones immigrants, moltes d'elles estrangeres en situació irregular, mitjançant contractes legals o bé a través de l'economia submergida (Parella, 2003; Vega, 2009; Recio, 2010; Martínez Buján, 2011; Peterson, 2015). En aquest sentit, si bé les transferències monetàries podrien incentivar una ocupació laboral per poder comprar serveis al mercat, el perill d'aquesta fórmula és que si les quanties són inferiors al cost dels serveis que ofereix el mercat (com així passa), repercuteix directament a no generar un mercat laboral de qualitat en el sector o incentivant a la família (i la dona) a cuidar, sobretot entre les classes baixes (Sarasa, 2009). En els últims anys, aquesta tendència familista està canviant lleugerament, sent la prestació econòmica destinada a la cura familiar menor que els serveis en comparació als anys anteriors, representant al 2017 el 32,72% a Espanya i el 45,67% a Catalunya (IMSERSO, 2017). Això pot contribuir a una major professionalització del sector i a un treball de qualitat, mentre la provisió de serveis sigui pública o si hi ha garantia de qualitat en la provisió de serveis mitjançant proveïdors privats, o si les transferències econòmiques per adquirir serveis siguin altes.

D'aquesta forma, un sistema que no aposta per la prestació de serveis públics trasllada a les famílies més obligacions i també delega la cura en un sistema desregulat (Sarasa, 2009). Dit d'un

altra manera, quan el grau de desfamilització és baix, el dret a tenir cura es converteix en “deure” per a les dones (Pérez Orozco, 2006). Per altra banda, la tendència familista no contribueix a la professionalització d'aquest treball, ja que la frontera entre la professió i les tasques familiars queden difuses, provocant nous debats entorn la qualificació i les característiques de l'activitat (Tobío et al., 2010). Així, si en l'organització social de la cura no es promou la cura professional, es reforça la divisió sexual del treball i la desvalorització d'aquestes activitats (Fantova, 2013, 2015; Moreno et al., 2013; Serrano et al., 2013; Recio et al., 2015). En el cas espanyol, doncs, la divisió sexual del treball es dona per fet, i la igualtat de gènere i la participació dels homes en la cura són qüestions absents en la Llei de Dependència a Espanya, així com en els debats parlamentaris anteriors (Peterson, 2015). Cal superar doncs la imposició de les dones com a cuidadores quan no ho fan per elecció sinó perquè els homes no s'impliquen en la cura.

6.3. El protagonisme mercantil en la provisió dels serveis socials públics

La tradició dels serveis socials abans del nou model, ja contemplava la participació del mercat privat per garantir la cobertura de les necessitats. Una tendència que neix de les crítiques neoliberals a l'excessiva intervenció de l'Estat i que defensava que la privatització era sinònim d'eficiència i eficàcia i reduïa els costos i els tràmits burocràtics. D'aquesta forma, d'acord amb la impopularitat que tenien les polítiques impositives, es justificava l'escassa despesa pública, quan en realitat permetia finançar les polítiques de benestar (Recio, 2010). Amb la creació de la LAPAD i la LLSS, si bé s'avança cap un sistema de naturalesa pública, la legislació contempla també el caràcter mixt de producció i prestació de serveis, amb una diversitat d'operadors públics i privats. Així, els serveis reconeguts a la LAPAD són prestats a través de l'oferta pública de la Xarxa de Serveis Socials per les respectives comunitats autònomes mitjançant centres i serveis públics o privats concertats i/o acreditats. L'exercici del dret que estableix la legislació (article 69 de la LSS i article 3 de la LAPAD), està subjecte a un règim d'autorització prèvia i requereix, en tots els casos, el compliment dels requisits de qualitat i garantia.

A causa de l'accelerada crisi econòmica i financera que ha tingut lloc a Espanya, així com a Europa, els sistemes de protecció als diferents països pateixen una complexa reestructuració que obre un espai d'incerteses als diferents models condicionats per la contenció de costos, donant com a resultat (amb diferents nivells segons cada país) noves formes mercantilització. Així, pel que fa a la sostenibilitat financera i de recursos humans, la majoria dels sistemes coincideix en afrontar aquesta situació afavorint l'entrada de proveïdors privats i amb més competència entre els prestadors de serveis (Marbán, 2011). D'aquesta forma, els serveis socials públics a tot l'Estat Espanyol s'han desenvolupat sobretot a través de processos de subcontractació, on el mercat ha trobat en aquest sector un nou lloc per l'obtenció de beneficis, estretament lligat a la feminització del treball, i per tant, a la precarietat laboral i no tant a la qualitat del servei i a la satisfacció de necessitats. Les organitzacions privades¹⁵ (socials i mercantils) dedicades a les activitats

¹⁵ Existeixen una heterogeneïtat d'entitats que presten serveis, de les quals es diferencien dos tipus d'empreses en funció de si el sector és no lucratiu o mercantil: les organitzacions sense afany de lucre o entitats privades d'iniciativa social (cooperatives, associacions i fundacions) i les organitzacions amb afany de lucre o entitats privades d'iniciativa mercantil que adopten diferents formes jurídiques segons el volum de negoci, la dimensió de l'empresa i el nombre de treballadors (societat limitada, societat anònima). El funcionament intern de cada organització determina la gestió del servei i l'organització del treball. Dins les empreses mercantils, trobem la gran empresa, que es dedica a diverses activitats de serveis, amb l'estratègia d'allargar la seva presència a tots els subsectors. Són multinacionals especialistes en serveis que han vist una oportunitat de negoci en els serveis socials i socio-sanitaris.

relacionades amb l'atenció a les persones han estat les principals proveïdores dels serveis públics i s'han convertit en les principals ocupadores en aquest sector. En el cas de Catalunya només el 24,4% dels serveis són públics, mentre que el 30% són prestats per organitzacions mercantils i el 45,6%, per organitzacions socials (Idescat, 2014)¹⁶. En quant a la feminització del sector, segons l'informe de Comissions Obreres de 2015, el 88,5 % de les persones contractades en els serveis de cura són dones (Garcia et al., 2016). Els homes contractats, doncs, són una minoria, donant-se una diferència en el grau de feminització dels treballs en funció del col·lectiu atès, sent la inserció major en àmbits com la salut mental (28,6%), la discapacitat (22,34%) o adolescència i joventut (32,21%) i menor en el de la gent gran representant un 14,29% (en centres de dia i residències) (Idescat, 2014).

Aquest procés d'externalització dels serveis ha augmentat també amb les *prestacions vinculades al servei*, prestats a entitats privades "acreditades", no incloses en la xarxa pública però que atenen les persones beneficiàries de la LAPAD. La persona beneficiària rep una prestació econòmica per adquirir en el mercat privat la prestació que li correspon. Aquesta tendència s'inicia amb les reformes legals al 2011, que substitueix l'expansió de les prestacions familiars sobretot a través dels Serveis d'Ajuda a Domicili, sent una mesura que beneficia al mercat amb el risc d'escapar dels controls de qualitat (Montserrat, 2015). És així com als últims anys s'ha donat un increment de les prestacions econòmiques vinculades als serveis, que, tot i no tenir una cobertura excessivament àmplia (10,1% de les persones ateses), ofereix una ràtio de cost interessant, ja que el consum de recursos per la cobertura suposa una baixa despesa (Associació Estatal de Directors i Gerents en Serveis Socials, 2016). Aquesta mesura, si bé pot proporcionar serveis a baix cost, requereix que l'administració tingui un control públic dels preus i d'accés al servei. És a dir, que realitzi un seguiment de la prestació per evitar que l'empresa prestadora pugui limitar a aquells beneficiaris que puguin comportar més costos que beneficis, i que estableixi un control de preus públics dins d'uns marges assumibles. Sinó és així, es podria limitar l'accés a les persones amb rentes baixes i a les que necessitin cura d'alta intensitat.

6.4. El cas dels Serveis d'Ajuda a Domicili

Els Serveis d'Ajuda a Domicili ofereixen unes hores d'atenció personal i de neteja de la llar per atendre les necessitats de cura de les persones en el propi domicili. Són l'únic recurs d'atenció al domicili efectuat per un/a professional contractat, que s'ha anat configurant com una prestació bàsica de suport, tant per les persones que necessiten ajuda en la vida diària (entre elles, les persones grans), com pels seus cuidadors. A Catalunya, els SAD's estan integrats dins dels Serveis d'Atenció Domiciliària¹⁷ que formen part dels serveis socials d'atenció primària, els anomenats "serveis de proximitat". Aquests serveis es caracteritzen per la seva naturalesa de serveis de proximitat i esdevenen una gran oportunitat com a servei públic, en el sentit de gestionar-se i prestar-se des de l'àmbit comunitari més pròxim. Això els converteix en un dels principals instruments d'intervenció de l'atenció social primària i, per tant, dependran de la consolidació

¹⁶ Aquestes dades corresponen als serveis prestats per centres públics i privats, però no recull les dades de l'atenció primària municipal ni el servei d'ajuda a domicili.

¹⁷ Els Serveis d'Atenció Domiciliària, integrats pel servei d'ajuda a domicili i pel servei de les tecnologies de suport i cura, són un conjunt organitzat de recursos i accions adreçades a les persones que, per raó d'edat, dependència o discapacitat tenen limitada l'autonomia per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària o requereixen atenció permanent i a distància (Cartera de serveis socials 2010-2011).

d'aquesta. La competència del desenvolupament del SAD correspon als Ajuntaments o als Consells Comarcals, en funció del volum de població del municipi¹⁸. Cada administració estableix les característiques de la gestió del servei (pública o concertada), els serveis que inclou i els recursos que s'hi destinen (tant econòmics com humans), donant-se grans diferències en funció de l'administració local (Casado, 2006). La cobertura i qualitat del SAD dependran, doncs, en bona part, de cada Ajuntament, tot i que el desenvolupament de la LAPAD ha afavorit l'expansió i regulació d'aquest servei. Així, abans de la seva creació eren uns serveis assistencials i poc coneguts, en els últims anys ha experimentat un creixement, sent la cobertura al 2010 del 9,59 % i al 2017 del 14,24 % a Catalunya (IMSERSO, 2010, 2017).

La creació dels SAD ha comportat també la generació d'ocupació, sent les dones les principals ocupades en aquests serveis. Així, d'acord amb les dades de 2011, hi havia 7.400 persones ocupades, que representen el 0,25% de la població ocupada a Catalunya, de les quals un 69% al 2012 són professionals d'atenció directe, on les dones representen el 97% de les persones contractades (Associació Catalana de Recursos Assistencials, 2014). La projecció de la ocupació prevista en aquests serveis es va iniciar als anys 90, d'acord amb la preocupació a nivell europeu d'augmentar les taxes d'ocupació com a solució davant l'atur (Torns, 2007). A partir del *Llibre blanc sobre el creixement, la competitivitat i l'ocupació* publicat al 1994, conegut com l'Informe Delors, es van crear els nous filons d'ocupació¹⁹, destinats al col·lectiu de dones grans amb dificultats d'inserció laboral i a la vegada afrontar les necessitats d'atenció. Una ocupació prevista en aquests serveis, integrada per la figura professional de Treballadora Familiar²⁰, titulació que aleshores s'obtenia a través de la formació ocupacional. En l'actualitat, la figura professional és la de Tècnic/a en Atenció Sociosanitària, que s'obté a través de la formació professional de grau mig. Per altra banda, també podran treballar les persones que obtinguin el certificat de professionalitat en Atenció Socio sanitària a través de la formació ocupacional o a través del programa d'acreditació de competències professionals.

Segons la normativa del servei, es destinen unes hores d'atenció al dia o a la setmana, en funció del la valoració social o del grau de dependència²¹. Les hores mensuals són l'indicador que mesura la intensitat de l'assistència, garantint un nivell mínim de prestació del servei, que fins ara depenia de la valoració individual dels Ajuntaments, de la seva capacitat de finançament i de la voluntat política. Les intensitats establertes no es corresponen amb les necessitats requerides (moltes vegades continuades) i per tant posa en qüestió la qualitat de cura prestada i que el servei que substitueixi l'atenció familiar²². Per altra banda, els serveis no solen funcionar els caps de setmana

¹⁸ Pels municipis de més de 20.000 habitants la competència és dels Ajuntaments, pels de menys de 20.000 habitants, del Consell Comarcal.

¹⁹ La comissió europea destacava el creixement d'aquests serveis a Europa, amb una taxa de creixement anual del 4% i el 7%, un àmbit de creixement de treball, dins dels anomenats "nous jaciments de treball", noves ocupacions com a conseqüència del capitalisme per a satisfer noves necessitats i donar resposta a les transformacions socials.

²⁰ La figura de la treballadora familiar, específica de la regulació del servei a Catalunya és una figura semblant a la categoria d'auxiliar d'ajuda a domicili recollida en el IV Conveni col·lectiu de treball d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya per als anys 2015 a 2018 (codi de conveni núm. 79001525011999).

²¹ Grau I (màxim de 20 hores/mes), grau II (entre 21 i 45 hores/mes) i grau III (entre 46 i 70 hores/mes)

²² Tot i que aquest model és el que impera en el sector, s'estan donant altres formes innovadores que resulten interessants a fi d'afavorir una organització del servei que comporti unes millores en les condicions laborals i la organització del treball. Per exemple es pot consultar l'article de Gerritsma i Reyes (2016) o la presentació pública al 2017 d'un projecte pilot a l'Ajuntament de Barcelona:

https://ajuntament.barcelona.cat/santandreu/sites/default/files/plenari/sad_consell_gent_gran_20180226.pdf

<http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/2017/06/13/lajuntament-aposta-per-crear-un-nou-model-datencio-domiciliaria-amb-mes-control-public/>

ni festius, el que també fa qüestionar la validesa o idoneïtat del recurs (puntual) davant les necessitats més àmplies. Amb les reformes de la LAPAD, s'han reduït les hores de prestació²³ (passant de 90 a 70 mensuals els màxims), i s'ha instaurat el copagament. A més, compta amb el suport familiar o el mercat privat pel seu desplegament, ja sigui a través de les *Prestacions Vinculades al Servei* o a través de l'externalització dels serveis públics (Montserrat, 2015). És per això que ofereix atenció tant a les persones receptores de cura com a la unitat familiar, intentant millorar les relacions i vincles formats entre els seus membres, ja que el SAD, des de la seva creació, compta també amb el suport familiar per atendre les necessitats de les persones que no podran ser satisfetes amb unes hores puntuals de servei (Martínez Buján, 2010).

En un inici els Ajuntaments van desenvolupar el SAD amb personal propi, però l'augment de la demanda ha comportat que moltes administracions optin per externalitzar el servei a organitzacions privades, per exemple al 2013 el servei és externalitzat en un 85,2% dels casos-el 63,5 % a entitats mercantils- (Associació Catalana de Recursos Assistencials, 2014). Això comporta un model mixt de gestió²⁴ en què els serveis són administrats per les treballadores socials de serveis socials bàsics, però la provisió del servei s'atribueix a organitzacions privades amb qui estableixen una coordinació i seguiment. Aquest model de gestió permet mantenir el control del cas a l'administració pública, però la descarrega de l'estructura productiva i la complexitat de la gestió del servei. Per fer efectiva l'adjudicació del contracte, l'Ajuntament, mitjançant un concurs públic de licitació del servei²⁵, inicia un procés d'adjudicació obert, en el qual poden presentar ofertes tot licitador que compleixi els requisits establerts en el plec de clàusules que estipula l'administració. Correspon a cada Ajuntament establir la valoració de les ofertes en funció de diferents criteris, fixant una puntuació per a cada un. Estan relacionats amb l'efectivitat del servei en termes d'eficiència econòmica, la innovació tecnològica i els criteris de qualitat empresarials. Actualment la tendència general és la valoració econòmica per sobre dels altres criteris tècnics (un 60% de la puntuació total). L'Ajuntament estableix un preu²⁶ màxim del cost del servei, a partir del qual les empreses realitzen les seves ofertes econòmiques. En no establir-se un preu mínim, les entitats que presentin els preus més competitius obtenen més punts, fet que afecta la qualitat del servei i a les condicions laborals. Fins i tot hi ha plecs que estableixen condicions mínimes de la mida empresa i volum de facturació, beneficiant a les grans empreses. En aquest sentit, les polítiques públiques tenen un paper important en la fixació de les condicions de treball d'aquest sector, per exemple, a través de les polítiques salarials, o fixant un preu públic de cada servei (Recio, 2010). Per altra banda, l'externalització adopta els criteris empresarials, en què els usuaris dels serveis passen a ser clients. D'aquesta forma, les empreses ofereixen també serveis privats, amb la qual cosa les persones que quedin excloses de ser beneficiàries del SAD per llei, hauran de pagar un preu (alt) per obtenir servei.

²³ El màxim d'hores mensuals per a les persones amb dependència amb Grau 3, baixa de 90 a 70 hores; amb Grau 2, el límit descendeix de 55 a 45 hores; i amb dependència lleu, el límit passa de 30 a 20 hores (Montserrat, 2015).

²⁴ És el model que s'impulsa des de la Xarxa Local de la Diputació (Diputació de Barcelona, 2003), segons el qual els equips d'atenció primària s'encarreguen de les etapes d'acollida, diagnòstic, assignació del servei i seguiment del cas, mentre que correspon a un operador extern la producció del servei.

²⁵ Per fer efectiva l'adjudicació del contracte de "gestió de serveis públics" per a la prestació del SAD, l'Ajuntament presenta un plec de clàusules econòmic-administratives i un plec de clàusules de condicions tècniques, on s'especifiquen les condicions per la prestació del servei.

²⁶ Tot i que dependrà de cada administració local, per exemple, al 2017 s'establien uns preus màxims aproximats de 15'40 euros (sense IVA) pel servei de Treballadora Familiar i 13'36 euros (sense IVA) pel servei d'Auxiliar de la Llar.

7. Estat de la qüestió: la cura com a àmbit ocupacional a Catalunya

La literatura acadèmica en relació al treball de cura s'ha centrat sobretot en l'estudi del treball domèstic no remunerat. Aquest àmbit d'estudi ha estat abordat des del feminisme a partir dels anys 70, amb l'interès de donar un valor econòmic i social a l'activitat (Carrasco et al., 2011). Als anys 80, el *care* com a objecte d'estudi apareix al Regne Unit, que al costat de la reivindicació de la visibilització del treball de cura, posa en relleu la seva dimensió subjectiva i relacional (els sentiments i les emocions) difícilment ajustables als cànons mercantils. Als anys 90, degut a les creixents necessitats de cura, apareixen els estudis orientats a l'anàlisi de la cura i dels Estats del Benestar, sobretot al Regne Unit i als Països Escandinaus, orientats a conceptualitzar la cura com a valor públic i a donar importància de les polítiques públiques com agent clau en l'organització social de la cura tenint en compte l'equitat social i de gènere. S'orienten en l'anàlisi de l'atenció a les persones, prestada dins o fora de la família i han posat èmfasi en situar la cura a les persones en el centre de la vida social, política i moral, i en la necessitat que les societats contemplin la cura com a responsabilitat social (Thomas, 2011; Daly i Lewis, 2000; Tronto, 2005; Letablier, 2007; Himmelweit, 2017).

El que tenen en comú totes les ocupacions de cura és que estan feminitzades que comporten, a més, desigualtats de classe i ètnia, sent les dones, immigrants, i de classe baixa, les principals contractades, sobretot en el sector domèstic, on bona part de la cura de persones autòctones és assumida per dones immigrants augmentant les desigualtats socials (Hoschchild, 2011). En el cas del treball de cura remunerat en els serveis públics de cura, els salaris són menors que en altres ocupacions, precisament per basar-se en unes competències personals poc valorades pel mercat i vinculades a la feminitat (Abvril, 2003; Aguirre, 2005; Razavi, 2007; Esquivel, 2010, 2011; Razavi i Staab, 2010; Himmelweit, 2017). I en el cas de les ocupacions de cura a les persones grans, pateixen una doble devaluació, pel fet d'atendre a un col·lectiu estigmatitzat, i que, tal i com indica és una activitat que absorbeix valor però no en genera Federici (2015), a diferència, per exemple de les ocupacions dirigides a infants (Williams, 2010; Batthyány et al., 2014).

En la línia de situar la cura com a problema públic i apostar per una organització social de la cura que garanteixi una redistribució de la cura entre els diferents agents socials i entre homes i dones, d'afavorir un sistema de cura basat en la redistribució i el reconeixement dels treballs de cura, tenint en compte el dret a cuidar i a no cuidar i les condicions laborals d'aquestes ocupacions, resulten interessants les aportacions de les autores britàniques com Williams (2010), Himmelweit i Land (2011), Esquivel (2011), Lethbridge (2013), Milligan (2014), Himmelweit (2017). A Amèrica Llatina, Esquivel (2011) i Batthyány et al. (2014), Aguirre i Ferrari (2014); i a l'Estat Espanyol, Torns (2008), Brullet, (2010), Tobío et al. (2010), Carrasco et al. (2011), Durán (2014), Carrasquer (2013), Comas d'Argemir (2015), Recio et al. (2015), Esteban (2017), Bodoque i Gregorio (2017).

Diversos estudis incideixen en la necessària implicació dels homes en la cura, com aspecte clau per promoure la seva democratització, i seva la redistribució social (Razavi, 2007; Williams, 2010; Razavi i Staab, 2010; Esquivel, 2011). A través de la valorització d'aquest treball dins la família, afavoriria la implicació dels homes, fet que repercutiria també a donar més valor a la cura en l'esfera remunerada i per tant, una major implicació els homes en aquest sector (Himmelweit i Land, 2011; Comas d'Argemir, 2016). En aquest sentit és necessari avançar cap al coneixement dels homes que cuiden a les persones adultes dependents, ja que tenen menor visibilitat. Però la

implicació dels homes en aquestes ocupacions feminitzades ha estat un camp menys estudiat. Destaquen aquells orientats a l'anàlisi de la presència d'homes en professions com la infermeria, treball social o magisteri i com es beneficien de la seva condició minoritària (Williams, 1992; 2013; Dill et al., 2016), o com han de negociar la seva masculinitat (Evans, 1997; Lupton, 2000; Simpson, 2004; Baines et al., 2015). Les seves pràctiques visibilitzen nous models de masculinitat i mostren un canvi potencial en les relacions de gènere (Hanlon, 2012; Scambor et al., 2014; Elliot, 2016), i generen nous desafiaments en aquestes ocupacions poc valorades (Baines et al., 2015) i als models d'organització del treball patriarcals (Collinson i Hearn, 2011). Altres estudis s'han centrat més en l'anàlisi del funcionament de les pròpies organitzacions que actuen com estructures dominants per mobilitzar i definir la masculinitat i caracteritzar un treball com masculí o femení, i en com operen les organitzacions i les polítiques socials en el reclutament dels homes en aquests sectors i les barreres i oportunitats dels homes en accedir-hi (Lupton, 2006; Gärnter et al., 2011; Cottingham, 2014; Hussein et al., 2016). Aquests estudis es centren sobretot en ocupacions de cura vinculades a l'educació o a la salut. Per tant, hi ha un buit acadèmic en la implicació dels homes en els treballs de cura directa realitzats en els serveis de llarga durada, en concret a la cura de les persones adultes. En el cas espanyol, a més, l'aportació acadèmica dels homes i la cura es centra sobretot en l'anàlisi de la seva implicació l'àmbit familiar, la major part en l'atenció a la infància (Garcia et al., 2004; Crespo i López, 2008; Tobío, 2012; Álvarez, 2016) i en les "noves masculinitats" (Alaméras, 2000; Abril, et al., 2009; Pineda, 2010; Abril i Romero, 2011; Freixanet, 2013; Abril, 2013). Són menys els estudis que tracten la implicació de cura d'adults en l'àmbit familiar (Aguilar et al., 2017; Soronellas i Comas D'Argemir, 2017) o que tractin les preferències de les persones cuidades per homes en entorns institucionals (Báñez, 2017).

La cura com a sector ocupacional a Espanya ha estat sobretot estudiat en el sector domèstic (Parella, 2003; Castelló, 2009; Díaz i Pérez Orozco, 2010; Gregorio, 2017; Offenhenden, 2017). En el sector dels serveis de cura, concretament en el SAD, diversos estudis analitzen les desigualtats de gènere, ètnia i classe, les dificultats de professionalització, i del model de servei que dona continuïtat a la feminització i a la familiarització de la cura. Per exemple, Martínez Buján, amb una tesi realitzada al 2008, que si bé es centra en l'anàlisi del sector domèstic com a nínxol ocupacional per a dones migrades, també agafa el SAD (de Pamplona i La Corunya) com a cas d'estudi per l'anàlisi del paper de les dones migrades en aquests serveis. Per altra banda, el monogràfic de Zerbitzuan (2015) recull una sèrie d'articles que aporten dades sobre el treball de cura en el SAD i les polítiques públiques. Per exemple, Díaz i Elizalde (2015), en el cas de Madrid, demostren les activitats de cura tenen poc control i s'assimilen a les del manteniment de la llar amb menys valor social, hi ha poca formació i reciclatge de les treballadores i augmenten les entitats en el sector amb poca experiència en aquest àmbit; Nogueira i Zalakain (2015), analitzen la discriminació de les dones estrangeres que treballen en serveis domèstics i de cura a persones dependents; Montserrat (2015) analitza com les reformes de la LAPAD han incidit en la privatització d'aquests serveis; i Recio et al. (2015) incideixen en les dificultats de professionalització d'aquests treballs a Catalunya per les representacions socials i culturals d'aquests treballs basades en la família i la feminitat. El SAD com a cas d'estudi en un context Català ha estat analitzat per Torns (2007), Vega, (2009), i Recio (2010, 2015).

La professionalització dels serveis de cura a Catalunya, ha estat estudiada Torns et al (2014), que analitzen la situació dels treballs de cura en diversos serveis i en l'àmbit familiar, i les dificultats de crear perfils professionals prestigiat. La investigació parteix de la constatació del caràcter poc

professional i precari del treball de cura i de la necessitat d'aconseguir major prestigi, millors condicions laborals i salarials. Són treballs poc qualificats i amb dificultats per a la seva professionalització a causa bàsicament de factors estructurals i dels imaginaris col·lectius que projecten unes representacions socials familiars i femenines. L'estudi conclou que repte el principal per afavorir la professionalització del sector a no es tracta de crear nous perfils professionals, sinó la revisió i millora de les professions existents al voltant de les cura. És a dir, millorar la formació prestigiada i el reconeixement de l'experiència en l'execució i gestió de les cura i revisar les rigideses i jerarquies de les professions existents. Un dels trets rellevants per aquesta investigació és que les dificultats de professionalització es donen per la persistència de factors estructurals (familisme) i les resistències socio-culturals (feminització) però aprofundeix poc en l'anàlisi de les relacions de gènere i no contempla la implicació dels homes en aquests treballs. L'univers d'anàlisi s'ha limitat a les dones cuidadores (remunerades dels serveis públics i del sector domèstic i no remunerades en l'àmbit familiar) per la feminització del sector, exclouent els homes cuidadors. D'aquesta forma, invisibilitza la implicació dels homes en aquests treballs i les possibilitats de transformació de les relacions de gènere. Per altra banda, la recollida d'informació s'ha basat en dades quantitatives i qualitatives, que si bé aporten dades interessants per l'anàlisi, no incideix en l'especificitat de la particularitat del treball en els diferents àmbits (remunerat i no remunerat).

Les aportacions entorn al treball de cura a Espanya en el marc d'unes polítiques socials suscita un debat en com abordar el reconeixement d'aquest treball (Marbán, 2011; Peterson, 2015). L'especificitat del treball de cura configura una cultura del treball diferent al model predominant (masculí) que es gesta amb el treball domèstic i familiar. L'existència d'un caràcter socialment femení (invisible durant molts anys) al passar recentment a l'esfera pública, continua estant poc valorat (Comas d'Argemir, 2015; Recio et al., 2015; Esteban, 2017). Apareix així, el debat entorn la professionalització de la cura, que gira al voltant de si el reconeixement de la cura professional suposa una redistribució de la cura, i per tant, superar la divisió sexual del treball, o al contrari, suposa reforçar aquesta identitat femenina vinculada a la cura, aquesta "mística de la cura". És interessant aquí la proposta de Fraser (1997) per avançar cap a l'equitat de gènere, tant el reconeixement la universalització dels sabers femenins com la redistribució i coresponsabilitat i avançar cap a un model de *cuidador universal*, basat en la deconstrucció del gènere i la implicació de les polítiques públiques en l'organització social de la cura. O la proposta de Esteban (2017) que incideix que cal la redistribució per arribar al reconeixement. Però el debat no està resolt i requereix d'estudis que aportin dades empíriques d'aquest sector ocupacional, tant de les barreres culturals i d'oportunitat dels homes per accedir en aquest sector ocupacional, com per l'especificitat d'aquests treballs basats en el treball relacional poc valorats pel mercat, per avançar cap a un treball de qualitat basat en la igualtat social, garantint els drets tant de les persones que cuiden com de les que són cuidades.

Els estudis que s'han realitzat entorn el sector de la cura a Catalunya són bàsics per la investigació, ja que aporten dades qualitatives i quantitatives sobre l'especificitat del treball de cura en el SAD, les condicions laborals, les desigualtats de gènere, ètnia i classe, les dificultats de professionalització i el paper de les polítiques públiques, no incorporen les experiències dels homes en aquest sector.

Aquesta tesi és rellevant perquè aporta dades etnogràfiques sobre el treball de cura remunerat en els serveis públics d'atenció a la dependència, basades en les entrevistes i la observació participant,

incidint en la implicació dels homes en aquest sector i en les continuïtats i transformacions en les relacions de gènere. S'han agafat els Serveis d'Ajuda Domiciliaris com a casos d'estudi, un sector ocupacional emergent i dels més feminitzats. Aportar dades empíriques entorn aquest sector ocupacional pot contribuir a la visibilització del treball, repensar el gènere associat a l'activitat i afavorir una transformació de les representacions socials associades.

8. Estructura de la tesi

Aquesta tesi es presenta en format de compendi d'articles, elaborats de forma individual i conjunta. Havent realitzat una primera part on s'ha introduït el tema de la recerca, els principals conceptes teòrics, l'estat de la qüestió, la problemàtica de la recerca i la metodologia, a continuació s'inclouen els articles elaborats que he classificat en dos blocs: En un primer, s'inclouen tres articles sobre el treball de cura remunerat agafant els Serveis d'Ajuda Domiciliaris com a casos d'estudi; i en un segon, dos articles sobre la implicació dels homes en els treballs remunerats en diversos serveis de cura. Cal avançar, que en el contingut dels mateixos hi ha elements que poden resultar repetitius amb el què fins ara s'ha exposat a nivell de context, metodologia i marc teòric, aportant de nou l'anàlisi del treball de camp realitzat.

En relació al primer bloc, a l'article *Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de un Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona* s'analitzen les tensions i ambivalències que s'expressen durant la pràctica professional donades per unes representacions socials (familiars i femenines) que entren en tensió quan l'activitat es desenvolupa en el marc d'unes relacions laborals remunerades. Un segon, *Hombres i dones en el treball de cura remunerat: Continuitats i transformacions en les relacions de gènere en els serveis d'ajuda domiciliaris* on s'analitzen les continuïtats i transformacions de les relacions de gènere, per veure com gestors, persones receptores i professionals reproduïxen els estereotips de gènere i com els treballadors negocien el gènere associat a l'activitat mitjançant estratègies professionals. I per últim *Desigualdades de género y trabajo de cuidados en el Servicio de Ayuda a Domicilio: políticas, discursos y prácticas* on s'analitzen les polítiques socials, laborals i formatives que regulen aquestes ocupacions, i els discursos dels gestors de les organitzacions a fi d'identificar les barreres i oportunitats que limiten o afavoreixen la igualtat en les organitzacions.

En relació al segon bloc, en primer lloc l'article *Hombres en trabajos de cuidado: género, identidad profesional y cultura del Trabajo* es basa en analitzar les experiències i percepcions dels homes que es dediquen de forma remunerada al treball de cura de llarga durada, a través d'organitzacions que operen en diversos sectors de serveis de cura per conèixer en quines circumstàncies hi accedeixen i com experimenten la seva activitat en relació al gènere. Un segon article *¿Se buscan cuidadores? Estrategias de contratación de hombres en trabajos remunerados de cuidados a personas adultas en situación de dependencia* on s'analitzen les estratègies que guien a les organitzacions que presten cura de llarga durada per a recórrer homes (fonamentalment com a professionals auxiliars assistencials) i en quina mesura aquesta situació pot resultar també una tàctica de les polítiques socials per alterar, o no, la estructura de gènere present en aquest tipus d'activitats.

Finalment, a partir de les conclusions reflectides en cadascun dels articles, es presenta una discussió conjunta dels resultats on s'exposa la contribució científica de la recerca, es presenten algunes consideracions per l'aplicabilitat de la recerca i les limitacions d'aquesta investigació i futures línies de recerca.

9. El treball de cura remunerat en els serveis d'ajuda a Domicili

9.1. Article: Roca, M. (2017). Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de un Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 35 (2), 371-391.



Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de un Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona¹

Mireia Roca Escoda²

Recibido: 17 de mayo de 2016 / Aceptado: 12 de octubre de 2016

Resumen. El cuidado de las personas mayores ha dejado de ser una cuestión exclusivamente privada para pasar a ser también una cuestión pública, traspasando así diversos ámbitos e implicando a diferentes agentes sociales. Mediante una metodología de investigación cualitativa, basada en un estudio de caso etnográfico, se han realizado entrevistas en profundidad a trabajadoras del cuidado remunerado (trabajadoras familiares) y observación participante durante su práctica profesional. En este artículo analizamos el modelo de cuidado a personas mayores ofertado desde un servicio público de atención a domicilio. Un trabajo que convive con formas tradicionales de atención (a cargo de la familia, principalmente por parte de las mujeres), y donde la profesionalización no está consolidada. En este contexto aparecen las tensiones y ambivalencias que se manifiestan durante el servicio de cuidado profesional y se plantea la necesidad de nuevos debates sobre la responsabilidad social del cuidado y las características propias de la actividad cuando esta es remunerada.

Palabras clave: envejecimiento; trabajo de cuidados; género; servicio de ayuda domicilio; políticas públicas.

[en] Contradictions and ambiguities during care work. *Case study of a Home-Care-Service in the province of Barcelona*

Abstract. The care of the elderly people has stopped being an exclusively private matter, becoming a public question crossing different fields and involving different social agents. Through a qualitative research methodology, based on an ethnographic case-study, in-depth interviews have been made to paid professionals working in the care of the elderly (nurses of a home-care-service). This same methodology guided the participatory observation made during the professional praxis. In this article we analyse the model of public home-care-services for the elderly. A work that coexists with traditional ways (households, mainly women looking after elder family members), and where professionalization is not consolidated. In this context contradictions and ambiguities arise and call for the need of new debates on the social responsibility of the care of the elderly, as well as regarding the own characteristics of the activity when it is remunerated.

Key words: ageing; care work; gender; Home-Care-Service; public policy.

Sumario: 1. Introducción. 2. La organización social del cuidado. 2.1. El Servicio de Ayuda a Domicilio. 3. El trabajo de cuidados en un SAD. 4. Tensiones y ambivalencias durante la práctica profesional.

¹ El artículo forma parte del programa de Doctorado de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona.

² Estudiante de doctorado
Universidad Autónoma de Barcelona
E-mail: mrocaescoda@gmail.com

4.1. La organización del servicio: entre el domicilio y la empresa. 4.2. La identidad profesional: entre lo vocacional y lo familiar. 4.3. El contenido del trabajo de cuidados. 5. Conclusiones. 6. Bibliografía

Cómo citar: Roca Escoda, M. (2017) “Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de un Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona”. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 35(2), 371-391.

1. Introducción

El objetivo de este artículo es analizar la prestación de cuidados a personas mayores desde el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD). Este servicio, que crece con la aprobación de la Ley estatal 39/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia, convive con la atención familiar y es ejercido por nuevas profesionales, las Trabajadoras Familiares³. Pretendemos reconstruir las tensiones y ambivalencias que se generan en la práctica cotidiana contrastando las representaciones sociales en torno al cuidado y las previsiones de las políticas públicas. Tal como intentaremos mostrar, las dimensiones de género, clase y etnia se hallan presentes en la práctica profesional y las condiciones de ejercerla.

El envejecimiento de la población en Cataluña, como en el resto de España y en los países occidentales aumenta (según datos de la OCDE en España la población de más de 80 años era del 5% en 2010 y se prevé que en el 2050 sea del 15%). A la vez, se incrementan las necesidades de cuidado a las personas mayores en situación de fragilidad que necesitan un apoyo. El cuidado de esas personas ha sido tradicionalmente realizado por la familia (principalmente por la mujer) en el ámbito doméstico, como una actividad no remunerada, socialmente devaluada e invisibilizada (Carrasco, Borderías, Torns, 2011; Comas d'Argemir, 2012). En el momento actual, diversos cambios sociales protagonizados por el envejecimiento de la población (aumento de las crecientes necesidades de cuidado a las personas mayores), los cambios en las estructuras familiares (Brullet, 2010) y la participación masiva de la mujer, con responsabilidades familiares, en el mercado de trabajo (que supone la disminución de tiempo dedicado al cuidado familiar), han hecho emerger la necesidad social de reorganizar el cuidado: “¿quién cuida a las personas mayores?” Este interrogante abre nuevos debates en torno a la responsabilidad social del cuidado (entre la familia, el estado, el mercado y la comunidad) y al valor del trabajo de cuidado, a la vez que cuestiona el sistema que sustentaba la función clave del modelo familiar en una sociedad patriarcal, organizada sobre la base de un modelo de trabajo productivo (masculino) y reproductivo (femenino) (Carrasco, Borderías, Torns, 2011).

Esta situación, conocida como “crisis del cuidado” (Pérez Orozco, 2006; Mandell, 2010; Batthyány, Genta y Perrotta, 2014), plantea el reto de organizar los cuidados teniendo en cuenta la contribución equitativa de hombres y mujeres al bienestar de la sociedad y el derecho a decidir cómo ser cuidado. El cuidado de las personas mayores ha dejado de ser una cuestión exclusivamente privada para pasar a ser también una cuestión pública (Tronto, 2004; Williams, 2010; Esquivel, 2011; Batthyány,

³ Nos referimos a las TF en femenino por la alta feminización del sector.

Genta y Perrotta, 2014), traspasando así diversos ámbitos e implicando a diferentes agentes sociales: el “cuidado social” (Daly y Lewis, 2000).

2. La organización social del cuidado

Con la promulgación de la Ley de la Dependencia en 2006, aparece en España el derecho subjetivo⁴ a recibir cuidado, a fin de garantizar la cobertura de las necesidades de cuidado a toda la población. Se promueven diversos servicios públicos y prestaciones económicas para dar respuesta a las necesidades, cubiertas hasta el momento, exclusivamente, por las familias. El desarrollo autonómico del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia presenta contornos muy diferentes en cada Comunidad Autónoma, lo que muestra una variedad de concepciones de las políticas sociales (Martínez-Buján, 2011). Aun así, lo común en todas ellas es el papel protagonista de la familia. Esta política responde al modelo de bienestar caracterizado por políticas conservadoras, basado en la familia como responsable de las necesidades sociales y la promoción de servicios asistenciales y subsidiarios (Rodríguez Cabrero, 2011). Según datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia, en 2012 el 44,46% de las prestaciones corresponden a la prestación económica destinada a los cuidados familiares, mientras que el Servicio de Ayuda a Domicilio sólo alcanzaba al 13,05%, la atención diurna al 6,87% y la atención residencial al 13,10%. El resto se distribuye entre los servicios de teleasistencia, los servicios preventivos o la prestación económica de asistente personal (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2012)⁵.

Desde el inicio, la Ley de la Dependencia estableció que priorizaría los servicios sociales sobre las prestaciones económicas, pero en la práctica ha sucedido lo contrario, delegando el cuidado a las familias y favoreciendo la compra del cuidado a través del servicio doméstico. Así en 2008, la fuente más común de atención es el cuidado no remunerado (realizado principalmente por la familia), con un 78,5 %. Las personas que reciben cuidado remunerado solo ocupa el 10,9 % (siendo el privado un 7,3%). El 10,5% restante recibe tanto cuidado remunerado como no remunerado (Roger-García y Ahmed-Mohamed, 2014). El desarrollo de la ley coincide también con la crisis económica en un contexto español gobernado por políticas conservadoras. Desde finales de 2011 diversas reformas legales y estructurales basadas en la reducción del financiamiento público (Deusdad, Comas d'Argemir y Dziegielewski, 2016) han provocado retrasos en la aplicación de la ley y no ha favorecido la sostenibilidad del sistema dando lugar al debilitamiento de los derechos reconocidos en un inicio. Es así como se reducen servicios y las prestaciones monetarias se generalizan, favoreciendo a los proveedores privados en un contexto donde la oferta pública de servicios es insuficiente (Marbán Gallego, 2011; Vilà, 2013), siguiendo una lógica neoliberal, que prescribe la austeridad y la rentabilidad de la política social, legitimando los recortes en los servicios sociales para las personas mayores dependientes (Peterson, 2015).

⁴ Las Administraciones garantizan la atención a las personas con dependencia, que son evaluadas por los equipos de valoración del sistema de dependencia. En función del grado de dependencia, tienen derecho a recibir servicios o prestaciones económicas.

⁵ Estos datos corresponden a los porcentajes totales en España. Para ver las diferencias regionales se pueden consultar los datos anuales publicados por el IMSERSO o el estudio de Martínez-Buján (2011).

El cuidado mercantilizado aumentó en los últimos años y se hizo más visible como fuente de empleo (tanto en el caso de las empleadas del hogar como en el de las trabajadoras de servicios profesionales). El trabajo de cuidados remunerado en servicios residenciales y atención diurna en 2009 en Cataluña incluía a 37.404 personas contratadas y según estimaciones en 2013 a 41.395, el 1,4% de la población ocupada en Cataluña. El número de trabajadores del SAD serían 7.400 en 2012, según estimaciones el 0,25 % de la ocupación total en Cataluña (Asociación Catalana de Recursos Asistenciales, 2014). Se da también una diferencia en el origen de las trabajadoras contratadas, siendo las extranjeras las que predominan en el sector doméstico como empleadas del hogar. Según datos de la Encuesta de Población Activa, en 2009 las trabajadoras extranjeras ocupadas en trabajos de cuidados profesionales es del 14,6% y en el ámbito del servicio doméstico del 60,4% (Martínez-Buján, 2011).

A la vez, la presencia del mercado en este sector crece, ya sea por la compra de servicios al mercado como por la gestión privada de los servicios públicos por parte de organizaciones mercantiles o sociales. En 2012 solo un 16,5 % de los centros residenciales y un 27,3 % de los centros de día son ofertadas directamente con financiamiento público, el resto son prestadas por entidades sociales y mercantiles directamente o mediante concertaciones. En el caso del SAD, las entidades públicas que prestan el servicio directamente representan el 14,8% y las privadas el 85,2% (Asociación Catalana de Recursos Asistenciales, 2014). Este modelo privatizador, orientado a la obtención de beneficios, favorece el clientelismo y afecta la calidad de la prestación y las condiciones laborales (Pérez Orozco, 2006; Recio, 2010; Martínez-Buján, 2010).

La profesionalización del sector laboral del cuidado ha aumentado, pero se mantiene el cuidado familiar (Torns, 2008; Brullet, 2010, Comas d'Argemir, 2012, 2015; Recio et al., 2015). Al mismo tiempo, el cuidado no profesional en el ámbito del servicio doméstico ha sido una alternativa seguida por muchas familias. El empleo doméstico es cuidador principal en el 6,4% de las situaciones y se estima que un 14,5% de los adultos mayores con dependencia utilizan este recurso, siendo las mujeres inmigrantes las principales empleadas (Martínez-Buján, 2011). Esto es debido a la expansión de las transferencias monetarias sobre los servicios, que ha comportado la contratación de una empleada de hogar como cuidadora principal, muchas de ellas extranjeras. La escasez de recursos para abordar el cuidado, el "déficit del cuidado", ha provocado una reprivatización de la reproducción comportando procesos migratorios para cubrir la demanda de los países más ricos, dando lugar a las llamadas "cadenas mundiales de afecto y asistencia" (Hochschild, 2008). Estos procesos transfieren el cuidado de unas mujeres a otras y suponen la externalización del problema basada en relaciones globales de poder de género (Pérez Orozco, 2006), lo que conlleva que el cuidado que se ofrece a los países receptores de esta población femenina implique una "triple discriminación" en base a la etnia, la clase y el género (Parella, 2003).

2.1. El Servicio de Ayuda a Domicilio

En Cataluña, los servicios públicos que atienden en su domicilio a las personas en situación de dependencia, muchas de ellas personas mayores, son los Servicios de Ayuda a Domicilio⁶ (SAD). Forman parte de los llamados "servicios de proximidad",

⁶ Prestación básica regulada por la Ley estatal 36/2006 de Promoción de las Autonomías Personales y Atención a las personas en situación de Dependencia y la ley catalana 12/2007 de Servicios Sociales.

denominación dada al trabajo doméstico asalariado, relacionado con la precariedad y el trabajo invisible (Parella, 2003; Martínez-Buján, 2010; Recio, 2010). Con la creación de los SAD nacen nuevas profesiones vinculadas al cuidado: las Trabajadoras Familiares⁷ (las TF en adelante). Una profesión desarrollada principalmente por mujeres (ACRA, 2014), la mayoría de ellas autóctonas, a diferencia de las empleadas en el servicio doméstico donde predominan las mujeres inmigrantes (Vega, 2009; Martínez-Buján, 2011). El SAD ha experimentado un crecimiento desde su creación debido al incremento de las necesidades de los servicios bajo la idea de “proximidad” (personales y familiares). El crecimiento de los SAD tiene que ver también con la preocupación a nivel europeo por aumentar las tasas de ocupación como una solución ante el desempleo producido por la crisis de principios de los años 90. En Europa, a partir de la elaboración del Informe Delors, recogido en el Libro Blanco sobre competitividad y empleo (1993), se crearon nuevos filones de ocupación, destinados al colectivo de mujeres adultas con dificultades de inserción laboral, con el objetivo de crear nuevos empleos y afrontar nuevas necesidades sociales. En 2004, el Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia (Instituto de Mayores y servicios Sociales, 2004) contemplaba la creación de nuevos empleos por el desarrollo de los programas de atención. Se dijo que en España se generarían en neto por lo menos 267.057 puestos de trabajo a jornada completa en el año 2010, lo cual ayudaría a aflorar empleos que en aquel momento se venían realizando de forma sumergida o irregular. Resultaron trabajos femeninos, no cualificados, en condiciones laborales precarias, con pocos requerimientos formativos y pocas posibilidades de mejora profesional (Otaegui, 2007; Recio et al., 2015).

Los modelos políticos de provisión de cuidado llevan implícitos una definición de cuidado y unas ideas en torno a quien lo proporciona y sus beneficiarios, otorgando diferentes valores a la tarea de cuidar y dando lugar a un modelo social de organización del cuidado particular. El SAD es un recurso público que fomenta el cuidado social y su profesionalización, pero se desarrolla en un contexto caracterizado por un sistema de bienestar mediterráneo, caracterizado por la responsabilidad individual y familiar del cuidado (Rodríguez Cabrero, 2011; Comas d’Argemir, 2012, 2015). Es un recurso que fomenta la permanencia de la persona en el domicilio, en su entorno familiar, dando continuidad al imaginario del cuidado familiar, llevado a cabo en la intimidad por las mujeres, y que además supone incrementar la responsabilidad del cuidado a las familias. Todo ello de acuerdo con el discurso actual, que presenta a la familia como el elemento “natural” de convivencia. Siguiendo a Lewis (2007), las políticas no contribuyen a garantizar la valoración del trabajo de cuidado, están basadas en la individualización y en la desventaja para las mujeres.

El SAD se desarrolla en una cultura de cuidado familiar (y femenino) lo que dificulta su profesionalización y valoración social (Martínez-Buján, 2010; Recio et al., 2015). Se desarrolla en el marco de unas políticas públicas y unas organizaciones de servicio que avalan un sistema social basado en la desigualdad social y de género: condiciones de trabajo precarias, servicios subsidiarios, familistas y escasos (Otae-

⁷ Titulación obtenida inicialmente mediante formación profesional para la ocupación impartidos por los ayuntamientos. Desde 2003 se reconoce la profesión dentro de la formación reglada con el título Técnico de Atención Sociosanitaria (Formación Profesional de grado medio). Actualmente, hay tres vías de formación: la formación profesional, los certificados de profesionalidad y acreditación de competencias (reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas mediante experiencia laboral).

gui, 2007; Razavi y Staab, 2010; Recio, 2010; Recio et al., 2015; Tobío, et al., 2010). A fin de dar respuesta a las desigualdades de género y al reconocimiento del cuidado como trabajo profesional, garantizando los derechos de las personas proveedoras y receptoras de cuidado, es necesario conceptualizar el cuidado como valor público, alejarnos de la responsabilidad individual, en tanto que todos y todas somos receptores de cuidado. Un escenario donde es necesario cuestionar la asociación del rol de cuidadora a la identidad femenina, convirtiendo el trabajo de cuidado en responsabilidad social y en una tarea no feminizada (Fraser, 1997; Tronto, 2004).

3. El trabajo de cuidados en el Sad

En este artículo presentamos una aproximación etnográfica al trabajo de cuidados en el marco de un servicio público: el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Aunque la mayor parte del cuidado sigue estando prestado por las familias (las mujeres) dentro de la esfera doméstica y reproductiva, actualmente también es un trabajo remunerado. Nuestra aproximación se sitúa en los estudios orientados al análisis del cuidado y las políticas públicas, con el reclamo de que las sociedades contemplen el cuidado como responsabilidad social (Daly y Lewis, 2000, Esquivel, 2011, Razavi, 2007, Williams, 2010). Se trata de una perspectiva clave ya que incluye las instituciones y servicios de mercado en la provisión del cuidado. También permite captar el cuidado desde diferentes ámbitos y sacarlo de su espacio tradicional, el doméstico y femenino por excelencia, dando lugar a transformaciones en las modalidades de cuidado así como en las expectativas sobre quién debe cuidar y cómo debe hacerlo (Del Valle, 2004). Para el análisis del cuidado en este contexto, nos referimos al concepto de cuidado social introducido por Daly y Lewis (2000), que incluye las actividades y las relaciones para la satisfacción, las necesidades físicas y emocionales, los marcos normativos, económicos y sociales donde se desarrolla. Un modelo de trabajo que se configura por la interacción de distintas variables: el valor social de la labor de cuidados por la sociedad, el tipo de políticas sociales que regulan los servicios y las formas de gestionarlas, y la cualificación profesional de este tipo de empleo (Recio, 2010).

El objetivo general fue conocer las dinámicas relacionales, barreras culturales y representaciones sociales entorno al trabajo de cuidado a las personas mayores en un SAD. El objetivo se concretó en identificar las tensiones y ambivalencias que se producen durante la práctica profesional entre los agentes implicados en la prestación del servicio; las representaciones sociales entorno al cuidado que dificultan la igualdad social y de género; y el modelo de política social que promueve una organización del cuidado particular.

Las ideas que orientaron el estudio fueron que la organización del SAD conlleva tensiones y ambivalencias en la realización de la actividad y en la delimitación de la tarea como trabajo remunerado, ya que las estructuras normativas condicionan la forma del cuidado, creando profesiones y recursos sociales que dificultan su abordaje, en una sociedad donde el cuidado está estrechamente vinculado a lo íntimo y familiar (y femenino). Precisamente el modelo social basado en dicotomías (productivo y reproductivo; masculino y femenino; público y privado) dificulta el análisis del cuidado en este contexto institucional, que traspasa fronteras y se sitúa en los intersticios (Waerness, 1987; Comas y Roca, 1996; Hochschild, 2008).

Se parte de la idea de que el cuidado es una construcción social. La naturaleza del cuidado varía según si se realiza dentro de la familia o en una actividad remunerada; por tanto, las ideas en torno a ella y los límites pueden ser difusos. El trabajo de cuidados remunerado exige no sólo capacidades de tipo material y práctico, sino también de tipo relacional y emocional, que son básicas para poder realizar el trabajo. Precisamente muchas de las dificultades para la institucionalización y la mercantilización del cuidado tienen que ver con estos últimos factores, factores que entorpecen el traslado de la actividad de hacerse cargo de los otros desde los entornos íntimos y familiares a la esfera pública o institucional (Hochschild, 2008; Molinier, 2008; Zelizer, 2009). Al ser trabajos que presentan características semejantes al trabajo doméstico (suponen unas cualidades vinculadas al ámbito privado), las fronteras entre trabajo remunerado y no remunerado se difunden, se transforman, poniendo en cuestión la dicotomía público/privado y dificultando la valoración y catalogación de este trabajo (Del Valle, 2004; Martín Palomo, 2008; Esquivel, 2011).

La organización social del cuidado continúa basándose en la desigualdad social en base al género y la clase, siendo el trabajo de cuidados una profesión feminizada y poco valorada. Las representaciones sociales y las barreras de oportunidad sobre quién realiza el trabajo de cuidados se basan en patrones de género y clase, tanto por la vinculación del cuidado a la identidad femenina como por las condiciones laborales del sector (Torns, 2008; Carrasco, 2009). La feminización del cuidado se relaciona con la mercantilización de los procesos productivos fuera del ámbito doméstico y la vinculación de las mujeres a la domesticidad, lo que contribuye a naturalizar las responsabilidades del cuidado y a construir nuevas identidades femeninas asociadas al cuidado (Juliano, 1989). Tal y como dice Torns (2008), en estos trabajos femeninos, no se valora tanto el “saber hacer” o el “saber decir”, sino el “saber estar”. Es debido a la feminización del trabajo, que al pasar a la esfera pública, sigue estando poco valorada. Es un sector laboral precario porque se asocia al trabajo doméstico, esto es lo que explica la catalogación de estas profesiones como no especializadas y con bajos salarios (Borderías, 2000). En este sentido, diversos estudios feministas analizan cómo la aplicación de categorías de análisis del trabajo remunerado que responden al modelo masculino, interpretan el trabajo femenino como de segunda clase, poco cualificado y marginal, hecho que dificulta su valoración y su importancia en el funcionamiento económico y social (Himmelweit, 2000; Borderías, 2000; Razavi, 2007). La idea de que el cuidado requiere de unas cualidades que han sido feminizadas, habilidades y capacidades aprendidas en el entorno doméstico, concebida como una tarea vocacional, no aprendida y vinculada a la mujer (Juliano, 1989), también dificulta la entrada del hombre al trabajo de cuidado, tanto por los potenciales cuidadores como por los receptores y gestores de los cuidados. Pero la incorporación progresiva de los hombres en este ámbito, que puede estar relacionado con la mayor demanda de cuidado y la situación de desempleo de muchos hombres, pone en cuestión la vinculación de la mujer al cuidado y abre nuevos interrogantes en relación a la identidad de género y su carácter dicotómico (“femenino” - “masculino”) partiendo de la idea de que el género es una construcción social (Butler, 1990; Stolcke, 2003).

Para llevar a cabo la investigación hemos utilizado la estrategia de caso etnográfico, basado en el trabajo de campo y las técnicas cualitativas; la relación entre la teoría y los datos empíricos y la visión crítica del fenómeno objeto de estudio. Se escogieron como unidades de análisis los discursos, prácticas y relaciones que se establecen en relación al cuidado a las personas mayores prestado por las TF, las que

realizan la atención personal en los domicilios. A pesar de que los discursos de los gestores del servicio y los beneficiarios del cuidado se han tenido en cuenta, nos ha interesado especialmente la perspectiva de las profesionales de atención directa en relación a su trabajo.

La unidad de observación fue un SAD de Mataró (provincia de Barcelona). Dado que el ayuntamiento externaliza la producción del servicio a cuatro entidades privadas, se eligió para el estudio una empresa mercantil. El SAD del estudio está integrado por distintos profesionales: 1 jefe de servicio, 2 coordinadoras técnicas, 35 Trabajadoras Familiares (TF) dedicadas a la atención directa y 13 auxiliares del hogar (AH), dedicadas a la limpieza del hogar. Del total de las TF, 34 son mujeres. La mayoría responden a un perfil de mujeres autóctonas (del total, 6 son inmigradas). Sus edades oscilan entre los 30 y los 60 años, y el mayor volumen está representado por las de 40-50 años. Tienen contratos indefinidos de obra y servicio y trabajan entre 5 y 37 horas semanales, aunque la mayoría están entre las 20 y las 37 horas. La antigüedad en la empresa es, en primer lugar, entre 1 y 3 años, seguido de entre 3 y 6 años. Generalmente tienen experiencia laboral en otros SAD, en residencias para gente mayor o en domicilios a nivel privado. En 2011, la empresa atiende a un total de 274 personas usuarias (en lenguaje de la Administración y de los servicios), 68 hombres y 206 mujeres, que son derivados desde los servicios sociales del ayuntamiento. Del total de personas usuarias, 189 reciben el servicio de atención y 160 reciben el servicio de limpieza del hogar –aunque también hay personas que reciben ambos–. En cuanto al perfil de personas usuarias, el 69% son personas de más de 65 años y el resto tienen problemas de salud mental (21%) o son casos de infancia en situación de riesgo (10%). Las personas mayores normalmente tienen apoyo familiar, pero como es insuficiente, sus necesidades son, principalmente, ayuda en la realización de la higiene personal, en la organización del hogar, en la ejecución de la compra y acompañamiento en el paseo.

Se realizó una exploración bibliográfica sobre el tema de estudio y se procedió al análisis cuantitativo de fuentes estadísticas. Durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas en profundidad a los distintos actores que participan en la organización, gestión y atención del SAD: profesionales de atención directa (8 mujeres y 1 hombre), a las coordinadoras técnicas y al jefe del servicio. También desarrollamos observación participante durante la prestación del servicio y observaciones durante el trabajo diario que desempeñan las TF en los distintos domicilios. El material empírico también proviene de la observación y la participación directa en la coordinación técnica de un SAD (distinto del SAD objeto de estudio pero que gestiona la misma empresa), de donde se han podido extraer datos utilizados para contrastar y completar las informaciones obtenidas. Una experiencia profesional que desde una mirada antropológica nos ayudó a problematizar el objeto de estudio y avanzar en el análisis. Fue fundamental mostrar la interrelación existente entre los comportamientos y eventos observados, aquellos registrados a partir del discurso oral de los informantes y los que derivan de la lectura de documentos y de materiales bibliográficos.

4. Tensiones y ambivalencias durante la práctica profesional

4.1. La organización del servicio: entre el domicilio y la empresa

El SAD es un servicio público que inicialmente se gestionaba directamente desde los servicios sociales municipales. Con el crecimiento de la demanda, el servicio se externalizó parcialmente, delegando solo la contratación de personal para la realización del servicio a un operador externo privado, y manteniendo la gestión del servicio desde servicios municipales (algunas de las TF entrevistadas estaban contratadas desde 1993 por una entidad privada pero formaban parte de los equipos municipales de gestión del SAD). Desde 2002, de acuerdo con la tendencia general de las administraciones públicas, la gestión del servicio se externaliza más, es decir, la provisión del servicio corresponde a la administración local a través de los servicios sociales y la producción del servicio se deriva a un productor externo mediante un concurso público. La empresa que gestiona el SAD objeto de estudio es una multinacional de servicios que se dedica a varios sectores, entre los cuales está el de servicios sociales. Es una empresa mercantil orientada a la producción de capital económico, bajo los criterios de eficiencia, rentabilidad y competitividad. La gestión del servicio se desarrolla en dos fases: en primer lugar, los servicios sociales municipales identifican a las personas usuarias, asignan el recurso y desarrollan el seguimiento y la gestión del caso (la revisión periódica del diagnóstico que dio lugar a la asignación del servicio); en segundo lugar derivan la demanda de servicio a una empresa privada, encargada de prestar el servicio, definiendo un circuito de trabajo y unos protocolos de actuación que reflejan las actividades y tareas que se llevan a cabo por las distintas profesionales, manteniendo una coordinación y seguimiento con la entidad pública. La coordinación diaria del servicio está a cargo de la coordinadora técnica de la empresa, quien recibe las demandas desde servicios sociales y asigna a las personas usuarias las profesionales de atención directa. Según si el servicio es de atención o de limpieza se asigna la profesional, acorde con su perfil profesional y su disponibilidad. Se adjudican unas horas de atención al día o a la semana al usuario beneficiario del servicio en función de la situación socioeconómica y/o las necesidades derivadas de la situación de dependencia. Si tienen capacidad económica, pagarán una parte del servicio (copago). Es el único recurso de atención domiciliar por parte de un profesional contratado desde un ente público que se ha ido configurando como una prestación básica de apoyo, tanto para quienes necesitan ayuda en la vida diaria como para sus cuidadores. Al no existir una normativa específica del SAD, son los ayuntamientos los que establecen las condiciones del servicio mediante un pliego de cláusulas técnicas y administrativas, pero también es la oferta y la organización de la empresa privada la que configura la estructura del servicio.

Las condiciones laborales de las TF están regidas por el convenio del sector⁸, pero sobre todo dependen de cómo lo aplica la entidad o empresa que contrata (tipología de contrato, horarios, desplazamientos, dietas, formación, etc.). Todas las

⁸ En Cataluña se aplica el IV Convenio colectivo de empresas de atención domiciliar de Cataluña o el VI Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal.

TF manifiestan que el salario que obtienen es muy bajo⁹ y no se corresponde con la dureza y valor de su trabajo. El hecho de que los contratos estén sujetos a variaciones de horas en función de la asignación semanal de personas usuarias no les da una estabilidad laboral, y que los servicios puedan variar en las franjas horarias tampoco les da garantía de un horario estable. El ritmo de trabajo es intenso, puesto que de un domicilio a otro hay poco margen de tiempo, los desplazamientos están muy acotados y no se establecen pausas dentro de la jornada laboral. A causa de estas condiciones, y de que el tiempo destinado a cada domicilio es muy limitado, la programación encadenada no permite flexibilizar el servicio, aspecto que dificulta un trabajo que se caracteriza por no ser pautado. A menudo, las TF están más rato en cada domicilio que el que tienen asignado, invirtiendo un tiempo que no se contabiliza y que provoca que los domicilios se solapen. De esta forma, tanto la organización del servicio como la regulación del trabajo por parte de la empresa, no ofrecen unas buenas condiciones laborales para las trabajadoras, siendo estas condiciones precarias. Tanto las bajas remuneraciones como la difícil estabilidad del trabajo reflejan la dimensión de las desigualdades de clase en el SAD. Aunque las profesionales reconocen que socialmente no se valora su trabajo (expresan que es una actividad dura y mal remunerada), sí que se sienten reconocidas y valoradas por las personas usuarias, rasgo indispensable para poder desarrollar su labor. Es la satisfacción y la realización personal en el desarrollo de esta ocupación, lo que lleva a las TF a no cambiar de trabajo, tal y como comenta Rosario¹⁰:

Un porcentaje del trabajo es satisfacción que te da a ti... y de decir, he hecho mi trabajo bien. Aunque vayas de bólide al siguiente servicio, te encuentras satisfecha porque has realizado bien tu trabajo. Es una satisfacción muy grande que pocos trabajos te la dan. Está muy mal pagado pero en pocos trabajos tienes esta satisfacción, y a parte cuando te hablan y te dicen “gracias, me has ayudado”, a mí eso me llena mucho. (Rosario)

Las TF desarrollan su trabajo en el domicilio de la persona, pero el trabajo de cuidados está sujeto a diferentes normas, ideas y reglas de los diferentes agentes implicados en el SAD: las que derivan de la organización del servicio (los servicios sociales y la empresa), las del domicilio y las de la práctica profesional. Las tareas a realizar en el domicilio se establecen primero por encargo de los servicios sociales, que definen unos objetivos de trabajo, y después en el domicilio, cuando se negocian con las personas usuarias. Si bien las decisiones sobre los servicios son externas, donde se concretan es en el ámbito privado, según las normas del usuario y las normas profesionales en el desarrollo de las tareas:

No es como trabajar en una empresa, en donde cada día entras en el mismo lugar, o trabajar en una residencia, en que siempre sigues las mismas normas, las de la institución. Aquí las normas son el domicilio. Hay las normas técnicas que no se

⁹ El IV Convenio colectivo de empresas de atención domiciliaria de Cataluña (2015) establece un salario mensual de 1066,16 € para la categoría de Trabajador Familiar; y un salario mensual de 914,12 € para la categoría de Auxiliar de Limpieza.

¹⁰ Las entrevistas realizadas a Ángeles, Teresa, Susana y María originalmente son en catalán, la traducción es nuestra.

negocian, como hacer la higiene, por ejemplo de arriba abajo, como curar una úlcera, y las normas de cada casa, cómo quieren las toallas dobladas, qué orden de las cosas, etc., que estas las fija cada usuario, y te has de adaptar. Estamos en su terreno, es su vida íntima, has de ser neutro, no traspasar la barrera. (Ángeles)

Las personas receptoras de cuidados se muestran más o menos receptivas a recibir atención personal, pero las TF manifiestan que desarrollar su trabajo de entrada no es fácil. El hecho de entrar en el domicilio privado comporta que haya un proceso de adaptación y negociación de las dos partes, tanto a nivel de formas de hacer como de lo que se debe hacer (las necesidades pueden ser distintas según la percepción del usuario, de la TF y lo que establecen los servicios sociales). Así, se convierten en intermediarias entre el domicilio y la empresa; son quienes acaban detectando necesidades y estableciendo nuevas tareas, paralelamente a los servicios sociales o a la empresa, con todas las connotaciones que implica un trabajo individual y solitario. Lo ejemplifica muy bien una TF:

Sí que necesito, y alguna vez he necesitado, el apoyo de la empresa. Porque a veces te sientes que vas por libre, que eres tú la persona que..., porque, claro, el usuario sólo que te ve a ti, y claro, tú les dices “no, es que yo pertenezco a una empresa, y la empresa nos dice tal y está en ese lugar, y si usted tiene un problema ha de llamar a este teléfono que le responderá esta persona o esta otra, que son mis coordinadoras”. Pero muchas veces no quieren llamar a otra persona. “No, porque si estás tú, y vienes cada día a casa, te digo las cosas a ti”, pero hay cosas que no son mi trabajo tampoco. (Teresa)

La negociación de las tareas en el domicilio implica procesos de observación y generación de confianza que, progresivamente, permiten la adaptación o la introducción de cambios. En este sentido, una TF ha de tener respeto y empatía y saber adaptarse a diferentes situaciones. Es importante respetar las costumbres y hábitos de la persona usuaria, a la vez que esta se tiene que adaptar a las normas del servicio. No se trata de imponer unas tareas en un domicilio sino de saber actuar dentro de unos marcos definidos por el servicio, para encontrar la comodidad de la TF y la satisfacción del usuario. Esto es lo que marca la relación profesional con ellos:

Hay de todo, entonces tienes que adaptarte a la clase de persona que es (...), tienes que ser un poco camaleón (...). Tienen maneras diferentes, niveles culturales diferentes. Con una persona eres de una manera y con otra eres de otra, dentro de tu profesionalidad. Has de ser un poco ambivalente con la gente. No todo el mundo necesita lo mismo ni todos lo ven del mismo color. (Ángeles)

No obstante, en su práctica profesional, aparecen tensiones que se resuelven mediante la negociación de la norma en cada caso, porque cada domicilio es un mundo y las TF se encuentran en procesos de negociación constantes. El apoyo de la empresa en este sentido les ayuda a delimitar las tareas y su práctica profesional. Al no existir un código deontológico de la profesión en España y sabiendo que los límites a veces son difíciles de negociar, la empresa establece unas normas de intervención en el domicilio elaboradas a partir de la práctica profesional. Aun así, hay normas difíciles de negociar y se deben ir adaptando a cada caso. Las TF dicen que “haces de

más y de menos”: tomar un café en el domicilio, hacer un encargo fuera de horario o visitas cuando no hay servicio, dar el teléfono al usuario, aceptar regalos, etc. Son situaciones que posteriormente podrían dificultar el trabajo. Este hecho muestra la relación personal que se establece en el servicio.

Tanto las personas usuarias como las trabajadoras consideran que el vínculo y la confianza es esencial para poder realizar el trabajo. Las TF perciben que establecen un vínculo laboral con las personas usuarias del servicio, quedando la empresa al margen de su rutina diaria. En este sentido, el trabajo de la TF está identificado con la intervención en el domicilio. Tal y como la mayoría de ellas expresan, su lugar de trabajo son los domicilios, no la empresa. Esta situación les genera contradicciones, porque van a trabajar a los domicilios, pero las condiciones las establece la empresa (representada principalmente por la figura de la coordinadora), con quien mantienen un contacto puntual. Este hecho provoca que tanto las TF como las personas usuarias sientan los casos como propios y no que formen parte de una organización, lo cual dificulta la gestión de reclamaciones por parte de las personas usuarias, o la propia organización del servicio, como sería el cambio de las profesionales en los domicilios debido a los requerimientos del trabajo (suplentes de las profesionales: vacaciones, bajas laborales, sobrecarga de las TF, etc.), cambios en los horarios del servicio, etc. La empresa en este contexto cumple la función de intermediaria entre los domicilios y los servicios sociales.

El trabajo en los domicilios se diferencia de otros trabajos de cuidado en instituciones (residencias u hospitales), donde las normas institucionales están muy presentes, se mecaniza más el trabajo, y se delimitan muy claramente las tareas en función de la categoría profesional. Por otra parte, el trabajo de cuidados en el domicilio se sigue asociando a lo privado, con poco reconocimiento y valor social. No pasa lo mismo, según el parecer de las TF entrevistadas, con el trabajo de cuidados en residencias, puesto que, al ser un trabajo desarrollado en una institución, se asocia al ámbito público y el reconocimiento es mayor, aparte de ser un trabajo mejor remunerado. Se mantiene, por tanto, la falsa dicotomía público/privado que otorga menos valor al ámbito privado, por ser un espacio de mujeres donde tradicionalmente se ha realizado un trabajo no reconocido e invisible (Himmelweit, 2000; Carrasco, 2009). Así pues, el servicio de cuidado realizado en los domicilios privados de las personas usuarias da continuidad al imaginario que establece la distinción público/privado, haciendo invisible el trabajo y perpetuando la idea del cuidado en la domesticidad. En este sentido, abordar el cuidado como una actividad profesional dentro del ámbito doméstico comporta un cambio de perspectiva en la relación laboral.

El SAD como recurso está bien valorado por las TF. Valoran positivamente que la persona usuaria pueda seguir viviendo en su domicilio y coinciden en que se ofrece una buena atención por el grado de personalización que se da. Pero el bienestar del usuario no se corresponde a veces con el bienestar de las profesionales y la calidad del cuidado. Las horas asignadas a cada usuario son muchas veces insuficientes para cubrir las necesidades de atención. Al ser un servicio puntual a unas necesidades más amplias, se delega buena parte del cuidado a los familiares. Esta idea es reforzada por las TF, que constatan que las personas usuarias creen que la responsabilidad del cuidado debe recaer en las familias, tal y como nos comenta Rosa: “por ejemplo, tienen hijos, y piensan que no debería venir una de fuera, una extraña”. Así pues, la propia tipología del servicio se sustenta en la responsabilidad familiar del cuidado (Martínez-Buján, 2010).

Hay situaciones donde se encuentran con dificultades para realizar su trabajo derivadas de las condiciones de precariedad y características de la vivienda (barreras arquitectónicas, falta de ayudas técnicas, etc.), que obstaculizan y ponen en riesgo a la persona usuaria y a ellas mismas (muchas de las bajas laborales son debidas a accidentes laborales). Tal y como comenta Susana, una TF: “Te encuentras con muchas dificultades en el momento de hacer la higiene y para movilizar a las personas porque, claro, los domicilios no están adaptados. La mayoría no están en condiciones”. A pesar de informar de la situación, no se ponen medidas para mejorarla. Dicen que no se sienten apoyadas profesionalmente por la empresa ni por los servicios sociales, y cuentan con pocos recursos técnicos y emocionales para realizar el trabajo. En este sentido, es preciso reflexionar sobre el modelo de servicio y la calidad del mismo, teniendo en cuenta tanto el bienestar del usuario como de la profesional. A pesar de ello, la experiencia laboral anterior de muchas de ellas como cuidadoras profesionales en residencias les hace coincidir con que el SAD es el ámbito que más les gusta, porque les permite tener un trato más personalizado con las personas usuarias y les da cierto margen de iniciativa. Encuentran este trabajo más enriquecedor a nivel humano.

4.2. La identidad profesional: Entre lo vocacional y lo profesional

Lo que ha llevado a las TF a realizar este trabajo es que les gusta, se sienten útiles por la tarea que realizan. El hecho de ayudar a otra persona les satisface a nivel personal. Coinciden en el hecho de que es un trabajo que no lo puede realizar cualquier persona, pues se requieren unas cualidades, una disposición, una vocación y una implicación personal. Tal y como manifiesta Rosario “Lo llevo desde dentro, llevo toda la vida cuidando enfermos. Esta es una profesión que te tiene que salir a ti del corazón también”. Todas coinciden, sin embargo, que su labor implica una vertiente profesional y una vertiente personal. Una TF ha de saber dónde comienzan y acaban sus funciones, tanto para limitar la exigencia de muchas personas usuarias como las propias ante situaciones emocionalmente complejas. Este aspecto es relevante en cuanto a la percepción que tienen las TF de esta profesión: entienden que realizan un trabajo porque están inmersas en una relación laboral, pero delimitar la actividad profesional es complejo porque también hay una parte personal. En función de la concepción que tienen del trabajo y de su grado de implicación personal, las TF consideran que la labor que realizan en el domicilio es un trabajo o no. Este aspecto, tal y como comenta Rosa, es significativo en cuanto a la percepción que tienen de un trabajo que tradicionalmente ha estado invisibilizado:

Te tienes que implicar mucho, y yo considero que este trabajo, o sea, esto no es un trabajo, ¿vale? Esto no es como vender una barra de pan o coser una camiseta, aquí si tú no pones sentimiento... Tú no vas al domicilio, fichas, hago y me voy..., tiene que haber un sentimiento hacia la persona y entregarte. Te tienes que entregar, no se puede ser fría. (Rosa)

A menudo, las TF no se sienten tratadas como profesionales por parte de las personas usuarias o sus familiares, ya que se prioriza su rol de cuidadoras, lo cual también dificulta la realización del trabajo y la delimitación profesional. María nos

comenta que “para ellos es como algo familiar (...) es un servicio profesional pero a la vez es familiar”. Esta identidad procede del entorno familiar, del papel de estas mujeres dentro de la familia, lo que se constata en la trayectoria de las trabajadoras entrevistadas, muchas de ellas cuidadoras familiares. El trabajo de cuidado a cargo de las TF, por el hecho de realizarse en el espacio doméstico, comporta también una confusión de roles, sobre todo para las mujeres, ya que su realidad vivencial es más compleja por el hecho de haber percibido la separación de los espacios (público/privado) de forma impuesta, en oposición a los hombres, que tradicionalmente no se han hecho cargo del cuidado y han desarrollado su actividad en el espacio público (Carrasco, 2009). En este sentido, el trabajo familiar en el domicilio se sigue asociando a lo privado, lo que dificulta un reconocimiento de la labor profesional (Martín Palomo, 2008) y da continuidad al imaginario de cuidado familiar: la trabajadora deviene uno más de la familia.

Hay unas cualidades personales necesarias para realizar el cuidado, unas competencias que se asocian a las cualidades de la persona (a las mujeres) y que se adquieren con la socialización. Una TF ha de ser una persona cálida, empática y afectiva, debe de tener unas cualidades que tradicionalmente han sido feminizadas y tener un saber y una disposición sin las cuales los trabajos de cuidado no tienen sentido, tomando la idea de Torns (2008). Rosa, una de las TF lo expresa muy bien:

Es una persona que tiene que saber estar, y dar. Si no tienes paciencia, si no sabes comprender, dar cariño, escuchar..., no eres una TF. Una TF no es una persona que va ahí y hace una ducha, recoge y se va; hace una compra, una cama y se va... No..., eso es una parte de la TF... La TF se lleva dentro, es una personalidad, tienes que tener más funciones, tienes que saber escuchar, comprender, no tener en cuenta, ni reprocharle, ni encararte a esta persona... Tenemos que tener muchas cualidades, quien no las tenga yo creo que no debería estar en este trabajo. Yo lo habría dejado. (Rosa)

Son competencias adquiridas históricamente dentro de la familia y utilizadas por el mercado, que si bien son necesarias para el bienestar social, han permanecido invisibles (Carrasco, Borderías, Torns, 2011). Estas “cualidades femeninas”, asociadas al género, responden a construcciones sociales vinculadas a valoraciones sociales y traducciones salariales. Responden a unas competencias que no han podido ajustarse a los criterios de valoración que derivan del mercado o de las políticas (Borderías, 2000). Se trata de unas cualidades reforzadas por las propias TF, por la empresa y por las personas usuarias del servicio. El jefe de servicio del SAD, una de las coordinadoras y algunas TF creen que hay una parte biológica en estas disposiciones, mientras que otras TF consideran que es una cuestión cultural. Aun así, todos coinciden en que las mujeres tienen una mejor disposición personal que los hombres para este trabajo. Esto es reforzado por las personas usuarias, que son reticentes a que sea un hombre quien las cuide, y por los servicios sociales y la empresa, que no promueven la contratación de hombres.

Supongo que somos más sensibles, ellos son más duros. (...) Yo he notado..., yo sé de muchos casos..., “a mí que no me venga un hombre”, es que incluso a mí misma se me tapan, mujeres mismas se me tapan, y yo le gasto bromitas, “pero si estoy harta de verte cada día! Y si tuviera que venir un hombre, ¿qué?” “Ah, no,

a mí un hombre no me toca! A mí un hombre no me ve!”. Supongo que esto les frena más. (Rosa)

En general, las TF expresan que su trabajo también lo pueden desarrollar los hombres, pero ellas no se sienten identificadas con ellos, por lo que no reivindican que se contraten hombres sino que muestran una actitud permisiva en abrirles la profesión. La entrada de los hombres en la profesión, sin embargo, implica un cambio de mentalidad, sobre todo entre las usuarias del servicio, que son las más reticentes a los hombres cuidadores:

Yo pienso que no es lo mismo, la gente está acostumbrada a que las mujeres son quienes han de hacer esto. Claro, por ejemplo, un hombre, irle a hacer una limpieza a una mujer, y además, a una mujer mayor, como que no lo llevaría muy bien, ¿no? Con un hombre yo pienso que le sería más cómodo que le hiciera la limpieza, pienso. (María)

El único hombre que integra la plantilla de TF está contratado por la empresa desde 2010 y realiza las tareas de la profesión “menos femeninas”, las que requieren más esfuerzo físico y un trabajo más educativo. Él mismo se inclina más por usuarios hombres, con problemas de salud mental o discapacidades. De las cualidades que se requieren para desarrollar las tareas, piensa que la comunicación es la más importante. Ahora bien, si entendemos que esta actitud frente a los demás es una característica de las mujeres, pero no por el hecho biológico sino por un determinado proceso de socialización, ¿los hombres también podrían adquirir esta disposición? Esta cuestión es objeto de debate y está recibiendo una respuesta positiva, ya que cada vez son más los hombres que asumen tareas del cuidado, conformando un nuevo deber en los comportamientos masculinos.

El trabajo de cuidado que realizan las TF en el domicilio implica una relación laboral pero también una relación emocional que se establece entre la profesional y el usuario. Es precisamente el aspecto relacional, el vínculo personal con la persona usuaria, lo que caracteriza este trabajo, que tal y como expresa Teresa condiciona el trabajo:

Con estos servicios que fluye esta empatía, que el usuario está..., que está agradecido contigo, que vengas aquí, que le hagas esto, que le hagas aquello... La relación es formidable, hay una empatía, hay un cariño. Que si esta persona está bien, tú te contentas de que está bien, que si está enferma, te sientes mal porque está enferma. Pero claro, en los servicios que no hay esto, es diferente. (Teresa)

Las TF valoran las habilidades personales para realizar su trabajo, pero refuerzan también las capacidades técnicas que se adquieren principalmente mediante la formación y también con la práctica profesional. Así, se va configurando un perfil profesional integrado por un saber humano y un saber técnico, que nos lleva a reflexionar sobre la complejidad del cuidado, el cual engloba tanto aspectos materiales como emocionales (Hochschild, 2008; Molinier, 2008; Zelizer, 2009). En este sentido el cuidado implica un vínculo afectivo entre quien brinda y quien recibe, está basado en lo relacional, por lo cual también involucra emociones que se expresan en las relaciones, ya sean familiares o remuneradas (Hochschild, 2008; Zelizer, 2009). En

el día a día, las TF se encuentran con variedad de situaciones y problemáticas en los domicilios (temas concretos de salud mental, patologías diversas, etc.), por eso creen que la formación especializada es importante. Reciben poca formación por parte de la empresa y valoran que ésta les ofrezca cursos para ampliar sus conocimientos y mejorar la atención. Consideran, no obstante, que las personas usuarias (y la sociedad) desconocen que se requieren unos conocimientos técnicos para desarrollar su trabajo, con lo que se da continuidad al imaginario de que cualquier mujer puede ser cuidadora:

No miran la importancia de tener los conocimientos de ver cuándo a una persona le está dando una bajada de azúcar. Tienes que estar preparada para todo, pues te puedes poner a fregar los platos, como tienes que estar atenta a que esta persona se esté poniendo más blanca, esta persona se está mareando. Tienes que estar preparada. (...) estar más preparado, tanto con estudios y con prácticas. Porque la mitad de la gente yo pienso que no saben cómo coger a un enfermo, y ¿qué pasa? Que se hacen daño... Hacer un baño, lo mismo. Tú no puedes empezar por el culete y acabar con la cara, lo mismo con una cura, cambiar pañales. (María)

Muchas de ellas comenzaron sin formación, con la experiencia de tener que cuidar a un familiar. Otras también disponían de experiencia personal como cuidadoras y consideraban la formación como una oportunidad para dar continuidad al trabajo que realizaban (como cuidadoras familiares o en domicilios privados), pero de forma reglada, para así poder optar a trabajos cualificados y entrar en el mercado remunerado formal. La socialización de clase de estas mujeres y la dificultad de acceder a empleos de más prestigio y mejor pagados, refleja la desigualdad social en este trabajo. Aunque desde 2003 se ha reconocido la profesión con la titulación de Técnico de Atención Sociosanitaria, responde a una cualificación baja. Por otra parte, con la acreditación de competencias¹¹, la experiencia laboral aparece como una alternativa legítima a la cualificación. Este proceso que refuerza los saberes femeninos y descansa en la naturalización y feminización del trabajo de cuidado, tampoco ayuda a la profesionalización del sector.

4.3. El contenido del trabajo de cuidados

Las tareas a realizar en el SAD que se describen en los pliegos técnicos del Ayuntamiento y en el convenio laboral del sector incluyen la parte material de las mismas (control de la medicación, transferencias dentro del hogar, preparar la comida, etc.), pero las TF describen la actividad que realizan en el domicilio tanto material como inmaterial. En este sentido la actividad de cuidado engloba tanto el aspecto técnico como emocional. La disposición y la actitud hacia la persona que se atiende:

Yo tengo casos en los que es movilización continua, pero dentro de esta movilización está el emocional, el personal, y todo (...) Dentro de esta movilización tengo un contacto directo con esta persona, si tengo que gastarle una broma para animarle, se la gasto. (Rosa)

¹¹ En Cataluña corresponde a los programas *acredita't* o *qualifica't*, que posibilita un reconocimiento de las competencias profesionales mediante la experiencia laboral y formación no reglada.

Sin embargo, esta naturaleza del cuidado comporta unos valores relacionales que entran en contradicción con los valores de producción de la empresa (Pérez Orozco, 2006). Mientras que el cuidado está configurado por dos dimensiones (material y afectiva), los bienes mercantiles o públicos contemplan la dimensión más objetiva de las necesidades, de forma que mecanizan el servicio. Las trabajadoras, aun así, incluyen el afecto y las relaciones implícitas en la necesidad objetiva que se satisface, y durante su servicio, por más que estén en unas condiciones mercantiles, existen relaciones de afecto. Poner límites de un trabajo emocional realizado en un espacio íntimo y personal en el marco de unas relaciones laborales es necesario para delimitar el trabajo: “O sea, una atención continua siempre para lo que necesitan, pero, a ver, un límite afectivo lo has de poner. Porque no es bueno ni para ellos ni para ti..., estás trabajando..., con personas, pero es un trabajo, no es tu familia” (Rosa). en esta dirección, reclaman más coordinación y seguimiento, mejores condiciones y un apoyo psicológico por parte de la organización.

En el SAD se especifican qué tareas se tienen que realizar, subdivididas en dos categorías: limpieza del hogar (relacionada en el mantenimiento material de la vida y en las condiciones de los espacios de la reproducción social) y atención a la persona (relacionada con la reproducción de la vida y el bienestar). Las primeras las desarrollan las Auxiliares del Hogar (AH) y las segundas, las TF. Se establece entonces una diferenciación de las actividades en función de su prestigio social. Se trata de diferenciaciones simbólicas, que se reflejan también en la categoría social de las profesionales, teniendo las AH menos cualificación y una remuneración más baja¹². A pesar de esta diferenciación normativa, a menudo, la delimitación de tareas suscita tensiones, dado que las actividades no quedan bien delimitadas. Para las TF, al concebir las actividades a desarrollar en el domicilio como “domésticas”, lo que las mujeres realizan tradicionalmente en el ámbito doméstico, muchas veces acaban asumiendo la totalidad de las tareas (incluyendo la limpieza del hogar). Esta diferenciación es confusa también para las personas usuarias y las TF, de manera que las actividades no quedan bien delimitadas. Las TF son consideradas una “chacha para todo”, alguien que cuida y que, además, asume la limpieza de la casa: “Yo, cuando llegaba, me decía “limpia esto, limpia lo otro”, y yo le decía “es que yo no..., ya viene una mujer de la limpieza, yo no vengo a quitar el polvo”. Conscientes de esta ambigüedad, las TF se diferencian de las AH, circunscribiendo su trabajo a las tareas que les son propias. Creen que es importante que las personas usuarias (la empresa y los servicios sociales) sepan diferenciar quiénes son y qué hacen, de esta manera se sienten más valoradas que las AH, dan sentido a su trabajo, refuerzan su identidad como grupo y contribuyen al sentimiento de profesionalidad, al mismo tiempo que obtienen un reconocimiento:

Trabajadora familiar la veo un poco ambigua, que un poco significa una cosa, un poco significa otra, o sea, depende del punto de vista que tengas, porque muchas veces dicen “¿qué es eso de trabajadora familiar?”. Se conoce poco, y se tiende a

¹² El IV Convenio colectivo de empresas de atención domiciliaria de Cataluña establece las dos categorías (auxiliar de limpieza y trabajadora familiar o auxiliar de geriatría), con distintas remuneraciones. Sin embargo, el VI Convenio Marco Estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la autonomía personal establece una única categoría laboral (Auxiliar de Ayuda a Domicilio) para realizar todas las tareas domésticas.

confundir. “Ah, ¿tú eres la mujer..., qué eres? ¿La que vas a limpiar, la que vas a hacer la compra? (Teresa)

El cuidado se vincula a las tareas que tradicionalmente las mujeres han desarrollado en el ámbito doméstico, poco valoradas e invisibilizadas, y esto contribuye a que el trabajo remunerado de cuidados se considere una extensión del trabajo doméstico. Teniendo en cuenta que el cuidado engloba tanto las tareas de atención como domésticas, esta diferenciación es producto de la organización del servicio y de la clasificación profesional. Este aspecto también responde al hecho de que el traslado del trabajo doméstico a la esfera remunerada siga manteniendo las mismas características, ya que el cuidado abarca tanto el cuidado directo a las personas como el indirecto, es decir, el trabajo doméstico que es un requisito previo para que el cuidado directo pueda prestarse (Razavi, 2007, Esquivel, 2011).

5. Conclusiones

En este artículo hemos analizado el modelo de cuidado a personas mayores ofertado desde el Servicio de Atención a Domicilio (SAD). Un trabajo que convive con formas tradicionales de atención a cargo de la familia, principalmente por parte de las mujeres y donde la profesionalización no está consolidada. El SAD es un escenario que refleja las dificultades del traslado del cuidado de los entornos íntimos a la esfera pública o remunerada y las desigualdades de clase, género y etnia, siendo las trabajadoras del SAD mujeres, principalmente autóctonas, con poca formación, que trabajan en condiciones precarias.

Durante la práctica profesional del cuidado, aparecen tensiones y ambivalencias que vienen dadas por distintos factores: la organización del servicio, el carácter doméstico de las actividades, porque se trata de una actividad feminizada (son consideradas cuidadoras naturales), el lugar donde se realiza el cuidado (espacio privado), así como el modelo de política (privatizadora). El Trabajo Familiar es una profesión feminizada, muchas de las TF tienen experiencia como cuidadoras familiares y se identifican con este trabajo por ser mujeres. En este sentido, la identidad de las TF entrevistadas comporta una confusión de roles y dificulta el reconocimiento social de la profesión. Por otra parte, el hecho de que las TF sean mayoritariamente mujeres que realizan su labor en los domicilios genera tensiones que es necesario negociar para delimitar la actividad como profesión y para dar valor a este tipo de trabajo. El lugar de trabajo tampoco contribuye al sentimiento de pertenencia a una organización (trabajadoras de una empresa). Las trabajadoras entran en conflicto con el funcionamiento de la empresa porque las ajustadas condiciones laborales y los insuficientes recursos condicionan la calidad del servicio. No se tienen en cuenta las dimensiones del trabajo emocional que existen a pesar de ser un trabajo bajo condiciones mercantiles. Sin embargo, ellas se implican en el trabajo, tanto personal como profesionalmente. No es extraña la concepción ambivalente que las TF y las personas usuarias tienen de su trabajo si entendemos que la sociedad se ha organizado según la dicotomía de esfera reproductiva (no remunerada y femenina) y esfera productiva (remunerada y masculina). Estas ambivalencias conllevan dificultades en la realización del cuidado remunerado y en la delimitación del trabajo de cuidado como profesión y plantean la necesidad

de nuevos debates sobre la responsabilidad social del cuidado y las características propias de la actividad cuando ésta es remunerada.

La estrategia política de “desfamiliarización”, es decir, el traspaso de la responsabilidad de cuidado del ámbito privado al público, no aborda el problema de las desigualdades de género y clase, siendo la mujer la que continúa realizando las tareas de cuidado, tanto en el ámbito remunerado como no remunerado. Con la creación de estos servicios, si bien se da la oportunidad de dar reconocimiento a estos “saberes femeninos”, perdura aún su vinculación al ámbito doméstico, el no reconocimiento y la escasa valoración social, que, como hemos visto, se refleja en las condiciones precarias y los bajos salarios de esta profesión. De acuerdo con lo analizado, muchas de estas mujeres tienen poca formación y encuentran en este ámbito una posibilidad de inserción laboral. Son empleadas en el SAD dando continuidad a su trayectoria personal como cuidadoras, debido tanto a la socialización de clase como a la dificultad de acceder a empleos de más prestigio y mejor pagados. El hecho que la mayoría de las TF sean autóctonas muestra una distribución diferencial de las trabajadoras de cuidados en distintos empleos según su origen, siendo el empleo doméstico protagonizado por mujeres inmigradas (muchas veces sin formación), además de ser menos valorado y regulado que el profesional. Además el SAD si bien posibilita la permanencia de la persona en el domicilio, se sustenta en la responsabilidad individual y familiar del cuidado y da continuidad a la desigual distribución de los trabajos domésticos. En este sentido, el traslado de la actividad de cuidados a la esfera remunerada, en el marco del SAD, necesita ser redefinida: tanto la organización, la provisión y el contenido del trabajo como las imágenes culturales entorno al cuidado.

6. Bibliografía

- Asociación Catalana de Recursos Asistenciales (2014). Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya. (en línea) http://itemsweb.esade.edu/idgp/Presentacio_2014_InformeEconomicACRA.pdf
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2014). “Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género. Principales resultados de la encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado”. *Papers*. 99 (3): 335-354.
- Borderías, C. (2000). “La feminización de los estudios sobre el trabajo de las mujeres (1969-1999)”. En: Heredero, C. (coord.). *Mujeres: unidad y diversidad. Un debate sobre la identidad de género* (pp. 51-93). Madrid: Federación de enseñanza de CC.OO.
- Brullet, C. (2010). “Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Cataluña. El cuidado de la vida cotidiana a lo largo del ciclo de vida”. *Educación*. 45: 51-79.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). “Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales”. En Carrasco, C; Borderías, C y Torns, T. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp.13-95). Madrid: La catarata.
- Carrasco, C. (2009). “Mujeres, sostenibilidad y deuda social”. *Revista de educación*. número extraordinario: 169-191.
- Comas, D y Roca, J. (1996). “El cuidado y asistencia como ámbito de expresión de la tensión entre biología y cultura”. En Contreras, J. (coord). *Reciprocidad, cooperación y organización comunal*. VIII Congreso de Antropología social, Zaragoza

- Comas d'Argemir, D. (2012). "Políticas públicas y vida cotidiana. Redescubrimiento y auge de las políticas familiares en España". *Scripta nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. vol. XVI, 395 (20). (en línea) <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-395/sn-395-20.htm>.
- Comas d'Argemir, D. (2015). "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar". *Revista Antropología Social*. 24: 375-404.
- Daly, M. y Lewis, J. (2000). "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states". *The british journal of sociology*. 51(2): 281-298.
- Del Valle, T. (2004). "Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado", en *Actas Congreso Internacional sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*, Vitoria: Ekamunde.
- Deusdad, B., Comas d'Argemir, D. y Dziegielewski, S. (2016). "Restructuring long term care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice". *Journal of Social Service Research*. 42(2): 246-262.
- Duran, M. A. (2014). "Mujeres y hombres ante la situación de dependencia", en *Seminario: Políticas públicas de atención a personas mayores dependientes: Hacia un sistema integral de cuidados*, Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en américa latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo: Panamá.
- Fraser, N. (1997). *Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Santafé de Bogotá: Universidad de los Andes/Siglo del Hombre Editores.
- Himmelweit, S. (Ed.) (2000). *Inside the household: From Labour to Care*. Hereford: Palgrave Macmillan.
- Hochschild, A.R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima*. Madrid: katz.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2004). Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia. (en línea) <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/.../libroblanco.pdf>.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2012). Información estadística del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. (en línea) http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_070847.pdf
- Juliano, M.D. (1989). "Estrategias de elaboración de la identidad". *Realitat*. 13: 9-23.
- Lewis, J. (2007). "Género, envejecimiento y el nuevo pacto social: la importancia de desarrollar un enfoque holístico de las políticas de cuidados". En Carrasco, C; Borderías, C y Torns, T. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp.336-358). Madrid: La catarata.
- Mandell, B.R. (Ed.). (2010). *The crisis of caregiving. Social welfare policy in the united states*. New York: Palgrave Macmillan.
- Marbán Gallego, V. (2011). "Los actores sociales en el sistema de dependencia español". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 29(1): 69-91.
- Martin Palomo, M. T. (2008). "Domesticar" el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 26(2): 13-44.
- Martínez-Buján, R. (2010). *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.
- Martínez-Buján, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1): 93-123.
- Molinier, P. (2008). Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 26:121-138.

- OECD/European Commission. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Paris: OECD. (en línea) <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- Otaegui, A. (2007). "Presentación". En Escudero, R, *La calidad del Empleo del nuevo sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia* (pp. 21-33). Alzira: Germania.
- Parella, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- Pérez Orozco, A. (2006). "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico". *Revista de economía crítica*. 5: 7-37.
- Peterson, E. (2015). Framing caregiving work for older people in Spanish public policy: gender, power and social justice. *Revista Española de Ciencia Política*. 39: 221-237.
- Recio, C. (2010). "Familismo, asistencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de atención a las personas". *Alternativas*. 17: 19-43.
- Recio, C., Moreno, S., Borràs, V. y Torns, T. (2015). "La profesionalización de sector de los cuidados". *Zerbituan*. 60: 179-193.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual issues, research questions and policy options*. Ginebra: UNRISD Programme Paper.
- Razavi, S. y Staab, S. (2010). "Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado". *Revista internacional del trabajo*. 29 (4): 449-467.
- Rodríguez Cabrero, G. (2011). "Políticas sociales de atención a la Dependencia en los regímenes de bienestar de la unión europea". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 291:13-42.
- Rogero-García, J. y Ahmed-Mohamed, K. (2014). "What is the best care for community-dwelling dependent adults? Sources of care and perception of unmet needs in Spain". *Revista Internacional de Sociología*. 72(2): 403-427.
- Stolcke, V. (2003). "La mujer es puro cuento: la cultura del género". *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, serie monogràfics: A propòsit de la cultura*. 19: 69-95.
- Tobío, C., Agulló T., Gómez, M. V. y Martín Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundació "la Caixa".
- Torns, T. (2008). "Les polítiques per a l'organització social de la cura a l'esfera local. Implicacions des de la perspectiva de gènere". En De la Fuente Vázquez, M. (coord.) *Les àrees de serveis personals: donant perspectiva de gènere a les polítiques socials d'àmbit local*. Barcelona: Institut de ciències polítiques i socials.
- Tronto, J. (2005). "Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del Bienestar y la desigualdad" en *Actas Congreso Internacional Sare 2004: Hacia que modelo de ciudadanía*, Vitoria: Ekamunde.
- Vega, C. (2009). *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Barcelona: Editorial UOC.
- Vilà, A. (2013). "Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia", en *Actas de la Dependencia Fundación Caser*. 8: 49-69.
- Waerness, K. (1987). "Sobre la racionalidad del cuidado". En: Sassoon, A.S. (ed.). *Las mujeres y el estado*. Madrid: Vindicación Feminista.
- Williams, F. (2010). *Claiming and framing in the making of care policies : The recognition and redistribution of care*. Ginebra: UNRISD Programme Paper.
- Zelizer, V. (2009). *La negociación de la intimidad*. Argentina: Fondo cultura económica.

9.2. Article: Roca, M. (2017). Homes i dones en el treball de cura remunerat: Continuitats i transformacions en les relacions de gènere en els serveis d'ajuda domiciliaris. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), Barcelona: ICA, pp. 99-114.

Homes i dones en el treball de cura remunerat: continuitats i transformacions en les relacions de gènere en els serveis d'ajuda domiciliaris*

Men and women in paid care work: continuities and transformations in gender relations in home care services

REBUT: 31.05.2017 // ACCEPTAT: 10.11.2017

Mireia Roca-Escoda

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)

Resum

El treball de cura en l'àmbit social és un sector ocupacional altament feminitzat, caracteritzat per la precarietat laboral i el poc reconeixement social. La presència progressiva d'homes en el sector suposa un nou escenari en les relacions de gènere. En aquest article s'analitzen els discursos i les pràctiques dels cuidadors i cuidadores professionals, gestors i persones receptors de cura en el servei d'ajuda domiciliari (SAD), per tal de conèixer les transformacions i continuïtats en el model de gènere, així com les oportunitats i limitacions que es troben els homes en aquest sector. Tant la professionalització com la progressiva implicació dels homes en aquests treballs suposen un nou escenari en el repartiment de les responsabilitats socials de cura.

Paraules clau: treball de cura; gènere; polítiques públiques; crisi de la cura

Abstract

Caregiving within social services is a highly feminized profession, one that is characterized by job insecurity and little social acknowledgement. The rising numbers of men in this field produce new gender dynamics. We analyze the discourse and practice of male and female caregivers, managers and beneficiaries of home-care services, to shed light on the changes and continuities in traditional models of gender, as well as on the opportunities and obstacles men face in this field. We argue that both the professionalization of this field and men's progressive involvement in it represent a new distribution of the social responsibilities involved in caregiving tasks.

Keywords: care work; gender; social policy; care crisis

* Investigació en el marc del programa de doctorat de la UAB i del projecte "Homes cuidadors. Reptes i oportunitats per reduir les desigualtats de gènere i afrontar les noves necessitats de cura", finançat per RecerCaixa (Obra social 'La Caixa' amb la col·laboració de l'Associació Catalana d'Universitats Públiques (2014ACUP00045).

Introducció

Amb la creació de la Llei estatal de dependència (39/2006)¹ es reconeix el dret subjectiu a rebre cura. Es despleguen serveis i prestacions econòmiques, es traspassen obligacions i responsabilitats individuals i familiars i es concreten com a bé públic, objecte de polítiques socials i laborals. Entre els diversos serveis i prestacions trobem el Servei d'Ajuda Domiciliària (SAD), un servei social que ofereix atenció professional a les persones que necessiten suport al domicili. La cura es mercantilitza i esdevé un nou sector ocupacional, precaritzat, protagonitzat majoritàriament per dones, autòctones i amb poca formació (Vega 2009; Martínez Buján 2010; Roca 2017). Els últims anys alguns homes s'han introduït en aquest sector laboral i han trobat així una sortida laboral a la situació d'atur viscuda arran de la crisi econòmica iniciada el 2008 (Bodoque et al. 2016). Una crisi que ha deixat mà d'obra masculina disponible en un sector que no ha deixat de generar ocupació.

Tant l'externalització de la cura en l'àmbit productiu com la progressiva implicació dels homes en aquesta activitat suposen transformacions socials i culturals que qüestionen el model tradicional de cura i configuren models emergents en les relacions de gènere (Del Valle 2002). Parteixo de la idea que, per aconseguir aquestes relacions, cal que els homes s'incorporin tant en el treball de cura familiar com el remunerat. Això suposaria el reconeixement i la valoració dels treballs de cura remunerats, fet que repercutiria en el treball de cura en l'àmbit familiar, ja que els treballs no remunerats incrementen el valor quan els pagats també ho fan (Himmelweit i Land 2011; Comas d'Argemir 2016). D'altra banda, l'envelliment progressiu de la població, l'entrada massiva de la dona en el mercat de treball remunerat i la crisi econòmica i de l'estat del benestar, han conduït a una "crisi de la cura" (Pérez Orozco 2006; Hochschild 2008). Augmenten les necessitats de cura i disminueix la disponibilitat de les persones que tradicionalment l'han duta a terme (les dones en l'àmbit domèstic). Per tant, la incorporació de l'home en aquests treballs també afavoriria una redistribució de la cura i una cobertura de necessitats.

L'objectiu d'aquest article és l'anàlisi de les relacions de gènere durant el treball de cura en el SAD a partir de les experiències i representacions socials dels diversos agents implicats (gestors, cuidadors i receptors de cura). L'interès és conèixer les continuïtats i transformacions en les relacions de gènere, així com les oportunitats i limitacions dels homes per accedir a aquests treballs. Com que és un sector altament feminitzat, em pregunto si l'entrada de l'home en aquests treballs pot reformular barreres tradicionals de gènere. He escollit el SAD com a cas d'estudi per la seva particularitat com a àmbit laboral. Són treballs de cura que es realitzen al domicili, on es projecten les característiques familiars i femenines de l'activitat i on les fronteres entre treball remunerat i no remunerat queden difuses (Roca 2017) i, per tant, on les relacions de gènere poden trobar un lloc nou de negociació i representació. Tenint en compte que el servei inclou dues prestacions (l'atenció a les necessitats de la llar, a càrrec de les auxiliars de la llar, i l'atenció

¹ Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. BOE, núm. 299.

personal, a càrrec de les treballadores familiars), m'he centrat en el servei de cura personal.

La investigació s'emmarca dins els estudis del *social care* (Daly i Lewis 2000), que contemplen la dimensió social de la cura, s'estén a diversos agents de provisió més enllà de la família i la domesticitat i es concreta com a responsabilitat pública. Per a l'anàlisi de les relacions de gènere, les aproximacions performatives introduïdes per West i Zimmerman (1987) i Deutsch (2007) permeten abordar les situacions en què homes i dones desenvolupen comportaments d'acord amb les representacions culturals o bé les resistències que manifesten davant d'allò que s'espera d'ells, així com les transgressions al model femení/masculí, i donen lloc a la creació de models nous en les relacions de gènere (Del Valle 2002). Per altre banda, les experiències dels homes que realitzen treballs en què predominen les dones, comporten transformacions de les identitats masculines, i suposen canvis en l'ordre de gènere, desafiant les masculinitats hegemòniques (Hearn 2004; Connell i Messerschmidt 2005). La perspectiva interseccional (Crenshaw 2012) aporta un marc idoni per a l'anàlisi de la desigualtat social en aquests treballs, en els quals el gènere, la classe i l'ètnia es relacionen en les identitats de les persones que cuiden.

Els resultats que presento formen part d'una investigació etnogràfica sobre el treball de cura en els SAD a Catalunya. S'ha seguit l'estratègia metodològica de casos etnogràfics, basada en el treball de camp i les tècniques qualitatives. Les unitats d'observació van ser diversos serveis prestats per quatre entitats proveïdores de serveis públics municipals (dues sense ànim de lucre —associació i cooperativa— i dues amb ànim de lucre —societats anònimes—). He escollit diverses tipologies d'entitats per tal de copsar si la forma jurídica influeix significativament en les relacions durant el treball de cura. Per a analitzar les relacions, discursos i representacions socials durant la gestió i la realització del treball, he realitzat observació participant a diferents domicilis i durant la mateixa pràctica professional com a coordinadora tècnica en dues entitats. També he dut a terme vint-i-sis entrevistes en profunditat al personal de les diferents organitzacions —sis a gestors dels serveis (dues a coordinadores tècniques i quatre als directors de les entitats), dues a tècnics de serveis socials i divuit a professionals d'atenció directa (treballadors/es familiars): deu homes i vuit dones—, i un grup focal amb set treballadores familiars d'una entitat. Les treballadores familiars tenen edats entre trenta i seixanta anys i dues són immigrants. Quant als treballadors familiars, tenen entre quaranta i seixanta-quatre anys i dos són immigrants. Amb relació als gestors, les coordinadores tècniques són dones de trenta-sis i quaranta anys; els gerents són dones i homes d'entre quaranta i cinquanta anys, i els tècnics de serveis socials són dones de trenta-cinc i quaranta-cinc anys. Tots ells són autòctons. Els noms dels informants utilitzats en aquest article són ficticis.

La (des)feminització del treball de cura remunerat i la construcció social del gènere

El treball de cura és una activitat altament feminitzada tant dins com fora de l'àmbit familiar. Però les identitats femenines vinculades a la cura responen a una construcció social a partir de la diferència sexual (Duran 2014; Comas d'Argemir 2015). Una idea que a partir de l'experiència de la maternitat i la cura dels fills s'ha anat ampliant fins a incloure altres tasques relacionades amb l'activitat (Borderías 2000; Esquivel 2010). És així com les dones es decanten per aquest tipus de tasques i com les persones tenen preferència per ser cuidades per elles (Durán 2014).

Els homes han anat assumint tasques domèstiques i de cura dins l'àmbit familiar (Abril i Romero 2011), però en menor grau ho han fet en l'àmbit remunerat. Els homes que s'introdueixen en ocupacions en les quals predominen les dones creuen les fronteres de gènere i han de negociar la seva masculinitat fent ús d'estratègies de distanciament d'allò femení o bé incorporant aspectes dels comportaments feminitzats (Lupton 2000; Simpson 2004; Baines et al. 2015). Les seves pràctiques generen un impacte i nous desafiaments en aquestes ocupacions (Baines et al. 2015) i a la vegada unes performativitats de gènere i nous models de masculinitat. Diversos estudis analitzen com els homes desafien i transformen les nocions hegemòniques de masculinitat (Hearn 2004; Connell i Messerschmidt 2005), donen lloc a múltiples masculinitats i demostren com les identitats masculines, igual que altres identitats, són constantment construïdes, negociades i reconstruïdes en la interacció social. Per exemple, en la pràctica de la cura Baines et al. (2015) identifiquen tres tipologies de pràctiques en els homes cuidadors en ocupacions feminitzades que poden ser més o menys masculines. Elliott (2016), d'altra banda, introdueix el concepte *caring masculinities* o 'masculinitats afectuoses', per analitzar les pràctiques de cura per part dels homes i com a potencial de canvi de les relacions de gènere. Altrament, Baines et al. (2015) indiquen com les organitzacions estan generitzades i reproduïxen contínuament patrons de relacions socials dominants i subordinades, i també l'Estat amb les seves polítiques reproduïxen relacions desiguals de gènere i promou pràctiques que actuen com un conducte de models particulars de masculinitat i feminitat.

Per l'anàlisi de les relacions de gènere durant el treball de cura remunerat, m'interessen aquí les teories performatives del gènere. Seguint la idea de Butler (1990), el gènere no és una qualitat innata a l'esser humà, sinó una actuació que s'ensenya a les persones i que intenten recrear per mitjà d'accions, i només és real en la mesura en què es porta a terme. Parteixo del model explicatiu denominat *doing gender* introduït per West i Zimmerman (1987), en el qual el gènere és un procés de construcció de significats entre homes i dones en un context social determinat. És el producte d'accions socials, no un conjunt de característiques, sinó una pràctica cultural que "es fa" en les interaccions socials. Així, no només respon a una construcció social basada en unes representacions socials i prescripcions normatives que legitimen certes maneres de ser home o dona, sinó que és l'acció en un context determinat que dona lloc a expressions diferents del gènere: resistir-se a les posicions de subordinació o de domini i establir així altres marcs de relació. Posteriorment, Deutsch (2007), amb el concepte *undoing gender*, examina com s'ha emprat el concepte de *doing gender* en les investigacions per il·lustrar com els ideals normatius de gènere són evidents en una varietat de contextos. Això, sosté, contribueix a la invisibilitat de la transgressió de gènere i no treballa cap a la meta West i Zimmerman d'eliminar la desigualtat de gènere. Deutsch indica que cal anar més enllà de documentar la persistència de la desigualtat per tal de copsar aquelles interaccions socials que redueixen les diferències i desigualtats. A partir d'aquest plantejament, caldria fixar-se en les interaccions socials que es converteixen en "menys gènere" (no només una manera diferent de fer gènere), en les condicions en què el gènere és irrellevant en les interaccions socials i si totes les interaccions reforcen la desigualtat, i la manera en què els nivells estructurals (institucionals) i d'interacció poden contribuir al canvi.

Els serveis d'ajuda a domicili: un nou sector laboral

El SAD és un servei social² que ofereix unes hores d'atenció professional al domicili de les persones en situació de risc social o de dependència. A Catalunya està regulat per la Llei estatal de la dependència (39/2006) i la Llei autonòmica de serveis socials (12/2007).³ A pesar de la crisi econòmica (2008), els últims anys el SAD experimenta un creixement a causa de l'increment de les necessitats derivades de l'envelliment de la població, així com per la capacitat de generar activitat econòmica i crear ocupació amb poc cost social (Associació Estatal de Directors i Gerents en Serveis Socials 2016). Ha augmentat també la privatització dels serveis d'acord amb el model neoempresarial de la gestió pública⁴ i les polítiques d'austeritat aplicades des del 2011,⁵ cosa que ha fet que el mercat trobi un lloc nou per a l'obtenció de beneficis, fet estretament lligat a la feminització del treball i a la precarietat laboral (Marbán 2011; Peterson 2015). Actualment, el SAD dona cobertura al 13,70 % de les persones que reben algun servei o prestació a Catalunya (Imsero 2016), i les persones grans en són les principals beneficiàries (Diputació de Barcelona 2015).

Els treballadors que porten a terme el treball de cura en el SAD són els Treballadors Familiars, una professió que neix vinculada a la creació d'aquests serveis. Es reconeix els anys noranta mitjançant els plans locals per a l'ocupació, quan el SAD emergeix com un dels jaciments d'ocupació⁶ previstos com a mesura contra l'atur a Europa i a la vegada per afrontar les necessitats socials derivades de l'envelliment de la població. Una ocupació que es va caracteritzar pels pocs requeriments formatius, la precarietat, la feminització i el poc reconeixement social (Torns 2007). Actualment, d'acord amb la professionalització del sector contemplada per la Llei de la dependència, es requereix d'una acreditació professional,⁷ que s'obté mitjançant la formació professional de grau mig o la formació ocupacional. Apareix l'oportunitat de donar valor a l'activitat i generar perfils professionals prestigiats, desfamiliaritzar la cura i replantejar el gènere femení associat a la tasca (Serrano et al. 2013). Malgrat això, les representacions socials continuen basant-se en els mateixos patrons de gènere i classe, tant per la vinculació de la cura a les identitats femenines com per les condicions laborals precàries del sector (Vega 2009; Recio et al. 2015; Comas d'Argemir 2015). És un sector laboral en el qual predominen les dones, representant el 97 % del personal d'atenció del SAD l'any 2011 (ACRA, 2014). Són dones autòctones, a diferència del sector domèstic, integrat majoritàriament per dones immigrants (Vega 2009; Martínez Buján 2010; Roca 2017). Tenen poca formació i poques possibilitats de treballs qualificats. L'arquitectura del sector, doncs, mostra una interseccionalitat

² El servei d'ajuda a domicili està integrat en els serveis socials bàsics, i en tenen competència els ajuntaments o els consells comarcals quan la població és menor de vint mil habitants.

³ Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. DOGC núm. 4990.

⁴ A Catalunya, el 2013, el 85,2 % de les entitats proveïdores del SAD eren privades. D'aquestes, el 63,2 % eren mercantils i el 22,0 % eren d'iniciativa social (ACRA 2014).

⁵ Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. BOE, núm. 168.

⁶ A partir del document "Crecimiento, competitividad y empleo. Retos y pistas para entrar en el siglo XXI", impulsat per Jacques Delors el 1993, president aleshores de la Comissió Europea.

⁷ Real decreto 295/2004, de 20 de febrero, por el que se establecen determinadas cualificaciones profesionales que se incluyen en el Catálogo nacional de cualificaciones profesionales, así como sus correspondientes módulos formativos que se incorporan al Catálogo modular de formación profesional. BOE, núm. 59.

que s'expressa per diversos eixos de desigualtat social: el gènere, l'ètnia i la classe social.

Trajectòries per esdevenir cuidadores i cuidadors remunerats

Segons dades aportades per les entitats,⁸ dels treballadors/es familiars (TF) de les quatre organitzacions, les dones representen el 95 % de la plantilla i el 87 % són autòctones. Dels homes, el 75% són autòctons. La mitjana d'edat és de quaranta-cinc anys, tenen estudis bàsics i la formació en l'àmbit sociosanitari. Entre els gestors, les coordinadores tècniques són dones, i els tècnics de serveis socials i gerents són dones i homes. Tots ells autòctons i amb estudis superiors.

La majoria de les TF entrevistades estan casades, amb fills, i tenen un nivell formatiu baix. De les treballadores autòctones, comencen en el sector sense formació en els anys noranta i es van reciclant professionalment. Altres, després de treballar en altres àmbits, veuen aquest com una opció laboral que els aporta major satisfacció. Una minoria s'insereix en el sector com a necessitat econòmica arran d'una situació d'atur a partir del 2008. Les immigrants, s'insereixen arran d'un procés migratori el 2003. Quant als homes, la majoria són solters i sense fills. El nivell formatiu és divers, des de formacions bàsiques fins a titulats universitaris en diferents disciplines. Majoritàriament tenen experiència laboral en treballs socialment masculinitzats (construcció, transport, etc.), i alguns amb càrrecs d'alta responsabilitat. Són els que s'insereixen arran d'una situació d'atur a partir del 2008, sense haver-ho contemplat mai abans. Són orientats pels tècnics d'ocupació i realitzen els cursos de formació ocupacional. Ho veuen com a opció residual d'inserció laboral o bé com a oportunitat per reinventar-se en el mercat laboral. Altres s'insereixen després d'una "crisis personal", i l'interès d'experimentar nous àmbits d'ocupació més humanistes. Els immigrants s'insereixen a partir del 2008, provinents d'altres sectors i també havent treballat en servei domèstic sense formació.

La cura és una tasca coneguda per gairebé tots els informants: tenen experiència anterior en la cura d'un familiar o bé han estat implicats en tasques de voluntariat. Però mentre que les dones es perceben cuidadores "des de sempre" en l'àmbit familiar: "dime que lo llevo desde dentro, llevo toda la vida cuidando enfermos" (Rosario, TF), els homes esdevenen cuidadors o prenen consciència de cuidadors quan comencen a treballar de manera remunerada. Per exemple, el cas d'en Joan (TF), que, tot i haver estat cuidador del seu pare, "hi va haver una temporada que ell ni recorda però que l'havia de rentar, canviar, i li fas exactament el mateix", se sorprèn que pugui treballar en aquest àmbit:

Mai. Mai. I a més, algun cop havia parlat amb altra gent que ho feia i deia: "és que no m'hi veig". Vaig començar amb malalts bastant difícils, bastant durs, me'n vaig sortir i aquíestic, vull dir que ho segueixo fent. (Joan, TF)

En les dones es dona una assimilació de l'activitat pel seu rol familiar, donant continuïtat a la seva tasca dins l'àmbit domèstic. La Susana (TF), per

⁸ La plantilla de treballadors de les diferents organitzacions oscil·len entre cinquanta i cent treballadors, i no es dona una diferència significativa dels perfils professionals en funció de l'entitat.

exemple, comença sent cuidadora del seu marit sense saber que existia la professió: “Jo l’havia cuidat a casa sense saber que existia aquesta feina, i vaig pensar «te que haver-hi alguna cosa en el que puguis cuidar gent que no és família teva»”; o la Rosa (TF), que realitza la tasca en l’àmbit remunerat sense considerar-la com a treball: “Te tienes que implicar mucho, y yo considero que este trabajo, o sea esto no es un trabajo, vale?”. En el cas dels homes, en canvi, hi ha un distanciament de l’activitat en la seva vida personal abans de treballar en el sector. Descobreixen que són vàlids en aquesta feina quan comencen a treballar, com en el cas d’en Joan (TF): “si fins ara deia que no em veia capaç, sé que ara sí que ho podria fer”; o bé experimenten noves relacions desconegudes fins aleshores, com el cas de l’Ernesto (TF): “Muy poco lo he hecho con mi padre. Que me hubiera gustado, sabes. Ya después que estoy trabajando aquí digo: «¡joder, lo que hubiera hecho con mi padre!»”. Els homes, a partir d’aleshores, experimenten una activitat desconeguda, el que suposa noves relacions i formes de masculinitat (Hearn 2004; Connell i Messerschmidt 2005).

A pesar d’aquesta diferència, tots ells, una vegada estan treballant, estableixen una diferència entre la cura familiar i la professional, i troben un lloc en el mercat laboral, ja sigui redefinint model reproductiu de la dona i proveïdor de l’home, ja sigui fent de la professió un nou espai d’identitats i donant valor a la tasca que realitzen quan és remunerada:

Yo incluso me discuto con la gente que dice “ah, esto es ir a cambiar pañales a los abuelitos”. Yo les digo: “¡que equivocados que estáis!”. Cambiar pañales a los abuelitos se los puede cambiar cualquiera, o hacer una ducha... lo que tenemos que hacer nosotras no lo sabe hacer cualquiera. Quien no lo sepa que no se meta en esto, entonces están equivocados de profesión. (Rosa, TF)

Quan li he comentat a algun amic o conegut que m’ha demanat “¿y de qué trabajas?”. I li expliques, em diuen: “hasta que encuentres otra cosa, ¿no?”. Com si la feina que estic fent jo fos perquè no hi ha res més. I què els dius? Dic “no, hasta que me den más horas de las que estoy haciendo”, es así de sencillo. (Luis, TF)

Per dedicar-te en aquest sector, has de tenir una vocació per la cura de persones, relacionada amb unes característiques personals. Es percep una predisposició generalitzada de les dones, que respon a la construcció social de la vocació associada al gènere femení. En el cas dels homes la vocació és un descobriment quan desenvolupen les qualitats per la cura, són valorats per la tasca i descobreixen que els agrada. D’altra banda, és mitjançant la formació, i sobretot amb la pràctica, que s’adquireixen unes capacitats i habilitats per realitzar la tasca, tant de coneixements tècnics com de relacions humanes. Els gestors valoren que el treballador/a tingui la formació requerida però també una vocació, com diu la Sussana (coordinadora): “una formació sí que es necessita, clar, algo bàsic sí que es necessita, però penso que fa més el fet que... que tu te sentis... no sé, que ho portis de manera vocacional”. Aquest discurs és ressaltat també pels treballadors/es, com diu la Rosa (TF): “hay mucha gente que lo está ejerciendo sin conocimiento ninguno, porque se piensan que esto es un trabajo de que simplemente se tiene que hacer una ducha, o ir a comprar y poco más”. D’aquesta manera, no tothom serveix per a ser TF. Com diuen els treballadors/es, no tothom que rep formació decideix treballar, ni tothom que comença a treballar continua. A la vegada, també hi ha dones que són rebutjades pels receptors, la qual cosa ens allunya de la idea que pel fet de ser dona ja es té una predisposició per a realitzar aquesta feina, dona un valor

social a l'activitat i l'allunya de la domesticitat. El model de gènere es trenca quan treballadors/es i gestors consideren que el treball de cura ha de ser una feina vocacional en els dos gèneres, i quan la formació és un requisit per entrar a treballar. La cura, doncs, és un aprenentatge tant per a homes com per a dones i és aquesta ampliació de capacitats la que suposaria reduir els rols tradicionals feminitzats (Razavi 2007).

Estratègies de contractació i preferències dels receptors de cura

L'assignació dels TF a cada domicili és competència de l'entitat a partir de la comanda de servei feta des de serveis socials municipals. D'entrada, els gestors de les diferents entitats no tenen preferència a l'hora de contractar homes o dones. Però sovint el gènere es prioritza davant el perfil professional i les dones són les principals candidates. Són diversos els motius pels quals no contracten homes. En primer lloc, la falta de candidats, ja que malgrat que cada vegada hi ha més sollicituds de feina per part dels homes amb formació, que arriben sobretot a través de coneguts que ja hi treballen, són una minoria amb relació a les dones: “el 98 % de las personas que nos traen el currículum son chicas” (Sergio, director). En segon lloc, serveis socials no fa demanda explícita de contractar professionals homes: “normalment la demanda no et ve «ha de ser un hombre o mujer». No et ve” (Joaquim, director). En tercer lloc, les persones receptores donen per fet que siguin dones, sense a penes qüestionar-ho: “Clar, ja es dona per fet. Les cuidadores som les dones. Llavors, clar, si a tu t'agradaria que fos un home però no n'hi ha... això ho entens. En canvi, al revés no ho entenem” (Isabel, directora). I finalment, hi ha amb moltes resistències per part dels receptors si el cuidador és home, sobretot si la receptora és dona. Així la Sussana (coordinadora), quan proposa assignar un home a un domicili, es troba amb comentaris com aquest per part dels receptors: “sóc una dona, com vols que vingui un home a dutxar-me?” o també, diu, “hi ha homes que no volen que un home els vegi despullats”.

Els receptors prioritzen el gènere davant la capacitat professional, i la professional no és vista com a tal, sinó com “una dona que cuida”. Es valoren unes capacitats, habilitats i coneixements que socialment tenen les dones pel fet de ser-ho. És el que Torns (2007) anomena “saber dir” i “saber estar”, més que “saber fer”. Com diu la Sofia (coordinadora), pels receptors, “es la assistenta, la que me viene a tender, la que me viene a duchar y la que viene a ayudarme a vestir”. Aquesta idea respon a l'imaginari que la dona està més capacitada per a la cura, sobretot per a realitzar les tasques més domèstiques. Així, el que s'espera d'una dona, i no d'un home, és que sàpiga realitzar una higiene personal, però també portar una casa. Per tant, s'associa la cura a l'experiència femenina i es valora l'experiència en detriment de la capacitat professional (Razavi i Staab 2010). És així com els receptors tenen preferència per dones de mitjana edat, amb recorregut en aquesta activitat en l'àmbit domèstic i familiar:

(...) la gent gran té molt ficat el tema que han de ser les filles qui se n'ha d'encarregar i, en el cas que no puguin ser les filles, “pues ya que viene alguien que sea mujer, porque una mujer siempre será más cariñosa, será más atenta, estará más conmigo, me entenderá mejor (...)”. I, en canvi, amb els homes potser és això, sempre s'ha tingut aquesta visió que l'home no està tant a casa, no s'encarrega de la cura de la gent gran ni dels fills i tal. (Sussana, coordinadora)

D'altra banda, malgrat les resistències de gènere inicials dels receptors, una vegada que els treballadors realitzen la tasca són ben acceptats pels receptors:

Quan t'agafen *carinyo*, és clar, tu ho fas millor que tothom que ha passat. Y «que no me quiten a mí al Lluís, ¡eh! Que no me quiten al Lluís, porque las otras que han venido pues... no sé qué, no sé cuánto», i les ficava a parir. (Luis, TF)

L'acció i la creació del vincle transforma i trenca l'esquema de gènere i és quan el gènere passa a segon terme (West i Zimmerman 1987; Deustch 2007).

També hi ha barreres culturals amb relació a l'origen de la TF, mostrant preferència per treballadors/es autòctons. Comentaris comuns entre els receptors com ara “jo vull que sigui d'aquí” (Sofia, coordinadora), o “No quieren que les vaya una negra, moras” (María, TF), denoten una estratificació social també basada en l'ètnia.

Els receptors també expressen certes resistències a ser cuidats pels professionals, siguin homes o dones, pertanyents a les barreres culturals derivades del fet d'entrar a un domicili privat, per realitzar tasques associades a la intimitat, com una higiene personal. El fet d'entrar a un domicili privat no és fàcil, ni pels cuidadors ni cuidadores, requereix un procés d'acceptació i creació de confiança i desenvolupar unes estratègies, sobretot a l'inici del servei:

Clar, és que és quelcom molt íntim, et violaran la intimitat. Ara, de cop i volta, vindrà una persona de fora que no et coneix a envair casa teva, la teva habitació, et manipularà... depèn de com sigui la persona, és una mica violent. Però crec que parlant la gent s'entén. (Teresa, TF)

Es donen independentment del gènere, es manifesten amb vergonyes o desconfiances i donen continuïtat a l'imaginari dels afectes i la intimitat associats a la privacitat. Com diu la Rosa (TF): “Es que incluso a mí misma se me tapan, mujeres mismas se me tapan, y yo les gasto bromitas, «pero si estoy harta de verte cada día!»”. Un altre tipus de barreres que es donen són de gènere associat amb la sexualitat. D'aquesta manera, quan hi ha pudor o reticències amb relació al contacte amb les parts íntimes, es veu la cuidadora (o cuidador) com una persona sexuada, o la mateixa persona usuària es representa com a sexuada i per això té pudor. Ho veiem, sobretot, quan entre dona cuidadora i home receptor també es poden donar barreres: “A les dones, en certa manera, entre cometes, és més fàcil entrar, o sigui, als homes ja és més... complicat, perquè et miren d'una altra manera, però tens moltes sortides” (Marta, TF). Aquestes resistències inicials s'esvaeixen una vegada es realitza la tasca, tenint mà esquerra i utilitzant diverses estratègies personals i professionals (tapar les parts íntimes amb un llençol, negociant les tasques, etc.) o bé assimilant la tasca a professions sanitàries (infermeria, medicina), més reconegudes en l'àmbit públic.

A diferència del fet de ser cuidat en una institució, en els serveis domiciliaris el receptor de cura té un alt poder de decisió sobre com vol ser cuidat, ja que és un espai associat a la privacitat i a l'individu:

És un servei que es fa dins un domicili i no és el mateix que si és en un hospital, en una clínica, que és un lloc que és aliè a tu. Que tu no tens cap poder de decisió en aquell lloc i, en canvi, al domicili és casa teva i tu et sents amb aquest poder de decidir qui pot entrar i qui no pot entrar a casa teva, ¿vale? (Sussana, coordinadora)

Aquest fet fa que es prioritzi la preferència de l'usuari amb relació al perfil del professional, tot i la voluntat dels gestors a no discriminar per raó de gènere o ètnia: “tenim els professionals que tenim, tots estan acreditats per poder fer aquesta feina i, llavors, *bueno*, buscarem el professional que més s'adigui a les teves necessitats, sigui el que sigui, no?” (Silvia, serveis socials).

Es percep una actitud generalitzada de respecte envers la decisió de l'usuari, a pesar que aquest fet no ajudi la contractació d'homes. Imposar-ho provocaria un rebuig del servei, o bé un procés llarg i de negociació. Així, la Sussana (coordinadora), explica:

Quan ja et diu: «ay, no, un hombre que venga y me vea desnuda es que yo no me voy a sentir cómoda... o no sé, no lo veo bien, no sé qué...» Llavors ja ho deixem córrer. Ho deixem córrer i ja mirem de posar una dona. (Sussana, coordinadora)

D'altra banda, serveis socials ho hauria de treballar amb l'usuari si l'entitat ho proposa: “segurament tindria molta feina perquè la gent demanarà d'inici que no volen i llavors, clar, com ho soluciones això, no? perquè jo penso «no puc discriminar»” (Sara, serveis socials).

Segons els gestors, només es prioritza que el cuidador sigui home quan es valoren unes qualitats masculinitzades: l'autoritat per atendre casos “especials” (discapacitats, malaltia mental), o la força per realitzar transferències. També per realitzar tasques menys assistencials, com acompanyaments fora del domicili, per atendre altres homes, o bé per la major disponibilitat horària o per substituir altres treballadors homes. Tot i així, els homes han de ser “diferents” per dedicar-se a aquest sector. Són homes amb sensibilitat o bé pares implicats, com diu la Sofia (coordinadora):

Sí que és un perfil d'home molt conscienciat, no? molt cuidador, no? pares de família també molt implicats (...), que sortien de la feina perquè anaven a buscar els fills al *college* (...), la dona també treballava. (Sofia, coordinadora)

Un perfil que respon a un model de “masculinitat afectuosa”, integrant valors i pràctiques de cura en les identitats masculines (Elliott 2016).

Del “fer gènere” al “fer de professional”

Per realitzar l'activitat de cura es valoren unes qualitats personals que han estat feminitzades: la capacitat de relació, l'afecte, l'empatia, la paciència. I unes qualitats que han estat masculinitzades: l'autoritat, la força, la comunicació. Des dels serveis es valora un perfil de treballadors i treballadores familiars que integrin totes aquestes qualitats desvinculant-les del gènere (Deuscht 2007). Tot i així, els estereotips es mantenen en els imaginaris de tots els agents implicats. És així quan els treballadors es refereixen a les dones com a més sensibles i *carinyoses*, i les treballadores es refereixen als homes com a més durs i amb més força. Sobretot es ressalta la força com a qualitat que capacita els homes com a cuidadors i que marca una diferència amb les dones, aspecte que els dona valor en aquest treball i en justifica la dedicació: “sí, sí, valen, y, a parte, tienen mucha más fuerza, si los hubiéramos tenido de compañeros muchos años atrás, las espaldas de las mujeres las tendríamos mejor” (Rosario, TF). L'aspecte afectiu i relacional en les dones, en canvi, no es ressalta perquè no cal justificar-ne la seva dedicació, donant continuïtat

al seu rol de cuidadora familiar. En certa manera es premia la qualitat masculina, la qual cosa denota que la relació entre els dos sexes està constantment en joc i bidireccionalment construïda (Baines et al. 2015). A la vegada, els estereotips es trenquen quan el que s'espera d'una dona o d'un home no es correspon amb l'imaginari social. És quan aquestes qualitats les poden desenvolupar, o no, tant homes com dones, el que mostra una performativitat del gènere (Deusch 2007). Així, per exemple, la força com a qualitat masculina i indispensable queda qüestionada quan els treballadors diuen que també hi ha dones amb força o quan s'ha d'aplicar la tècnica per mobilitzar a la persona o bé fer ús de les grues. De la mateixa manera, l'aspecte afectiu com a qualitat femenina queda qüestionada quan "hi ha treballadores més *carinyoses* i treballadores molt esquerpes" (Sofia, coordinadora). Tot i així, les qualitats naturalitzades en un dels gèneres es ressalten quan es perceben en l'altre gènere, sobretot en el cas dels homes, quan els receptors, per exemple, en ressalten l'aspecte feminitzat: "ah, no, però aquest és molt dolç, eh, i ho fa molt suau" (Sara, serveis socials).

Durant el treball de cura les tasques venen definides per les necessitats de la persona, l'àmbit competencial de la professió i les característiques del servei. Realitzen higiènes personals, acompanyaments, preparació d'àpats i transferències. Tots coincideixen a dir que dins d'aquestes activitats més físiques o tècniques hi ha una vessant emocional ja que la cura, com diu en Luis (TF) implica una relació amb l'altre: "tienes conversación, hablas con ella y tal «¿Cómo te fue ayer María?», mientras vas trabajando". La cura professional és entesa de manera global i a les tasques assistencials s'hi afegeixen altres dimensions relacionals: tenir respecte, saber escoltar, estar atent, establir un vincle. Tot i que per referir-se als aspectes intangibles de l'activitat molts dels homes parlen de l'aspecte psicològic i les dones de l'aspecte afectiu, la vessant relacional de l'activitat no s'associa només a les qualitats de les dones, sinó a les característiques del treball. És en aquest aspecte que treballadors/es manifesten que han de saber marcar uns límits personals i és el que els dona professionalitat.

D'altra banda, també han de saber diferenciar les tasques de neteja de les d'atenció personal. Mentre que en entorns institucionals, com ara residències o centres de dia, estan molt ben delimitades, en l'atenció domiciliària la delimitació no és tan clara, atès que la cura vincula totes les tasques que tradicionalment les dones han desenvolupat en l'àmbit domèstic i és quan la cura es trasllada a l'esfera productiva que es diferencien (Razavi 2007). La diferenciació de les activitats és producte de l'organització del servei i de la classificació professional, cosa que suposa un biaix classista i racial, i la neteja és la menys valorada i a càrrec d'immigrants, segons les dades aportades per les entitats. A la pràctica la diferenciació suscita confusions, sobretot entre els usuaris del servei, que sovint demanen que s'assumeixin la totalitat de les tasques, també la neteja de la llar. A pesar que la delimitació és molt permeable entre els professionals, "ja que hi ets passes l'escombra", com diu en Juan (TF), és la seva responsabilitat i també dels gestors delimitar-ho, tal com comenta la Teresa (TF): "Normalment no els agrada quan tu els fas el comentari, perquè pensen: «mira, ja que venen a rentar la mare, que rentin també una mica aquí»". Tot i això, les dones solen incloure més tasques de neteja dins les seves funcions que els homes, aspecte criticat pels homes cuidadors. El gènere, en aquest sentit, també marca uns límits de la cura, no només marcats pel tipus de servei i la professió, sinó pel fet de ser home o dona.

Els homes cuidadors afirmen tenir la mateixa capacitat que les dones per a la cura i durant el treball fan ús de diferents estratègies de negociació de la

masculinitat. Hi ha aspectes de la seva masculinitat que són utilitzats per a conferir-los un poder (com l'autoritat o la força), i altres vegades s'apropien d'aspectes de la feminitat per adaptar-se al treball (Lupton 2000; Simpson 2004). Però tant homes com dones usen diferents estratègies per conferir trets de professionalitat i donar valor a un treball amb connotacions familiars i femenines altament devaluat: assimilant-se a l'àmbit sanitari, emfatitzant els aspectes tècnics i donant la importància de la formació. També marquen un distanciament amb el servei domèstic, a càrrec de dones immigrants sense formació. Són dones que accepten treballs en condicions molt més precàries i que realitzen la cura directe i indirecte. Això no afavoreix el reconeixement social de la cura, però sí que els dona valor i identitat professional quan s'hi diferencien: "I clar, jo no sóc *mayordomo*, jo sóc sociosanitari. La dona que ja fa això, que et fa el menjar i tot, ja va per un altra *rama*" (Guillem, TF). Són dimensions d'ètnia i de classe que marquen una jerarquia laboral i que classifiquen també les dones autòctones en els treballs en serveis públics i les dones immigrants en els treballs domèstics.

El salari emocional, cosa de dones?

Les condicions laborals són precàries, els contractes estan subjectes a variacions d'hores en funció de la demanda de servei i dels horaris disponibles dels professionals i el salari és molt baix.⁹ Els professionals no se senten ben remunerats ni valorats per la duresa i la complexitat de la feina i és la satisfacció personal la que justifica la seva situació laboral: "Está muy mal pagado, pero en pocos trabajos tienes esta satisfacción y, aparte, cuando te hablan y te dicen «gracias, me has ayudado», a mí eso me llena mucho" (Rosario, TF). Però el sacrifici i el "salari emocional", tradicionalment assimilat en les dones (Esquivel 2010; Baines et al. 2015; Comas d'Argemir 2015), també l'incorporen els homes, com diu en Miquel (TF): "si tu tens una motivació que et fa bellugar, aleshores és un mode de vida [...] i aprendràs a suportar allò que és negatiu, intentaràs fer-ho positiu".

Tant homes com dones troben feina amb rapidesa. Les dones no es plantegen canviar de treball, com que és un sector amb alta flexibilitat laboral i pocs requeriments formatius, poden compatibilitzar la seva vida professional i familiar. Entre els homes hi ha els que han trobat un fi en si mateixos sense haver-s'ho imaginat abans, els que es mouen en la incertesa, els que valoren altres recursos pels horaris i la remuneració i els que es plantegen un canvi quan la situació econòmica del context millori. Tant homes com dones, però, descarten treballar a una residència per les males condicions laborals i valoren el domicili pel grau de personalització que s'hi dona.

L'entrada de l'home en aquest sector és acceptada per les companyes, en el sentit que "ho poden fer igual de bé" com diu la Dolors (TF), sempre i quan tinguin la formació i una motivació. Per part dels gestors, creuen que no hi hauria d'haver diferències, però sovint la seva inserció queda justificada pel tipus d'atenció a realitzar. Les característiques del treball de cura continuen estan fortament associades a la feminitat i al poc reconeixement social, i l'entrada de l'home no ha fet canviar aquest escenari ni se situa en avantatge amb relació a les dones, per les característiques pròpies del treball i perquè és un sostre de vidre opac tant per

⁹ El IV Conveni col·lectiu de treball d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya (2015) estableix un salari brut mensual de 1 093,02 € per a la categoria de treballador familiar (jornada completa).

homes com per dones (Bodoque et al. 2016). La invisibilitat de la cura en l'àmbit domèstic no ha afavorit la consciència social i política del reconeixement de l'activitat i la distribució equitativa del treball (Esquivel 2010; Himmelweit i Land 2011) i tampoc la valoració del mercat dels aspectes personals i relacionals del treball (Hochschild 2008). Tot i així, els homes aporten noves dimensions al treball que plantegen nous reptes al *ethos* feminitzat que caracteritza el sector (Baines et al. 2015).

Conclusions

El treball familiar és una ocupació altament feminitzada, però el procés de professionalització del sector i la crisi econòmica de 2008 han fet que alguns homes optin també per aquests treballs. Tenint en compte que la cura forma part del "fer gènere" de les dones, m'he preguntat si l'entrada de l'home en aquest espai afavoreix la negociació de significats de gènere i la transformació de models culturals. És un camp que continua estant molt estereotipat, en el qual es reproduïxen significats, imaginaris i representacions socials de les característiques associades a l'activitat: femenina, domèstica i familiar. Potser una major entrada de l'home en aquest espai afavoriria aquestes transformacions, però actualment els homes que s'hi dediquen són una minoria.

El fet que homes cuidadors desenvolupin també unes capacitats i habilitats per a la cura i siguin valorats per a realitzar l'activitat, ajuda a visibilitzar que la cura és un aprenentatge i que la seva associació a la feminitat és una construcció cultural. La formació i la vocació apareixen com elements potencials de transformació. Són aspectes valorats pels gestors i treballadors/es familiars, però en la dinàmica del servei queden a segon terme. El fet que la cura es realitzi en el domicili privat atorga un poder de decisió al receptor de cura per qui vol ser cuidat, mostrant preferència per les dones, de mitjana edat i autòctones, prioritzant doncs, el gènere per davant del perfil professional. Per altra banda, el fet que no s'apliquin mesures per la contractació d'homes en els serveis tampoc afavoreix la transformació de les relacions de gènere. Tot i així, hi ha situacions en què la professió passa per davant del gènere, que responen a una altra manera de fer gènere o que suposen «menys gènere» i que esdevenen noves experiències pel canvi. És quan es fa visible que no és el gènere el que determina unes capacitats per a la cura, sinó el tenir una predisposició personal, adquirir uns coneixements i desenvolupar estratègies professionals desgeneritzadores per part dels treballadors i treballadores familiars, tant per donar valor a una activitat devaluada com per establir uns límits professionals i allunyar-la de la domesticitat.

Per acabar, dir que el gènere és una dimensió clau per a l'anàlisi del treball de cura, però les dimensions de classe i ètnia com a eixos de desigualtat també ordenen i jerarquitzen la cura. Segueix essent un treball amb pocs requeriments formatius, més reconegut entre cuidadores autòctones. Es configura així un nínxol laboral marcat per la precarietat tant per a homes com per a dones.

Bibliografia

ABRIL, P. i ROMERO, A. (2011) “El papel de los hombres en la igualdad de género: cambios, perspectivas y transiciones”, a *Actas del Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad. Investigación y activismo*, Barcelona, 7-8 octubre. [http://www.cime2011.org/home/panel1/cime2011_P1_Abril_Romero.pdf, accessed on April 20, 2017]

ASSOCIACIÓ CATALANA DE RECURSOS ASSISTENCIALS (2014) *Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya*, Barcelona: ESADE. [http://itemsweb.esade.edu/idgp/Presentacio_2014_InformeEconomicACRA.pdf, accessed on April 20, 2017]

ASSOCIACIÓ ESTATAL DE DIRECTORS I GERENTS EN SERVEIS SOCIALS (2016) *XVI dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, [<http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XVIIdictamen/XVI%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO.pdf>, accessed on April 20, 2017]

BAINES, D., CHARLESWORTH, S. i CUNNINGHAM, I. (2015) “Changing Care? Men and Managerialism in the Nonprofit Sector”, *Journal of Social Work* 15(5), pp. 459-478.

BODOQUE, Y., ROCA, M. i COMAS D'ARGEMIR, D. (2016) “Hombres en trabajos remunerados de cuidado: género, identidad laboral y cultura del trabajo”, *Revista Andaluza de Antropología*, 11, pp. 67-91.

BORDERÍAS, C. (2000) “La feminización de los estudios sobre el trabajo de las mujeres (1969-1999)”, a Heredero, C. (coord.). *Mujeres: unidad y diversidad. Un debate sobre la identidad de género*. Madrid: Federación de Enseñanza de CC. OO., pp. 51-93.

BUTLER, J. (1990) *El género en disputa*, Barcelona: Paidós.

COMAS D'ARGEMIR, D. (2015) “Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar”. *Revista de Antropología Social* 24, pp. 173-196.

— (2016) “Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes”. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad* 15(3), pp. 10-22.

CONNELL, R. i MESSERSCHMIDT, J. (2005) “Hegemonic masculinity: rethinking the concept”. *Gender & Society* 19(6), pp. 829-859.

CRENSHAW, W. (2012) “Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color”, a Platero Méndez L.R. (ed.).

Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada, Barcelona: Edicions Bellaterra.

DALY, M. i LEWIS, J. (2000) “The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States”, *The British Journal of Sociology* 51(2), pp. 281-298.

DEL VALLE, T. (2002) *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de genero*, Madrid: Narcea.

DEUSTCH, F. (2007) “Undoing gender”, *Gender & Society*, 21(1), pp. 106-127.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2015) *Observatori de la Xarxa Local de Serveis Socials d'Atenció Domiciliària de la Diputació de Barcelona. Informe 2015* [http://www.diba.cat/documents/14465/55159155/I_informe_2014.ppt+.pdf/48e56233-487f-4e07-9b51-02798abcb11b, accessed on February 12, 2017].

DURÁN, M. A. (2014) “Mujeres y hombres ante la situación de dependencia”, a Instituto de Mayores y Servicios Sociales (ed.). *Seminario “Políticas públicas de atención a personas mayores dependientes; hacia un sistema integral de cuidados”*. Madrid: IMSERSO.

ELLIOTT, K. (2016) “Caring Masculinities: Theorizing an Emerging Concept”, *Men and Masculinities*, 9(3), pp. 240-259.

ESQUIVEL, V. (2010) “Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado”, *Revista Internacional del Trabajo* 129(4), pp. 529-547.

HEARN, J. (2004) “From Hegemonic Masculinity to the Hegemony of Men”, *Feminist theory* 5 (1), pp. 49-72.

HIMMELWEIT, S. i LAND, H. (2011) “Reducing Gender Inequalities to Create a Sustainable Care System”, *Kurswechsel* 4, pp. 49-63.

HOCHSCHILD, A. R. (2008) *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Madrid: Katz Editores.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (2016). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 31 de Diciembre de 2016*, Madrid: IMSERSO-CSIC.

LUPTON, B. (2000) “Maintaining Masculinity: Men who do Women’s Work”, *British Journal of Management* 11(1), pp. 33-48.

MARBÁN, V. (2011) “Los actores sociales en el sistema de dependencia espanyol”, *Cuaderno de Relaciones Laborales* 29(1), pp. 69-91.

MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2010) *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

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

PETERSON, E. (2015) "Framing Caregiving Work for Older People in Spanish Public Policy: Gender, Power and Social Justice", *Revista Española de Ciencia Política* 39, pp. 221-237.

RAZAVI, S. (2007) *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*, Programme Paper, Ginebra: UNRISD.

RAZAVI, S. i STAAB, S. (2010) "Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado", *Revista Internacional del Trabajo* 129(4), pp. 449-467.

RECIO, C., MORENO, S., BORRÀS, V. i TORNS, T. (2015) "La profesionalización del sector de los cuidados", *Zerbitzuan* 60, pp. 179-193.

ROCA, M. (2017) "Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de un Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona", *Cuadernos de Relaciones Laborales* 35(2), pp. 371-391.

SERRANO, A., ARTIAGA, A. i DÁVILA, MC. (2013) "Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica", *Revista Internacional de Sociología*, 71(3), pp. 669-694.

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

TORNS, T. (2007) "Les polítiques per a l'organització social de la cura a l'esfera local: implicacions des de la perspectiva de gènere", a de la Fuente Vázquez, M. (coord.). *Les àrees de serveis personals: donant perspectiva de gènere a les polítiques socials d'àmbit local*, Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.

VEGA, C. (2009) *Culturas del cuidado. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*, Barcelona: Editorial UOC.

WEST, C. i ZIMMERMAN, D.H. (1987) "Doing Gender", *Gender & Society* 1(2), pp. 125-151.

© Copyright Mireia Roca-Escoda, 2017

© Copyright *Quaderns-e de l'ICA*, 2017

Fitxa bibliogràfica:

ROCA-ESCODA, Mireia (2017), "Homes i dones en el treball de cura remunerat: continuïtats i transformacions en les relacions de gènere en els serveis d'ajuda domiciliaris", *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), Barcelona: ICA, pp. 99-114. [ISSN 169-8298].



9.3. Article: Roca, M. (pendent avaluació). Desigualdades de género y trabajo de cuidados en el Servicio de Ayuda a Domicilio: políticas, discursos y prácticas. *Revista Internacional de Organizaciones*.

Desigualdades de género en el Servicio de Ayuda a Domicilio: políticas, discursos y prácticas¹.

Enviat: 23/04/2018

Revista Internacional de Organizaciones

Resumen:

A raíz de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, aumentó la promoción de servicios públicos de cuidados para hacer frente a las necesidades sociales; cosa que, por un lado, contribuyó a generar nuevas plazas de empleo, pero por el otro, ha convertido los cuidados en un sector ocupacional caracterizado por la feminización y la precariedad laboral, ya que se tienden a privatizar dichos servicios públicos, y las organizaciones privadas devienen las principales empleadoras del sector. Los estereotipos de género se reproducen en estos trabajos, donde las mujeres son las principales contratadas y los pocos hombres candidatos encuentran limitaciones para acceder a estas ocupaciones. En este artículo se analizan los discursos y prácticas de los agentes que operan en la gestión de los Servicios de Ayuda a Domicilio (organizaciones y servicios sociales municipales), para conocer las barreras culturales y de oportunidad que dificultan la igualdad de género en estos servicios. La estrategia metodológica utilizada se basa en el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los gestores del cuidado y de las observaciones en diferentes servicios públicos y organizaciones privadas.

Palabras clave

Trabajo de cuidados, género, personas mayores, dependencia, Servicio Ayuda a Domicilio, políticas públicas.

Abstract

Through the Spanish law on dependency of 2006, public care services have been encouraged in order to face social needs, which, at the same time, have led to the generation of employment. Caregiving in this context has become an occupational sector characterized by its feminization and job insecurity. A sector, that, in accordance with the privatisation trend of public services, sees private organizations becoming the main employers in that field. Gender stereotypes are reproduced in many of these working environments, where mainly women are hired and where the few male candidates face restraints when accessing these occupations. This article analyses the discourse and practice of agents who work in the management of Home-Care-Services (organizations and municipal social services), in order to know the cultural divides and opportunity barriers that hamper gender equality in those services. The methodological strategy used is based on the analysis of qualitative interviews made to caregiving facility managers and on observations made in different public services and private organizations.

Keywords

Care work, gender, older people, dependency, home-Care-Services, public policy.

¹ Investigación en el marco del programa de doctorado de la UAB y del proyecto «Hombres cuidadores. Retos y oportunidades para reducir las desigualdades de género y afrontar las nuevas necesidades de cuidado», financiado por RecerCaixa (Obra social La Caixa con la colaboración de la Asociación Catalana de Universidades Públicas (2014ACUP00045).

Introducción

El trabajo de cuidados tradicionalmente se ha realizado en el ámbito doméstico, a cargo de las mujeres, como actividad no remunerada y sin reconocimiento social (Carrasco, et al., 2011). En los últimos años, en las sociedades occidentales se han dado diversos cambios sociales, causados por el aumento de las necesidades sociales derivadas del envejecimiento de la población y por la entrada masiva de las mujeres en el ámbito remunerado, que han supuesto el aumento del número de personas que requieren cuidados y la disminución de las personas que tradicionalmente los han prestado. Este proceso se ha conocido como la «crisis de los cuidados» (Hochschild, 2008), que ha puesto de manifiesto la necesidad de contemplar el cuidado como responsabilidad pública. En el caso Español, a través de la Ley de Dependencia en 2006² (LAPAD), se han promovido diversos servicios públicos de cuidados que han generado empleo en este sector. Aun así, de acuerdo con las políticas familistas del sistema de Bienestar Español, la cobertura pública de atención es insuficiente y no ha implicado la desaparición del cuidado familiar (Roger y Ahmed, 2014). De acuerdo con la LAPAD, se contempla que las entidades privadas puedan prestar servicios, siempre que estén sujetas a un régimen de autorización previa y al cumplimiento de unas condiciones para garantizar la calidad de la prestación. En los últimos años, la privatización de los servicios ha ido en aumento, siendo las entidades mercantiles las principales proveedoras del sector (ACRA, 2014) y, por lo tanto, también las principales empleadoras.

Teniendo en cuenta que la definición de las características del servicio corresponde a las políticas sociales y la organización del trabajo, a las entidades que lo prestan; acerca del trabajo de cuidados nos interesa conocer el tipo de políticas que regulan estas ocupaciones y las representaciones sociales de las organizaciones prestadoras. Nos centraremos en identificar los factores que limitan o favorecen la igualdad en las organizaciones que prestan los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD). La calificación de estas ocupaciones como «femeninas» es parte de un sistema social, y ha sido asumida por los empleadores y gestores del sector. En este sentido, las prácticas organizacionales de estos empleos se basan en modelos sociales estereotipados y segregan la ocupación por sexos, dando lugar a desigualdades de género. Desde un enfoque organizacional (Acker, 1990, 2006) analizaremos como se articulan y se dotan de significado los comportamientos femeninos y masculinos en una organización a través de distintos procesos generizantes, basados en un modelo de trabajador concebido como «neutral» pero que responde a un sistema de dominación masculina, siendo las mujeres más aptas para los trabajos menos valorados.

El mercado ha encontrado en este sector un nuevo campo para la obtención de beneficios, donde el objetivo del cuidado deviene en la acumulación de capital en detrimento de la asunción de las responsabilidades sobre el cuidado de la vida, ya que las empresas siguen funcionando de acuerdo al modelo de «trabajador ideal», es decir, personas libres de cargas o necesidades de cuidados, plenamente disponibles para el empleo. Un modelo que implica una mayor disponibilidad de las personas para las necesidades de los mercados mientras se presupone que alguien asumirá las responsabilidades del cuidado (Pérez Orozco, 2006). Esta situación se legitima bajo el discurso de que la privatización proporciona eficiencia y reduce costes y trámites burocráticos (Recio, 2010), pero, al mismo tiempo, se corre el riesgo de que las

²Ley Estatal 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

organizaciones proveedoras escapen del control para garantizar la calidad del servicio y también del empleo (Montserrat, 2015).

Las mujeres son el grupo predominante en los trabajos de cuidados, un sector ocupacional caracterizado por la precariedad y la desregulación laboral, asociado a la feminización del trabajo y a la privatización de los servicios. Con la externalización de los servicios públicos, las organizaciones prestadoras tienen un papel importante en las condiciones laborales de los trabajadores, pero las políticas públicas también condicionan las características del trabajo y el género que se le asocia. Mediante la regulación laboral y los requerimientos formativos se inicia un proceso de profesionalización del sector, pero son normativas que se sustentan en la feminización del cuidado y reproducen las desigualdades sociales (Serrano, et al., 2013). Además, los imaginarios colectivos que proyectan unas representaciones sociales familiares y femeninas, y el sistema de servicios caracterizado por el asistencialismo, dificultan el desarrollo de perfiles profesionales competentes (Recio, et al., 2015). Así pues, a pesar de que el proceso de regulación ha supuesto una mayor implicación, todavía minoritaria, de hombres en este sector —muchos de ellos empujados por una situación de desempleo como consecuencia de la crisis económica en 2008 (Bodoque, et al. 2016)—, su presencia no ha modificado los modelos culturales, siendo aún un campo muy estereotipado y feminizado, y tampoco ha supuesto un mayor reconocimiento de los trabajos (Roca, 2017). En este sentido, el traslado del cuidado a la esfera pública no ha propiciado la visibilidad y la valorización de estas actividades, que se continúan vinculando a lo femenino (familiar, informal, moral), lo que contribuye a la desvalorización y al imaginario que refuerza la asimetría entre los sexos. Además, los saberes femeninos no han «colonizado» las lógicas masculinizadas del trabajo mercantil, basadas en la búsqueda de rendimiento, la competitividad y la fuerza física.

El contexto de la investigación es Cataluña. La investigación ha adoptado la estrategia metodológica de casos etnográficos, basada en el trabajo de campo y las técnicas cualitativas, la relación entre la teoría y los datos empíricos y la visión crítica del fenómeno objeto de estudio (Hammersley y Atkinson, 1994). Las unidades de observación han sido diversos Servicios de Ayuda a Domicilio municipales gestionados por cinco organizaciones³ de distintas envergaduras y naturalezas jurídicas: tres de iniciativa social (una fundación, una asociación y una cooperativa) y dos de iniciativa mercantil (una multinacional de servicios y una mediana empresa). La recogida de datos se ha obtenido mediante la realización de diez entrevistas en profundidad a los agentes que operan en la gestión del servicio: siete al personal de las organizaciones (cinco jefes de las organizaciones y tres coordinadoras técnicas) y dos al personal de servicios sociales municipales (trabajadoras sociales). Se realizó también observación participante en dos organizaciones (asociación y organización mercantil), lo que ha posibilitado contrastar los discursos de las entrevistas con las prácticas reales. En relación al perfil de las personas entrevistadas, los jefes de servicio son hombres (en el caso de las entidades mercantiles) y mujeres (en el caso de las sociales), entre 40 y 50 años con estudios superiores (relacionados con ramas humanistas y empresariales); las coordinadoras técnicas son mujeres entre 35 y 40 años, autóctonas y diplomadas en Trabajo Social, y las trabajadoras sociales son mujeres entre 35 y 45 años, autóctonas y diplomadas.

³ Una misma organización puede gestionar diversos SAD municipales, en función de su tamaño y abasto territorial.

El cuidado como ámbito ocupacional: El caso de los Servicios de Ayuda a Domicilio

Los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) en Cataluña están regulados por la LAPAD y la ley autonómica de servicios sociales⁴. Las administraciones públicas realizan la valoración de las necesidades de cuidados a las personas en situación de dependencia⁵ o riesgo social, y se les asignan unas horas de atención⁶ en el propio domicilio, ya sea de atención personal, a cargo de las Trabajadoras Familiares (TF), o de atención al hogar, a cargo de las Auxiliares del Hogar (AH). El SAD está orientado a promover la autonomía de las personas (entendida como el gobierno de las actividades básicas) y su permanencia en el propio domicilio, y. Está dirigido a un sector concreto de la población, personas en situación de dependencia que, por motivos de edad o discapacidad, requieren cuidados. Son políticas que, de acuerdo a una representación individualizadora de las necesidades, convierten a la persona dependiente en cliente con libertad de elección sobre los servicios disponibles (Rodríguez Cabrero 2011), y con derecho a decidir por quién y cómo quieren ser cuidadas (Batthyány et al., 2014). Un discurso que se aleja de la responsabilidad social en torno a las necesidades, opaca la naturaleza humana vulnerable y la interdependencia, en tanto que todos somos dependientes en algún momento de la vida (Fineman, 2006; Carrasco, 2009).

El SAD se ha ido configurando como prestación básica de apoyo⁷, tanto para los que necesitan ayuda en la vida diaria (personas en situación de dependencia o riesgo social) como para sus familiares (cuidadores), siendo las personas mayores (y las mujeres), las principales beneficiarias (Diputación de Barcelona, 2016). La expansión del servicio ha supuesto una mayor cobertura pública de las necesidades y generación de empleo, en el cual las mujeres representan el 97 % del personal contratado (ACRA, 2014). Son mujeres con poca formación (la mayoría autóctonas, aunque también hay inmigradas), representadas principalmente en la atención al hogar (Roca, 2017). Por un lado, las competencias requeridas en estos trabajos se siguen asociando a las habilidades personales, naturalizadas en las mujeres; y por otro, se sigue asociando la actividad a la domesticidad, como trabajo reproductivo, lo que dificulta su valoración y la redistribución social (Razavi y Staab, 2010; Comas d'Argemir 2015; Recio et al., 2015).

Los SAD se desarrollaron sobretudo en los años noventa, como medida europea para afrontar el desempleo y la cobertura de nuevas necesidades sociales, a través de los yacimientos de empleo⁸. Tal y como señala Torns (2007), no se pensó ni en la calidad del trabajo ni del servicio, resultaron ser «servicios-trabajo», que por una parte cubrirían la demanda de atención derivada del envejecimiento de la población, y por otra, favorecerían la contratación de mujeres en situación de exclusión social. En aquel momento, la figura profesional del SAD era la de trabajador/a familiar, que englobó bajo un mismo nombre diversas titulaciones que se obtenían a través de la formación ocupacional por las administraciones locales. En 2003 se incluye la formación dentro de la formación profesional de grado medio, con la titulación de Técnico en

⁴La Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales (LSS) y el Decreto 142 / 2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011, que determina el servicio como prestación garantizada.

⁵La valoración de la dependencia está a cargo de los Equipos de valoración a la Dependencia, y se fundamenta en criterios de falta de autonomía por motivo de edad o discapacidad.

⁶El máximo de horas mensuales para las personas con dependencia Grado 3 es de 70 horas; para las personas con dependencia Grado 2 es de 45 horas, y en las personas con dependencia leve es de 20 horas.

⁷En los últimos años el servicio ha experimentado un crecimiento, representando en 2016 el 13,70 % del total de las prestaciones (IMSERSO, 2016).

⁸Una estrategia impulsada a partir del documento escrito por Jacques Delors, presidente de la comunidad Europea en 1993, "Crecimiento, competitividad y empleo, retos para el siglo XXI".

Atención Sociosanitaria. De acuerdo con los principios de la LAPAD, basados en la necesidad de favorecer la formación para garantizar la calidad de la prestación y la regulación del sector, se desarrollan criterios formales orientados a la profesionalización del sector. En 2008 se establecen los certificados de profesionalidad obtenidos mediante la formación ocupacional, que acreditan tener las habilidades y los conocimientos requeridos para desarrollar la profesión, y de acuerdo con las exigencias del mercado. Además, debido a la falta de profesionales cualificados en el sector y a la creciente situación de necesidades sociales derivadas del envejecimiento de la población, se recomienda que las personas que ya están trabajando dispongan de la titulación correspondiente, o bien que puedan obtener una acreditación oficial mediante un proceso de reconocimiento de competencias profesionales⁹ obtenidas mediante la experiencia laboral y la formación no reglada. Con independencia del nivel de cualificaciones y de instrucción, el trabajo consistente en ocuparse de otras personas se minusvalora, lo que entraña una infravaloración de la remuneración (Razavi y Staab, 2010). La capacitación para realizar estos trabajos, basada en el «saber decir» y el «saber estar» más que en «saber hacer», que supondría reconocer unos saberes y habilidades adquiridos, aunque invisibilizados, por las mujeres a través de la socialización (Torns, 2007), no ha conseguido una regulación adecuada para equiparar este trabajo a las cualificaciones socialmente reconocidas (Serrano, et al., 2013; Recio, et al., 2015).

La normativa actual establece las condiciones y características del servicio, según la cual, las administraciones locales tienen la competencia para la prestación del servicio. En un inicio los Ayuntamientos desarrollaron el SAD con personal propio, pero el aumento de la demanda y las dificultades presupuestarias han provocado que gran parte de los servicios estén sujetos a la lógica de la privatización (Recio, 2010). De esta forma, la prestación del servicio se externaliza a entidades sociales y mercantiles mediante un concurso público, siendo las entidades mercantiles las principales proveedoras del sector: en 2013 el 63,2 % de los servicios son prestados por organizaciones mercantiles, el 22 % por entidades de iniciativa social, y el 14,8 % por las administraciones públicas (ACRA, 2014). Este proceso de privatización se aceleró con las medidas de austeridad¹⁰ iniciadas en 2011 por parte de los gobiernos conservadores, y recientemente con la expansión de las prestaciones vinculadas al servicio, que han supuesto una reorientación del proveedor del servicio, pasando a ser prestados por empresas privadas no incluidas en la red pública pero que están «acreditadas» para atender a las personas beneficiarias de la LAPAD (Montserrat, 2015). Las organizaciones están sujetas a las condiciones de prestación mediante un pliego de cláusulas técnicas y administrativas, y a las condiciones laborales que establecen los convenios del sector¹¹. La regulación laboral se encuentra en continuo proceso de negociación, lo que refleja la complejidad y desregulación de este sector laboral. La negociación ha sido protagonizada por las empresas privadas (representadas por una heterogeneidad de formas y tamaños), y con poca representación sindical debido a la creación de nuevas empresas del sector y a la alta rotación de personal y contratos temporales en el sector (Escudero, 2007).

⁹Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral.

¹⁰Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

¹¹Actualmente existen dos convenios vigentes: el estatal (VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. Publicado en BOE, 18 de mayo de 2012), que regula diversos servicios de atención a la dependencia; y el autonómico (IV Convenio colectivo de trabajo de empresas de atención domiciliar de Cataluña (2015-2018). Publicado en DOGC el 19 de marzo de 2015), específico del SAD.

La segregación sexual ocupacional en el sector de los cuidados: organizaciones y prácticas de género

En los últimos años se ha producido un aumento de las mujeres en los empleos remunerados, pero el mercado de trabajo se caracteriza todavía por la segregación sexual ocupacional, basada en las desigualdades de género, que se fundamentan en la división sexual del trabajo, asociada a los contenidos de los trabajos y a las identidades de género (Comas d'Argemir, 1995). Una segregación vertical, donde las mujeres están representadas en las categorías inferiores, y horizontal, caracterizada por la feminización de ciertas profesiones y actividades socialmente menos valoradas. Así, las mujeres se ubican en aquellos sectores ocupacionales o puestos de trabajo socialmente menos valorados, como es el caso del trabajo de cuidados, ya que la división sexual del trabajo constituye el origen de la discriminación y subordinación de las mujeres, un hecho que se ha fundamentado en su función de reproducción de la fuerza de trabajo y la vinculación a la esfera reproductiva (Benería, 1981). Este modelo social es un determinante básico en la construcción de los valores de la cultura organizacional, que de acuerdo con la internalización de unas relaciones de género, las organizaciones actúan de acuerdo con este modelo reproduciendo las representaciones sociales en torno a la actividades (Acker, 2006), resultando las mujeres, y sus prácticas, menos valoradas.

Los estudios orientados al análisis de las relaciones de género dentro de las organizaciones se han focalizado más en las negociaciones y estrategias de las personas y menos en cómo las organizaciones mismas, a través del discurso y la política, participan en las prácticas de género (Cottingham, 2014). Nos interesan las investigaciones que se han centrado en el funcionamiento de las propias organizaciones que actúan como un conducto de tipos particulares de masculinidades y feminidades y caracterizan un trabajo como masculino o femenino (Acker, 2006; Collinson y Hearn, 2011; Baines et al, 2015). Además, no solamente las organizaciones están generizadas, también el Estado, con sus políticas, reproduce relaciones desiguales de género al financiar y negociar con las empresas las maneras de hacer y llevar a cabo políticas y prácticas (Connell y Masserschmidt, 2005).

Para entender la creación de desigualdades en las organizaciones laborales, Acker (1990) argumentó que la estructura organizativa no es neutral para el género, siendo el margen de acción femenino menor que el masculino. Los valores de la masculinidad se incluyeron en los procesos organizativos, marginando a las mujeres y contribuyendo al mantenimiento de la segregación de género en las organizaciones. Para la autora, la generización de las organizaciones se da a través de distintos procesos que articulan y dotan de significado los comportamientos femeninos y masculinos. Son procesos que se refirieren a aspectos intangibles, aquellos que se asumen como situaciones «dadas» y por lo tanto, naturalizadas. Por un lado, las prácticas organizacionales comunes producen un patrón generizado de trabajos, salarios, jerarquías, poder y subordinación. Por otro lado, la construcción de símbolos refuerza o se opone a estas divisiones, a través de las interacciones concretas entre sujetos y el desarrollo de actitudes apropiadas de acuerdo al género. Son procesos que establecen oportunidades, limitaciones, jerarquías y conceptos comunes en el pensamiento organizativo en base a la idea del trabajador desencarnado y universal, y que por lo tanto, invisibilizan una estructura dual asimétrica en relación al género. Años más tarde, la misma autora, a partir de los «regímenes de desigualdad» (Acker, 2006) como un enfoque analítico, argumenta cómo se construyen las desigualdades en base al género, la etnia y la clase social en las prácticas y procesos en las organizaciones, introduciendo la perspectiva interseccional. De esta manera, aunque el trabajo está organizado sobre el modelo de hombre blanco y, tanto las mujeres como los hombres son lo

que se espera de ellos de acuerdo con este modelo, los hombres no son necesariamente los trabajadores ideales para todos los empleos. De la misma forma, la trabajadora ideal para muchos puestos de trabajo es una mujer que, según los patrones, será obediente y aceptará salarios bajos. Así argumentó Acker que las organizaciones, no solo los individuos, están generizadas, reproduciendo continuamente patrones mayores de relaciones sociales dominantes y subordinadas, pero a veces también actúan desafiándolas.

La contratación de hombres en las ocupaciones tradicionalmente femeninas ha sido una tarea difícil, a pesar de que los empleos en el sector de servicios, con un número creciente de «necesidades afectivas», han ido en aumento desde finales del siglo XX (Baines, et al., 2013; Cottingham, 2014; Hussein, et al., 2014). Aun así, están representados en posiciones más «masculinas», como en la gestión y puestos de trabajo técnicos (Collinson y Hearn, 2011; Husein et al., 2014), de modo que se observa una segregación vertical pronunciada basada en el género, incluso en las partes de la economía dominadas por mujeres. Además, los hombres se han beneficiado de su condición minoritaria, a través de la escalera de vidrio, tal y como analizó Williams (1992), en el caso de ocupaciones como trabajo social, magisterio o enfermería. Collinson y Hearn (2011) argumentan, a través del concepto de *masculinidades múltiples*, que las culturas y las identidades de los hombres pueden cambiar, incluso en las organizaciones más masculinizadas. Existen grupos sociales donde las estrategias «no masculinas» de los hombres (referidas al cuidado o la emotividad) son más aceptadas que la masculinidad tradicional. Aun así, si bien las relaciones de género pueden cambiar en detalle, simultáneamente permanecen asimétricas en la estructura general, y, a pesar de darse cambios en las relaciones de género dentro del mercado laboral, la dominación masculina persiste en muchos aspectos. Son hombres, en una minoría, que se confrontan con los modelos de masculinidad hegemónica y que deben negociar con su función de hombres proveedores, lo que conlleva implicaciones para su identidad, siguiendo los planteamientos de Connell y Messerschmidt (2005), a pesar de que también se benefician del patriarcado aunque no ejerzan una dominación masculina.

La feminización del trabajo de cuidados: discursos y prácticas de los gestores de los Servicios de Ayuda a Domicilio

La organización del servicio: servicios sociales, organizaciones y domicilios

Corresponde a las administraciones locales establecer las condiciones del servicio por medio de los pliegos técnicos y administrativos, pero también es la oferta y la organización de la entidad la que configura la realidad del servicio. Por un lado, el convenio laboral establece aplicar unos «mínimos» en relación con la organización del trabajo y las condiciones laborales, que a pesar de ser «bajísimos», son un aspecto que minimiza las diferencias entre las organizaciones:

«Cuando somos empresas o cooperativas o, es igual, entidades, que nos regimos por un convenio de sector, nos regimos por unos criterios para seguir todas las normativas legales, no somos competitivos (...); es decir, los convenios deben cumplirse, este es el mínimo (...). Los convenios ya de por sí son bajísimos». (Isabel¹². Gestora entidad social)

¹² Las entrevistas realizadas a Isabel, Joaquim, Sussana, Sara, Sofia, Rosa, Estel y Silvia originalmente son en catalán. La traducción es nuestra. Por otro lado, los nombres de las personas entrevistadas son pseudónimos.

Por otro lado, estas condiciones dependerán de cómo las aplique cada organización, incumpliendo muchas veces el convenio:

«El convenio colectivo no se respeta al 100 %. Es un servicio muy variante. Ahora tienes muchas horas y ahora tienes muy pocas. Las trabajadoras siempre tienen la incertidumbre de ahora trabajo muchas horas, ahora trabajo menos (...). No se respetó, por ejemplo, lo que serían los desplazamientos de las trabajadoras (...) cuenta como tiempo efectivo de trabajo. O bien no se cuenta o bien se pone, pero *lo tenemos allí un poco en el aire*». (Sussana. Coordinadora empresa mercantil)

Cuando las organizaciones ganan el concurso público y empiezan a gestionar el SAD, están obligadas a subrogar los trabajadores de la entidad saliente, manteniendo las condiciones laborales con las que venían realizando el trabajo. A partir de ahí, en función de las necesidades de personal, la entidad entrante realizará las nuevas contrataciones. Las plantillas están feminizadas, pero ninguna de las empresas aplica políticas de igualdad. En los pliegos de contratación no se especifica este aspecto (o muy raras veces) y, según los gestores, correspondería a cada administración determinar este aspecto:

«Hay ayuntamientos que tienen unos requerimientos y condiciones especiales y otros que tienen otras. Yo pienso que no hay un estándar (...). Claro, si un pliego de cláusulas te dice que tienes que tener un 1 % de la plantilla con hombres y un pliego de cláusulas dice que el requerimiento por no sé qué... pues es lo que tienes que hacer. No veo más». (Isabel. Gestora entidad social)

Las plantillas de las organizaciones están formadas por un jefe de servicio, coordinadoras técnicas y profesionales de atención (Trabajadoras Familiares [TF] y Auxiliares del Hogar [AH]). En relación a la clase, la etnia y el género del personal de atención directa de las cuatro organizaciones, no se observan diferencias respecto a su forma jurídica. Entre las TF, las mujeres representan entre el 95-98 % de la plantilla; tanto hombres como mujeres son mayormente autóctonos/as, tienen entre 30 y 50 años y están titulados, o bien están en proceso de acreditación de competencias. Entre las AH, todas son mujeres, muchas de ellas inmigradas, sin titulación o bien con estudios básicos. En cambio, sí que se dan diferencias de género en función de la organización en los puestos de gerencia, las organizaciones mercantiles están representadas por hombres, y las sociales por mujeres. En relación con la clase y etnia no se dan diferencias: tienen titulaciones universitarias y son autóctonos. Se da, por lo tanto, una segregación horizontal en estos servicios (feminización en tareas de atención directa y limpieza) y vertical (los hombres representados en altos cargos). Además, la discriminación de género se acentúa al cruzar las dimensiones de clase, género y etnia, siendo mayor la concentración de mujeres autóctonas en las tareas de atención directa y las mujeres inmigradas en las tareas de limpieza.

La gestión del SAD se desarrolla en dos fases: la provisión, a cargo de los servicios sociales municipales; y la producción, a cargo de la entidad adjudicataria. La trabajadora social de servicios sociales municipales, valora el caso y, especificando el tipo de servicio (atención personal o limpieza del hogar) y las actividades a realizar, lo solicita a la organización, la cual, a partir de ahí, es la encargada de asignar cada domicilio a los trabajadores (un proceso negociado

con los receptores del servicio), y también de realizar el seguimiento del servicio, en coordinación con servicios sociales. La coordinadora técnica del SAD adjudica los casos a los trabajadores en función de sus disponibilidades horarias y de las características del servicio. De entrada, los gestores muestran un discurso favorable a la igualdad de género, pero hay diversos motivos que justifican la contratación de mujeres, por lo que no se da una coherencia con este discurso igualitario.

Servicios sociales municipales normalmente no realiza una demanda específica con relación al género del cuidador, sino que delega los criterios de contratación a la entidad. Aún así, a pesar de explicitar que no pueden discriminar, muestran una clara preferencia por las mujeres, debido a las dificultades que les supondría asignar un hombre en los domicilios:

«Si la empresa me dice "mira tenemos un suplente que es hombre", probamos. Los cambios cuestan, pero no pasa nada. Yo pienso que estaría bien por romper un poco los estigmas (...). Seguramente que tendría mucho trabajo porque la gente pedirá de inicio que no quieren y entonces, ¿cómo solucionas esto? Porque yo pienso que no puedo discriminar (...) pero, claro, eso me dará trabajo a mí». (Sara. Trabajadora social servicios sociales)

Los gestores de las organizaciones valoran un perfil de trabajador integrado por una predisposición (o vocación) y una formación:

«Para mí me es indiferente. No es necesario que sea... yo siempre parto de la base de que las personas tienen cierta titulación y están preparadas, tanto el hombre como la mujer, para hacer las tareas». (Sofía. Coordinadora cooperativa)

«Sí, pero una formación sí se necesita, claro, algo básico sí se necesita. Pero pienso que hace más el hecho de que, de que tú te sientas... no sé, de que lo lleves de manera vocacional. El trabajar con personas, tener el cuidado de estas personas». (Sussana. Coordinadora empresa mercantil)

Estos aspectos minimizan las diferencias de género, pero el hecho de que la mayoría de solicitudes de trabajo sean de mujeres dificulta tener hombres en la plantilla:

«También es muy importante que os comente que ya no es que nosotros queramos a chico o chicas, sino que el 98% de las personas que nos traen CV son chicas. Eso es indudable. La mayoría son chicas, a veces viene un chico pero es complicado ubicarlo». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

Por otra parte, el hecho que la asignación sea un proceso negociado con las personas receptoras del servicio y/o con sus familiares, que normalmente prefieren mujeres, también dificulta la igualdad en las plantillas:

«Nosotros siempre pensamos en cuanto chico o chica, las familias siempre nos condicionan o limitan. ¿Qué prefieren las familias? Chica». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

Estas preferencias se dan por la vinculación del trabajo de cuidados a la domesticidad, que feminiza todas las tareas de cuidado a realizar en el domicilio, siendo las mujeres las más aptas para el trabajo:

«Pues de las mujeres se espera más, pues, que sean capaces de hacer... de cocinar, de llevar una casa, ¿vale? A los hombres en cambio no se les atribuya esta actitud. Los usuarios normalmente piensan que un hombre no sabrá llevar... no sabrá llevar la casa, no sabrá limpiar, no sabrá recoger, no sabrá... no sabrá planchar, no sabrá cocinar, ¿vale?». (Sussana. Coordinadora empresa mercantil)

Algunos gestores refuerzan este aspecto, sobretudo hombres, porque presuponen que las mujeres asumirán, a diferencia de los hombres, todas las tareas a realizar en el domicilio:

«Los chicos, por ejemplo, están para ayudar a señores, pero en lo que nosotros llamamos servicios de menos horas. Cuando el servicio es de más de dos, tres, cuatro horas, quieren una chica, porque habitualmente también interviene en tareas del hogar. Muchas veces nos dicen que hay que planchar y tal». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

De esta forma, la asignación de mujeres se da por hecho, y solo se consulta al receptor por el género del cuidador cuando desde la organización se plantea un hombre, que normalmente es para atender a otros hombres.

«Cuando solo puedo colocar un hombre, yo lo pregunto, si puedo colocar una mujer no. Si yo veo que es un hombre, ya intento colocar un hombre. Si el hombre me dice que no, pues una mujer». (Estel. Coordinadora fundación)

Por otra parte, el espacio de trabajo también condiciona el perfil del/la trabajador/a. Es un servicio que se realiza en el domicilio de la persona, un espacio vinculado a la intimidad y a la privacidad, que otorga un alto poder de decisión a la persona receptora en comparación a servicios institucionalizados:

«También pienso que es por el tema, que es un servicio que se hace dentro de un domicilio y no es lo mismo que si es en un hospital, en una clínica, que es un lugar que es ajeno a ti. Que tú no tienes ningún poder de decisión en ese lugar y, en cambio, en el domicilio es tu casa y tú te sientes con este poder de decidir quién puede entrar y quién no puede entrar en tu casa». (Susana. Coordinadora empresa mercantil)

Este aspecto pone en el debate la cuestión de si se tienen que respetar las preferencias de las personas receptoras de cuidados, siguiendo el discurso de la autonomía, aunque no favorezca la igualdad de oportunidades. El receptor de cuidados pasa a ser cliente del servicio, donde sus demandas y preferencias en relación al género del cuidador pasan por delante de los criterios neutrales que deberían adoptar los gestores en cuanto a servicios públicos y profesionales.

La responsabilidad de fomentar la igualdad de género queda difuminada entre los distintos agentes. A pesar de que son las organizaciones las encargadas de asignar el personal, se ha conseguido que hombres cuiden a mujeres receptoras de los servicios, como nos comenta Sussana (coordinadora): «Hemos empezado a conseguir que haya usuarias que acepten a

hombres. Pocas, quizá... tenemos tres casos», al mismo tiempo expresa que, si desde los servicios sociales se planteara la posibilidad al receptor de ser atendido por un hombre o una mujer indistintamente, favorecería la igualdad de género en sus plantillas:

«Yo pienso que si desde servicios sociales se explicara, desde un primer momento, que hay hombres y mujeres que están llevando a cabo este trabajo y que tanto les puede tocar un hombre como una mujer que les vaya al domicilio, facilitaría nuestra tarea». (Sussana. Coordinadora empresa mercantil)

La feminización del trabajo: vocación, experiencia y condiciones laborales

Las condiciones del trabajo y los contenidos de las actividades se continúan asociando a las mujeres, aspectos que dan continuidad a la feminización de las plantillas aunque los gestores muestren un discurso profesionalizado, neutral al género. Según los gestores, una de las razones de que sea un trabajo feminizado, es que las mujeres, a diferencia de los hombres, se decantan de forma natural por este tipo de empleo:

«De hecho, es una profesión que cuesta mucho porque arrastra muchos años de que el trabajador familiar es trabajadora familiar. O sea, arrastras que es un don... que debe ser una mujer, ¿no? (...), que es una mujer la que ayuda, la que hace esto». (Sofía. Coordinadora cooperativa)

Al ser un ámbito poco profesionalizado, muchas de las TF llevan tiempo trabajando sin formación, siendo las empresas, en ocasiones, quienes las orientan a realizar la formación mediante la acreditación de competencias. Aun así, hay mujeres que están trabajando en el sector sin estar acreditadas:

«Nosotros estamos bien, porque es un proceso que ya se inició hace tiempo, lo pararon, lo demoraron, hicieron una prórroga... y la gente ya en su día se lo sacó, y de nosotros el 70 % lo tiene, más o menos». (Joaquim. Jefe empresa mercantil)

La experiencia personal y laboral aparece como una alternativa legítima a la calificación, que sitúa en desventaja a los hombres sin apenas experiencia previa para poder acreditar y justificar su capacitación en el trabajo. Así, las trayectorias personales y laborales de las mujeres favorecen su continuidad en estos trabajos (con o sin formación), mientras que en el caso de los hombres, la formación es la principal vía de inserción en el SAD:

«Yo creo que es el gran desconocido, porque curiosamente ahora que decías eso, cada vez nos llegan más CV que han estudiado para esto, pero se da por hecho ya que las chicas, pues sí. Chicas con enfermería o trabajar en un hospital luego quieren estar o vivir en el domicilio; en los chicos creo que está apareciendo ahora». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

«Alguno vienen sin formación, ¡eh! Entonces les decimos que no pueden, porque creen que la atención muchas veces la puede hacer a todo el mundo». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

Mientras que la experiencia de las mujeres justifica su capacitación para el cuidado, los hombres, en cambio, sí necesitan una formación para empezar a trabajar. De esta forma, la vocación de las mujeres para el cuidado no es cuestionada, mientras que la predisposición de los hombres, a veces, sí que lo es. El hecho de que sea la situación de necesidad la que les lleva a este sector, hace cuestionar su aptitud para el trabajo, aspecto que da continuidad a la feminización del sector:

«Claro, yo pienso que algunos entran empujados por la crisis, de decir no encuentras trabajo y aquí se te abre un sector quizá desconocido y ya está. Y que tal vez después, una vez lo conoces les gusta, y es verdad. Claro, no sé después si son capaces de encontrar trabajo en otro lugar si se irían, pero algunos te dicen “entré porque no quedaba más remedio, pero ahora una vez estoy dentro esto”». (Isabel. Jefa cooperativa)

Aun así, cuando empiezan a trabajar son valorados para el trabajo y es cuando se visibiliza que la vocación asociada al género es también una construcción social, que el cuidado es un aprendizaje:

«El patrón estaba llevado con dos hombres. Se amplía el horario, porque la mujer (del usuario) tiene un problema de visión y se pone a una chica. “Pero hombre, una mujer...”. La mujer pidió el cambio. Los otros chicos estaban encantadísimos, tienen una gran vocación y empatizan muchísimo». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

Otra de las razones de la feminización del trabajo son las condiciones laborales. Los bajos salarios son más aceptados entre las mujeres, que las sitúa en los empleos más precarizados. Por otro lado, la propia organización del trabajo se basa en la flexibilidad laboral, y las mujeres pueden compatibilizar responsabilidades familiares. De esta forma, a pesar de que los contratos estén sujeto a variaciones de horas en función de la asignación semanal de usuarios (no les da una estabilidad laboral), y que los servicios puedan variar en las franjas horarias (no les da garantía de un horario estable), les da margen de flexibilidad horaria y así compatibilizar el trabajo con la vida personal, dando continuidad a su característica como mujer cuidadora:

«En el SAD yo creo que es un tema de sueldos, en el aspecto que nosotros trabajamos con servicios que no nos ocupan todo el día, sino de jornada parcial y sí que hay mucha mujer que se lo combina con la familia, con otras chapuzas... Porque es totalmente precario. Esto provoca que muchos hombres en el SAD los coges para trabajar, pero si no tienen muchas horas acaban plegando». (Margarita. Jefa asociación)

«Otra cosa es el horario, date cuenta que en nuestra empresa, una persona tiene críos y puede ir por la mañana, que el horario es muy (...). Claro, con la atención a domicilio te puedes diseñar un poco una jornada, que también, por supuesto, conlleva el salario. Entraremos en otra valoración a nivel social, en que el hombre es el que lleva el salario principal y la mujer puede desarrollar una profesión que le gusta con un salario menor y con menos horas, por supuesto». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

Si bien mayormente las mujeres comentan que las condiciones laborales podrían ser mejores, como expresa Sussana: «es un trabajo que está muy poco valorado, muy mal pagado», los hombres, en cambio piensan que no, como Sergio o Joaquim, que asimilan la precariedad

naturalizada a las tareas feminizadas. Por ejemplo, Sergio nos comenta que de una plantilla de 40 trabajadores, solo 20 están a jornada completa, y que «ganan bien»:

«A jornada completa puede haber unos 20. Lo que pasa que los que trabajan ahora están al día. Ganan bien (...) nosotros solemos pagar la hora a 7 euros o 7 euros y medio». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

A pesar de que las condiciones laborales sean las mismas para hombres y mujeres, Sergio enfatiza que los hombres ganan igual que las mujeres: «Nosotros intentamos tener mucho sentido común. Incluso vayan chicos o chicas», lo que denota una normalización de la brecha salarial. Además, la desregulación laboral y la percepción del trabajador disponible para el empleo también está normalizada por parte de los gestores, incluso forma parte de la filosofía de la organización:

«Nuestra filosofía es ver y entender, y no todo es dos más dos, no todo es “yo estoy siete horas y no siete horas y diez”, pues si te quedas diez minutos no pasa nada. Una cosa por la otra. Y se consigue». (Sergio. Jefe empresa mercantil)

La precariedad laboral no solo afecta a los trabajadores del SAD, también a los gestores del servicio. Una precariedad que se compensa por la gratitud que les aporta el trabajo, lo que nos recuerda que las personas encuentran otras motivaciones, además de la económica, que les permiten mantenerse en estos trabajos:

«Yo me acuerdo muchas veces hablando con ellos porque... bueno y nosotros porque tampoco nos pagan tanto. No cobramos mucho más que ellos pero te tiene que gustar. Son trabajos que te han de gustar». (Sofía. Coordinadora cooperativa)

Conclusiones

El trabajo de cuidados en los Servicios de Ayuda a Domicilio es un sector ocupacional feminizado y poco valorado en términos sociales y salariales, precisamente por la vinculación del trabajo a la domesticidad y a la feminidad. Las organizaciones adjudicatarias condicionan las características de estos trabajos, convirtiéndose en las principales empleadoras del sector, pero las políticas públicas también participan en la construcción del trabajo de cuidados, a través de la regulación de los servicios, las exigencias formativas y las condiciones de prestación. En este artículo se han analizado los discursos y prácticas de los gestores del SAD, que dan continuidad a las desigualdades sociales y de género en este ámbito ocupacional.

Las representaciones sociales asociadas a los contenidos de los trabajos y al género asociado se reflejan en las estrategias de los gestores de los servicios que, a pesar de mostrar un discurso igualitario, en la práctica actúan de acuerdo con las normas de género y reproducen los estereotipos sexuales, siendo las mujeres las principales contratadas en estos trabajos. Por otra parte, hay diversos motivos que justifican la continuidad a la feminización de las plantillas. Es un trabajo que exige cualidades y competencias relacionales, reconocidas tradicionalmente como específicas de las mujeres, y con escasos requerimientos formativos, siendo la experiencia personal más valorada en detrimento a la formación. Además, la flexibilidad laboral y los bajos salarios que caracterizan estos trabajos, hacen que las mujeres con poca formación sean las principales candidatas. De esta forma, cuando los gestores afirman que no hay diferencias entre hombres y mujeres cuidadores, mientras tengan vocación y formación para el trabajo,

invisibilizan las desigualdades de género y se normaliza la segregación ocupacional sexual. Aún así, en las organizaciones donde los jefes de servicio son hombres, las desigualdades se invisibilizan más; por ejemplo, a través de la percepción de que no es un trabajo precarizado. En cambio, en las organizaciones donde las mujeres ocupan puestos de liderazgo, parece que su discurso es más reivindicativo y que los cambios de roles de género se visibilizan más.

Al ser un sector ocupado por mujeres, se produce una segregación ocupacional horizontal, pero la presencia mayoritaria de mujeres no conlleva una presencia igualitaria en los puestos de dirección, dándose también una segregación vertical, que se manifiesta en la escasa presencia de mujeres en los puestos directivos. Por otra parte, al ser un sector feminizado, se invisibilizan las desigualdades que impregnan en el sector, por ejemplo los bajos salarios generalizados de todos los trabajadores, también entre los cargos más altos. La segregación horizontal y vertical se ve todavía más acentuada para las mujeres encargadas de la atención directa. Al cruzar género, clase y etnia, se evidencia que las desigualdades sociales afectan sobre todo a las mujeres con poca formación que realizan las tareas de atención personal, y a las mujeres inmigradas, sin estudios, encargadas de las tareas del hogar.

Las organizaciones no aplican políticas de igualdad de género, ni las políticas públicas generalmente lo contemplan como requisito en los pliegos de contratación. La responsabilidad para favorecer la igualdad de género en el servicio queda difuminada entre los gestores de las organizaciones y los técnicos de los servicios sociales municipales, delegando el perfil de los trabajadores en cada domicilio a las preferencias de los beneficiarios del mismo, considerando a las mujeres las más aptas para el trabajo. Esta situación se apoya en el discurso del fomento de la autonomía de las personas, que se sustenta en la libertad de elección de las personas receptoras de cuidados, contribuye a la individualización del riesgo social, e invisibiliza las desigualdades de género.

7. Bibliografía

Acker, Joan (1990). "Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations". *Gender and Society*, 4 (2):139-158.

Acker, Joan (2006). "Inequality regimes. Gender, Class, and Race in Organizations". *Gender and Society*, 20 (4): 441-464.

ACRA (Asociación Catalana de recursos Asistenciales) (2014). "Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya".

Barcelona: ESADE, en línea:

http://itemsweb.esade.edu/idgp/Presentacio_2014_InformeEconomicACRA.pdf, consulta 20 abril, 2017.

Baines, Donna; Charlesworth, Sara; Cunningham, Ian (2015). "Changing care? Men and managerialism in the non-profit sector". *Journal of Social Work*, 15 (5): 459-478.

Batthyány, K; Genta, N y Perrotta, V (2014). "Discurso experto en el cuidado de personas mayores. Un análisis de género". *Revista de Ciencias Sociales*, 27 (34): 72- 91.

Benería, Lourdes (1981). "Reproducción, producción y división sexual del trabajo". *Revista Mientras Tanto*, 6: 50-61.

Bodoque, Yolanda; Roca, Mireia; Comas d'Argemir, Dolors (2016). "Hombres en trabajos de cuidado: género, identidad profesional y cultura del trabajo". *Revista Andaluza de Antropología*, 11: 67-91.

Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Torns, Teresa (eds.) (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: La Catarata.

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

Collinson, David y Hearn, Jeff (2011). *Men and masculinities at the workplace. A critical Review*. Workshop del Study on the Role of Men in Gender Equality. EU.

Comas d'Argemir, Dolors (1995). *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.

Comas d'Argemir, Dolors (2015). "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar". *Revista de Antropología Social*, 24:173-196.

Connell, Robert y Messerschmidt, James (2005). "Hegemonic masculinity: rethinking the concept". *Gender & Society*, 19: 829-859.

Cottingham, Marci D (2014). "Recruiting men, constructing manhood: How healthcare organizations mobilize masculinities a nursing recruitment strategy". *Gender & Society*, 28: 133-156.

Diputación de Barcelona (2016). *Observatori de la xarxa local de serveis socials d'atenció domiciliària*. Informe 2015, en línea:

http://xarxalocalsad.diba.cat/sites/xarxalocalsad.diba.cat/files/capsula_2014.pdf

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

Fineman, Martha (2006). Dependency and Social Debt. En D. Grusky y P. England (Ed), *Poverty and Inequality*. Stanford: University Press.

Hammersley, Martin y Atkinson, Paul. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*, Madrid: Paidós.

Hochschild, Arlie Russell. (2011 [2008]) *La mercantilización de la vida íntima*. Madrid, Katz Editores.

Instituto de Mayores y Servicios sociales (2016). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2016*. Madrid: Imserso-csic.

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

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

Razavi, Shahra y Staab, Silke (2010). "Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado". *Revista Internacional del Trabajo*, 129(4): 449-467.

Recio, Carolina (2010) Familismo, asistencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de atención a las personas. *Alternativas*, 17: 19-43.

Recio, Carolina; Moreno, Sara; Borràs, Vicent y Torns, Teresa (2015). "La profesionalización del sector de los cuidados". *Zerbitzuan*, 60: 179-193.

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

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2011). "Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea." *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29:13-42.

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

Serrano, Amparo; Artiaga, Alba; Dávila, María Celeste (2013). "Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica". *Revista Internacional de Sociología*, vol. 71(3): 669-694.

Torns, Teresa (2007). "Les polítiques per a l'organització social de la cura a l'esfera local. Implicacions des de la perspectiva de gènere". En Maria De la Fuente Vázquez, (coord.) (2007). *Les àrees de serveis personals: donant perspectiva de gènere a les polítiques socials d'àmbit local*. Barcelona: Institut de ciències polítiques i socials.

Williams, Christine (1992). "The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the "Female" Professions". *Social Problems*, 39(3): 253-267.

10. La implicació dels homes en el treball de cura remunerat

10.1. Article: Bodoque, Y., Roca, M., Comas d'Argemir, D. (2016). Hombres en trabajos de cuidado: género, identidad profesional y cultura del trabajo. *Revista Andaluza de Antropología*, 11, 67-91.

Recibido: 17/5/16
Aceptado: 12/6/16

HOMBRES EN TRABAJOS REMUNERADOS DE CUIDADO: GÉNERO, IDENTIDAD LABORAL Y CULTURA DEL TRABAJO¹

YOLANDA BODOQUE

Universidad Rovira i Virgili

MIREIA ROCA

Universidad Autónoma de Barcelona

DOLORS COMAS-D'ARGEMIR

Universidad Rovira i Virgili

Resumen.

En el presente artículo presentamos los primeros resultados de una investigación en curso sobre la participación de los hombres en el cuidado de personas adultas en situación de dependencia. En concreto nos centraremos en analizar las experiencias y percepciones de los hombres que tienen un trabajo remunerado de cuidados en organizaciones que operan en distintos sectores de la actividad económica, como servicios sociales, sanidad, servicio doméstico e, incluso, hostelería. Consideramos que dado el colapso existente en la atención a los cuidados de larga duración, que forma parte de lo que se ha calificado como crisis de los cuidados, deberá producirse una mayor implicación de los hombres, tanto en el ámbito familiar como en el laboral que es el que aquí nos ocupa. Conocer en qué circunstancias acceden a estos trabajos, cómo experimentan su actividad en relación

1. Esta investigación está financiada por RecerCaixa, un programa impulsado por la Obra Social 'la Caixa' con la colaboración de la Asociación Catalana de Universidades Públicas (2014ACUP00045).

al género o qué barreras culturales y de oportunidad limitan o favorecen la incorporación de los hombres en los trabajos remunerados de cuidado puede ayudar a favorecer esta implicación.

Palabras Claves.

Hombres cuidadores, cuidados de larga duración, cuidado social, género, trabajos de cuidado.

Abstract.

In the present article we present the initial results of an ongoing investigation into male participation in the care of adults in situations of dependency. Specifically, we analyse the experiences and perceptions of men professionally employed as paid care workers in organisations that operate in various sectors of the economy, including social services, health, home care and, even, the hotel sector. We believe that given the current collapse in long-term care provision, which forms part of the so-called 'care crisis', there should be greater involvement of men both in the family and professional setting and this is therefore the focus of the present study. Understanding the circumstances by which men enter these jobs, how they experience their work in relation to their gender and the cultural and employment barriers that limit or enable men to enter into paid care work will help strengthen their involvement.

Keywords.

Male care workers, long-term care, gender, care jobs.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es analizar la incorporación de hombres a los trabajos remunerados de cuidados. El incremento de personas con enfermedades crónicas o con discapacidades, así como el envejecimiento del envejecimiento han generado nuevas y crecientes necesidades de cuidados que no pueden ser atendidas únicamente desde el marco familiar y la implicación de las mujeres. Los cuidados de larga duración han pasado a tener una dimensión social y política. En España se aborda este problema más tarde que en otros países europeos: en el año 2006 se aprueba la Ley de Dependencia², que el gobierno del Partido Popular modificada sustancialmente en el 2012 y hace fuertes recortes en su aplicación. Como consecuencia se produce una refamiliarización de los cuidados que va en paralelo a una creciente mercantilización de estos servicios, tanto

2. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, más conocida como Ley de Dependencia.

porque el retraimiento del estado facilita la expansión del mercado, como por la política de privatización de los servicios públicos (Deusdad et al., 2016).

El colapso existente en la atención a los cuidados de larga duración, que forma parte de lo que se ha calificado como crisis de los cuidados, obliga a replantearse la distribución desigual e injusta de este tipo de cuidado, que recae principalmente en las mujeres y está a cargo de la familia y solo subsidiariamente del Estado, el mercado o la comunidad. Deberá producirse una mayor implicación de los hombres en los trabajos de cuidados, tanto en el ámbito familiar como en el laboral que es el que aquí nos ocupa.

Los empleos de cuidados suponen una externalización del cuidado familiar y se caracterizan por su escaso valor social, precariedad laboral, feminización y etnización. Es en este contexto en el que nos proponemos analizar la presencia de hombres en trabajos remunerados de cuidados. Intentamos responder diversas preguntas relacionadas con las condiciones de acceso a los empleos de cuidados, las implicaciones para la identidad y las barreras que obstaculizan la incorporación de los hombres en este tipo de trabajos.

El concepto de *culturas del trabajo* desarrollado por Palenzuela (1995) y Moreno (1997) resulta útil en cuanto concilia las relaciones de producción, las relaciones de sexo-género y las relaciones interétnicas en la configuración de una matriz estructural identitaria que nos permite comprender prácticas sociales y cosmovisiones individuales y colectivas. Sin embargo, cuando tratamos los trabajos de cuidados, el concepto de culturas del trabajo queda desbordado por dos razones: en primer lugar, por el propio concepto de trabajo, puesto que las fronteras entre el trabajo no remunerado (familiar) y el remunerado (laboral) quedan muy desdibujadas e incluso contestadas, y en segundo lugar, porque se hace necesario incorporar los procesos de redefinición de una determinada cultura del trabajo en contextos cambiantes. Nuestra incursión en los trabajos de cuidados permite abordar esta complejidad.

La literatura académica feminista ha permitido dar visibilidad y asignar valor al tiempo de trabajo dedicado a las actividades no remuneradas que se ejercen en la familia y que contribuyen al bienestar colectivo (Carrasco, Borderías y Torns, 2011). Desde esta perspectiva se contesta la vinculación exclusiva del trabajo con las relaciones de producción, que invisibiliza los trabajos no remunerados que se realizan en el marco de relaciones de reproducción, y jerarquiza ambas dimensiones (Comas d'Argemir, 1995). Y es justamente esta vinculación de los cuidados con la familia y con las mujeres, lo que se proyecta en el ámbito laboral. La naturalización de los cuidados incide en la percepción de que no es necesaria una formación específica para realizarlos, resta valor a los empleos de este sector ocupacional y obstaculiza construir el conocimiento experto en este ámbito, de manera que la profesionalización de los cuidados choca con obstáculos importantes, quedando relegados a una mera ocupación laboral de baja cualificación, bajos salarios y escasas posibilidades de movilidad ascendente (Recio et al., 2015: 182). No solo el género

explica esta escasa calidad de los empleos: también el origen de clase influye en que las mujeres los acepten y los vivan de forma satisfactoria. Y lo mismo podemos decir del origen étnico asociado a la condición de extranjería, de manera que los empleos de cuidados más precarios e intensivos (los realizados en los domicilios particulares) recaen mayoritariamente en personas inmigradas. Además, cuando el trabajo de cuidados se realiza en los hogares, la frontera entre lo familiar y lo laboral es todavía más difusa, puesto que los dos ámbitos se funden.

Respecto a las dinámicas procesuales: ¿qué sucede con la cultura del trabajo de cuidados cuando son hombres quienes se incorporan a este sector de empleos? Ha sido ampliamente constatado que, a diferencia de las mujeres que se introducen en ocupaciones masculinas, los hombres que trabajan en ocupaciones femeninas experimentan favoritismo y más fácil promoción. Mientras que la metáfora del “techo de cristal” sirvió para describir los obstáculos que viven las mujeres en el contexto laboral, la metáfora de la “escalera de cristal” ha reflejado las ventajas ocultas que experimentan los hombres en ocupaciones femeninas, tales como la preferencia en el acceso y la promoción, su fácil aceptación y la valoración positiva de sus aportaciones (Williams, 1992). Se constató que los hombres blancos son los principales beneficiarios de la “escalera de cristal”, por lo que los estudios sobre segregación ocupacional no solo han de tener en cuenta el género, sino también la clase social, minorías étnicas o raciales y situaciones de discapacidad (Williams, 2013, 2015; Woodhams et al., 2015). Una perspectiva sintetizadora la aporta Smith (2012: 151) señalando que el “techo de cristal” y las “escaleras de cristal” se encuentran combinadas y, refiriéndose al contexto laboral y social de los Estados Unidos, afirma que raza, etnia y género se interseccionan para conformar un único mercado de trabajo con ventajas para los hombres blancos y desventajas para las mujeres y para las minorías.

La organización del trabajo en el contexto neoliberal aporta nuevas dimensiones, ya que instituye un individualismo competitivo que rompe con los modelos de organización productiva basados en la estabilidad del trabajador y el papel de los sindicatos en la consecución de derechos laborales. Por esto es importante situar las culturas del trabajo en el contexto de los cambios en el sistema capitalista y sus concreciones locales. Analizar los privilegios masculinos en los lugares de trabajo sin tener en cuenta la lógica de la explotación capitalista, hace perder la perspectiva analítica que permite reconocer cómo y porqué se producen desigualdades en los contextos laborales. Tal como señala Nancy Fraser (2011) las críticas a las desigualdades de género han de ir acompañadas de las críticas al capitalismo.

En este contexto de lógica neoliberal ¿continúa funcionando la “escalera de cristal” para los hombres que se introducen en ocupaciones de mujeres? Nuestra hipótesis es que en el caso de los trabajos de cuidados sí funciona, pero de forma mucho más débil respecto a lo que se ha mostrado en profesiones como la enfermería, el magisterio o el trabajo

social. Se trata todas ellas de profesiones feminizadas, pero los trabajos de cuidados, se configuran como empleos más tarde, tienen mayores dificultades para profesionalizarse en la medida en que carecen de cualificación y la posibilidad de carrera profesional es muy limitada. Trataremos de mostrar cómo los condicionantes con los que se han configurado los empleos de cuidados limitan drásticamente el alcance de la “escalera de cristal”.

Otra de las dimensiones que hay que considerar en la introducción de los hombres en los empleos de cuidados son las implicaciones para la identidad, en la medida en que se confrontan con los modelos de masculinidad hegemónica (Connell y Messerschmidt, 2005), entendiendo estos también en su diversidad, cambios y perspectiva interseccional. Podemos señalar que una vertiente de la masculinidad hegemónica se ha construido como *care-free* (Hanlon, 2012), pues el distanciamiento de los hombres respecto al cuidado hace que puedan dedicarse al trabajo remunerado o actividades de prestigio. Nos preguntamos pues cómo los hombres que están empleados en el sector de cuidados negocian su concepción de la masculinidad en el lugar de trabajo.

Nuestra reflexión en este artículo aporta elementos para la comprensión de los procesos de segregación y discriminación ocupacional que continúan teniendo fuerte presencia en nuestra sociedad. Hay que señalar que desde la década de los años 80 las mujeres han incrementado de forma notable su presencia en el mercado de trabajo y, además, las mujeres de clase media se han introducido en profesiones tradicionalmente masculinas que previamente les habían estado vetadas, alcanzando incluso la mayoría en algunas de ellas (medicina, magistratura, farmacia). No sucede así a la inversa, pues los hombres se han introducido muy poco en ocupaciones feminizadas y Williams (2013) constata que las cuatro profesiones que estudió en 1992 (enfermería, biblioteconomía, magisterio y trabajo social) continúan presentando una fuerte segregación de género veinte años después.

Al analizar la introducción de los hombres en los trabajos de cuidados tomamos en consideración las desigualdades en los lugares de trabajo y las nociones de interseccionalidad y de masculinidad hegemónica. Esto permite abordar las construcciones culturales que diferencian hombres y mujeres en sus experiencias laborales y las que modelan la identidad masculina en los pocos hombres que cruzan las fronteras de género y realizan trabajos en que predominan las mujeres (West y Zimmerman, 1987). Todo ello en el contexto de cambios en el sistema capitalista orientados a la lógica neoliberal. Constataremos que muchos hombres llegan a estas ocupaciones como fruto de la grave crisis de empleo, de manera que han tenido que aceptar empleos que no se habían planteado realizar.

A partir de estas consideraciones los objetivos específicos de este artículo se centran en las siguientes dimensiones: 1) Motivaciones de los hombres para acceder y mantenerse en empleos de cuidados, y 2) Experiencias de los hombres en los trabajos de cuidados

en su calidad de grupo minoritario. Para el análisis tendremos en cuenta las barreras culturales (construcciones de género) y de oportunidad (posición en el mercado de trabajo) que limitan la incorporación de hombres a los trabajos de cuidados y los factores que contribuyen a romper estas barreras.

Nuestra investigación se ha centrado en Cataluña. Hemos realizado entrevistas a hombres cuidadores y observaciones en el lugar de trabajo como estrategias metodológicas básicas. Para redactar este artículo nos hemos basado en once entrevistas en profundidad realizadas a hombres entre 25 y 58 años, siendo mayoritaria la franja entre 45 y 58 años. 8 de ellos son españoles y 3 latinoamericanos. Solo uno de ellos tiene estudios universitarios, pues predominan formaciones básicas como el graduado escolar, formación profesional de grado medio y formación profesional ocupacional. Llevan trabajando como cuidadores entre dos y siete años, pues la mayoría accede a esta clase de trabajo en el contexto de la crisis económica, sustituyendo empleos anteriores. Trabajan en centros residenciales, centros de día o en servicios de atención domiciliaria (SAD) y algunos combinan su trabajo en una empresa con trabajos en domicilios particulares. Aunque no utilizamos aquí la muestra completa de hombres entrevistados en nuestra investigación, consideramos que es suficientemente significativa y supone un avance de los primeros resultados.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

La literatura académica sobre los trabajos de cuidados y su profesionalización muestra que el foco atención se ha dirigido fundamentalmente hacia las mujeres ya que efectivamente son ellas quienes ocupan buena parte de este sector laboral. Algunos autores muestran cómo ha sido principalmente el incremento de las necesidades de cuidados de larga duración lo que ha dado lugar a un creciente proceso de institucionalización y profesionalización de los trabajos de cuidados sin que ello haya implicado la desaparición del cuidado familiar (Lethbridge, 2013; Rogero-García y Ahmed-Mohamed, 2014; Pickard, 2012). El trabajo de cuidados se lleva realizando desde distintos sectores de la actividad económica, como servicios sociales, sanidad, servicio doméstico e, incluso, hostelería. Sin embargo, las evidencias empíricas muestran que los rasgos del trabajo familiar se proyectan en los empleos de cuidados, lo cual parece explicar una presencia mayoritaria de mujeres, condiciones laborales precarias, escasa visibilidad y escasa valoración social (Torns et al., 2014).

Hay que destacar la ausencia de estudios sobre la presencia de hombres en los trabajos remunerados de cuidados, lo que contrasta con otras ocupaciones también feminizadas. En todo caso, es interesante tener en cuenta los hallazgos realizados en los estudios que han tratado la enfermería, el magisterio y el trabajo social, algunos de los cuales se han centrado en comprender las formas en que los hombres experimentan, comprenden y afrontan los desafíos de su masculinidad y en analizar las dinámicas de poder basadas en

el género (Shen-Miller y Smiler, 2015). Son interesantes aquellos focalizados en analizar las estrategias para reclutar y retener a los hombres en estas profesiones de manera que dejen de pensarse fundamentalmente como profesiones de mujeres. Es el ejemplo del estudio que recientemente llevó a cabo Cottingham (2014) con enfermeros. Esta autora considera que a pesar de los cambios en las dinámicas de género los hombres continúan siendo minoritarios en las profesiones del cuidado relacionado con la salud. Esta presencia minoritaria puede ser debida a que en la profesión se requiere una serie de habilidades (empatía, compromiso emocional y ayuda a los demás) que son la antítesis de las nociones hegemónicas de *ser hombre* (duro, emocionalmente distante, individualista, racional y técnicamente competente). A partir de esta premisa analiza las estrategias que utilizan las organizaciones para captar a los hombres en esta profesión: desde aquellas que resaltan los aspectos más hegemónicos de la masculinidad como fundamentales para contrarrestar el trabajo de sus compañeras, a aquellas que muestran cómo las masculinidades alternativas aportan elementos positivos al desarrollo de la enfermería. Quienes fueron cooptados por la vía de la masculinidad hegemónica resaltan lo difícil que les resulta conciliar la masculinidad convencional con el cuidado. Los cooptados por la vía de las masculinidades alternativas, en cambio, resaltan la importancia del cuidado, reivindicando que la crianza y la prestación de atención no son exclusivamente femeninas. De esta manera es como la autora demuestra que se continúan reproduciendo roles segregados entre hombres y mujeres porque resulta complicado conciliar la masculinidad hegemónica con las actividades asociadas a los cuidados (Cottingham, 2014). Ruth Simpson (2004) realizó un estudio de características similares aunque poniendo el acento en el itinerario laboral de los hombres antes de acabar siendo bibliotecarios, azafatos, enfermeros o maestros. Definió tres perfiles de hombres: los que buscan activamente dedicarse a esta profesión (a los que llamó *solicitantes*), los que la encuentran por casualidad y la consideran provisional (los *buscadores*) y, finalmente, los que llegan a la profesión después de haber trabajado en ocupaciones consideradas masculinas y deciden dedicarse a ella (los *colonos*). Todos ellos, dice Simpson (2004), se benefician de su condición minoritaria mediante la suposición de que mejorará su liderazgo (lo que denomina *el efecto de la autoridad innata*); a través del trato diferencial (*el efecto de consideración especial*); o porque actúan de manera arribista (*el efecto carrera*). En general, todos ellos se sienten cómodos trabajando con mujeres (*el efecto comodidad*) pero adoptan una serie de estrategias para restablecer cualquier indicio de debilitamiento de su masculinidad renombrando su categoría, distanciándose de las características asociadas a lo femenino e intentando mejorar su posición laboral en la organización. Christensen y Knight (2014) también muestran como, a pesar de las barreras emocionales, verbales o sexuales que los hombres encuentran cuando acceden a estas profesiones, en sus narrativas (trabajaron con estudiantes de enfermería) expresan que acceden a ellas porque, a pesar del marcador de género que poseen, les parece una

ocupación flexible y prometedora que les permite desarrollar sus límites profesionales aprovechando las ventajas que les supone ser minoría, por ejemplo, y exteriorizando su heterosexualidad.

Una muestra más del desencuentro entre la masculinidad hegemónica y los cuidados nos la proporciona Evans (1997) que también demuestra que en la enfermería se da una alta proporcionalidad de hombres que se distancian de las actividades de cuidado directo para situarse en posiciones administrativas de élite por varias razones: por la necesidad de separar lo que es masculino de las actividades propias del cuidado (por ser consideradas femeninas); para distanciarse de sus compañeras y de la imagen femenina por excelencia de la enfermera; porque las propias instituciones y organizaciones reproducen imágenes que perpetúan la ventaja masculina; o, incluso, porque las propias compañeras favorecen (directa o indirectamente) que los hombres accedan a estas posiciones.

Aunque de forma minoritaria, los hombres también han entrado en el sector de los cuidados, de la misma manera que lo hicieron en ocupaciones tradicionalmente feminas, como el trabajo social, magisterio, biblioteconomía o enfermería. De hecho se trata de una presencia tan reducida que ni siquiera ha llamado la atención de quienes investigan sobre los trabajos remunerados de cuidado (que han centrado su atención en las mujeres trabajadoras). En cambio, sí se han realizado numerosos estudios sobre hombres que cuidan a sus familiares (véase entre otros Calasanti y Bowen, 2006; Ducharme et al, 2006; Milne y Hatzidimitriadou, 2003; Ribero, 2005), así como sobre hombres migrantes en trabajos de cuidado, que no se estudian por su condición de cuidadores sino por el hecho de ser migrantes con dificultades de inserción laboral (véase entre otros Catanzaro y Colombo, 2009; Haile y Siegman, 2014; Quartararo y Falcinelli, 2013; Scrinzi, 2005). Podemos pensar que la escasa atención prestada desde la academia a la presencia de hombres en los trabajos de cuidados puede ser debida a lo que afirmábamos al inicio de este apartado: que los rasgos del trabajo familiar y doméstico se proyectan sobre el trabajo remunerado de manera que su interés se ha dirigido principalmente a las mujeres por ser las que mayor presencia tienen así como en su falta de visibilización y valoración.

3. TRABAJOS DE CUIDADOS EN ESPAÑA, POLÍTICAS SOCIALES Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

El despliegue de un nuevo modelo europeo de protección social basado en derechos de ciudadanía en la atención a la dependencia ha significado una nueva concepción social de la responsabilidad pública del cuidado: de un modelo de cuidado asistencial a un modelo universal. Varios cambios sociodemográficos (envejecimiento de la población y fuerte presencia de las mujeres en el mercado laboral), suponen un crecimiento de las necesidades de cuidado y una reestructuración de los Estados del Bienestar. En Europa se despliegan diferentes fórmulas para dar respuesta a las necesidades de cuidado: políticas de contención de costes, desplazamiento de riesgos sociales al mercado, a la familia y

a los individuos, lo que supone una feminización del cuidado y el protagonismo del cuidado informal (Durán, 2014; Marbán, 2011; Rodríguez, 2011).

En España la atención a los cuidados se ha basado tradicionalmente en la centralidad de la familia, la subsidiariedad del Estado (escasa cobertura de servicios sociales públicos) y la residualidad del mercado (Comas d'Argemir, 2015; Martínez-Bujan, 2014; Rodríguez, 2007; Tobío et al., 2010). Con la creación de la Ley de Dependencia, aparece el derecho subjetivo a recibir cuidado a fin de garantizar la cobertura de estas necesidades a toda la población. En Catalunya el sistema público de servicios sociales está regulado, además, por la Ley de Servicios Sociales³. Son prestaciones de servicios, económicas y tecnológicas que conforman una red de servicios sociales de responsabilidad pública. Aunque los objetivos de las políticas europeas de protección social de la dependencia (universalización, suficiencia y calidad y sostenibilidad) están recogidos por la ley española, y a pesar de que la ley de Dependencia supuso un gran avance en relación a los derechos sociales, ya en un inicio hubo dificultades en su aplicación (Rodríguez, 2007). Se crearon grandes expectativas pero la entrada de la ley coincide con el inicio de la crisis económica, que dificulta la universalidad en la cobertura de los derechos a la vez que aumentan las desigualdades sociales (Deusdad et al., 2016; Peterson, 2015). Además, el aumento de las necesidades de cuidado (por el envejecimiento de la población), sumado a las políticas de los gobiernos conservadores, no ha favorecido la sostenibilidad del sistema. Desde 2010 se aplican diversas reformas legales que inciden negativamente en la cobertura del cuidado debilitando los derechos reconocidos en un inicio (Vilà, 2013) y en el 2011, bajo el gobierno socialista, comienzan las reformas estructurales para recortar el gasto social. Sin embargo, es el Partido Popular el que instaura políticas basadas en una lógica neoliberal que prescriben la austeridad y la rentabilidad de la política social, legitimando recortes en las prestaciones y los servicios de atención para las personas dependientes y cambiando el foco de las necesidades de atención al del déficit público (Peterson, 2015). Se reducen los servicios sociales y la prestación económica de asistencia se generaliza, lo que favorece a los proveedores privados y potencia el cuidado familiar, dando lugar a un retroceso en el despliegue público de servicios, aumentando las desigualdades sociales y las necesidades no cubiertas (Deusdad et al., 2016; Marbán, 2011; Martínez-Buján, 2014). La presencia del mercado va en aumento, ya sea por la compra del cuidado como para la gestión privatizada de los recursos públicos, que ha encontrado en este sector un nuevo lugar para la obtención de beneficios, estrechamente ligado a la feminización del trabajo, y a la precariedad laboral (Pérez, 2006). Las políticas de atención al cuidado de larga duración son pues un complemento al cuidado informal, refuerzan el mercado y no alteran la estructura de género (Comas de Argemir, 2015). En España, los principales agentes proveedores de cuidado son los cuidadores familiares

3. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials.

no remunerados, los empleados por las Administraciones Públicas y los remunerados privadamente a través del mercado de servicios (Durán, 2014). La forma más común de atención es el cuidado familiar no remunerado (representa el 78,5% del cuidado); un 10,9% de la población recibe únicamente cuidado remunerado (el 7,3% privado); y el 10,5% recibe indistintamente cuidado remunerado y no remunerado (Roger-García y Ahmed-Mohamed, 2014).

Con el despliegue de los servicios sociales de atención a la dependencia, se contempla que los servicios tengan capacidad para crear puestos de trabajo. Según el Libro Blanco de la dependencia (2004), ya se preveía que la generación bruta de empleo del sistema de atención a la dependencia superaría los 350.000 puestos de trabajo (260.000 netos) en la prestación directa de servicios. La ley se proponía construir un sistema público universal basado en el cuidado profesional, pero la realidad está siendo otra, entre otros factores porque no se han priorizado los servicios ante las prestaciones económicas. Las ramas de actividad por ámbito de actuación de la ley son: las actividades sanitarias, las de servicios sociales y los hogares que contratan personal doméstico. Los límites entre los tres niveles son difusos y se basan en una feminización del sector, una escasa valoración social y del mercado de trabajo, y unas condiciones laborales precarias (Otaegui, 2007, Recio, 2010; Recio et al., 2015). Los profesionales del cuidado tienen formaciones muy diversas, muchas de ellas no regladas. En Cataluña no es hasta 2003 que se crea la titulación de Técnico en Atención Sociosanitaria⁴ y se reconoce la actividad laboral dentro de la formación reglada. Corresponde a un ciclo formativo de Grado Medio de 2000 horas y unifica bajo un mismo nombre a todos aquellos trabajos que intervienen en la atención a la persona. Debido a la falta de trabajadores/as cualificados en el sector y a la creciente demanda de empleo, el 27 de noviembre de 2008 el Consejo Territorial aprueba el Acuerdo gubernamental⁵ que recomienda que las gerocultoras y auxiliares de ayuda a domicilio tengan una formación específica (Formación Profesional) o que puedan acreditar la experiencia laboral y la formación no reglada⁶ (proceso de reconocimiento de competencias). Se produce un importante aumento del empleo en los servicios residenciales y en los servicios de atención diurna (teleasistencia, servicios

4. Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, por el que se establece el título de Técnico en Atención Sociosanitaria y las correspondientes enseñanzas comunes (BOE núm. 124, 05/24/03). Posteriormente reformado por la ley catalana: LOE: Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico/a en Atención a personas en situación de dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas.

5. Resolución 2 de diciembre de 2008, publicada en el BOE de 17 de diciembre.

6. Mediante el Real Decreto 1224/2009, de 17 de julio, de reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por la experiencia laboral (BOE, 25 de agosto 2009) para equiparar a los profesionales cualificados. Se requiere experiencia laboral (2.000 horas trabajadas, en los últimos 10 años) y/o formación en competencias profesionales (300 horas en los últimos 10 años), tener residencia española y más de 20 años.

de ayuda a domicilio y centros de día). Así, en el año 2009 había en Catalunya 37.400 personas asalariadas en el sector: el 1,2% de la población ocupada. Del total, 88% son mujeres, de un promedio de edad de 41 años, y el 54% son auxiliares de gerontología. Aumenta sobre todo el empleo en el sector privado, que alcanza el 79,4% de la ocupación (un 56,9% en entidades mercantiles y un 22,5% en entidades sociales), mientras que los empleos de cuidados en entidades públicas son considerablemente menos, un 20,6% del total (Informe ACRA, 2013). Son trabajos poco cualificados y con dificultades para su profesionalización debido a básicamente a unos imaginarios colectivos que proyectan unas representaciones sociales familiares y femeninas (Recio et al., 2015), así como un sistema de servicios que requiere de actividades con poca cualificación (Fantova, 2013).

Las políticas públicas tienen un papel crucial en la construcción del trabajo de cuidados así como también la estructura del mercado laboral, ya que influyen en su valoración y en el estatus de trabajadoras y cuidadoras (Esquivel, 2011; Razavi y Staab, 2010; Recio, 2010; Peterson, 2015). Ante el incremento de la demanda de cuidadores profesionales y el déficit de trabajadores cualificados, de acuerdo con la tendencia a nivel Europeo, se prevé el refuerzo de las políticas de formación y una mayor regulación del marco legal y de las condiciones laborales de los cuidadores (Marbán, 2011).

4. MOTIVACIONES DE LOS HOMBRES PARA ACCEDER Y MANTENERSE EN EMPLEOS DE CUIDADOS

A pesar de la escasa presencia de hombres en los trabajos remunerados de cuidados no nos ha resultado difícil encontrar algunos dispuestos a explicarnos su experiencia como cuidadores en los distintos ámbitos donde ejercen sus actividades.

Preguntados por su itinerario laboral y personal hasta llegar a ejercer como cuidadores, la mayor parte nos relataron un periplo similar que se inicia con los graves problemas con los que muchos se encontraron en el inicio de la reciente crisis económica: una dilatada experiencia laboral en profesiones relacionadas con el transporte, la construcción o diversos sectores industriales, en empresas que en pocos años fueron cerrando, dejándoles en el paro y con escasas o nulas posibilidades de volver a trabajar en lo mismo. Tomemos como ejemplo el caso de Fernando. Tiene 50 años, está casado y tiene un hijo. Durante treinta años estuvo trabajando en el sector de la construcción haciendo diferentes trabajos, desde albañil a agente inmobiliario, muy bien pagados hasta que llegó la crisis. La empresa cerró, pero continuó durante algunos meses haciendo “*remiendos, chapuzas*” hasta que llegó un momento en que dejó de trabajar. Decide entonces reciclarse siempre dentro del sector que mejor conocía, por lo que hace un cursillo de gestor de almacén, pero no consiguió ningún empleo, hasta que un día dirigió su atención hacia un curso para trabajadores familiares: “*entonces vi mi salvación y pregunté, esto qué es? y me dijeron que es como la geriatría, personas que cuidan personas y que este trabajo tiene muchas salidas (gesto de dinero)*”.

Un itinerario laboral y personal similar al de Carles⁷ con la única diferencia que se queda sin trabajo por decisión de la empresa, que decide hacer reajustes y contratar personal más joven. Carles decide voluntariamente cambiar de ámbito laboral y prepararse para ser celador de hospital. Por motivos que desconoce no es posible acceder a este curso y en la propia oficina de empleo le recomiendan realizar el curso de formación ocupacional de auxiliar de geriatría y, como Fernando, vuelve a hacerse la misma pregunta “¿Qué es eso?”, obteniendo también la misma respuesta “es eso, ayudar a la gente mayor, trabajar en una residencia”. Es decir, es cuando deciden reciclarse laboralmente que la mayor parte de nuestros informantes tienen su primer contacto con los empleos de cuidados.

Deciden probar suerte entre otras cosas porque no disponen de un abanico de posibilidades laborales: “...el paro se me estaba acabando y lo intenté como una salida más de la vida laboral” (Carles); “...nunca me hubiera imaginado en este sitio, jamás, yo jamás me hubiera imaginado. Ya te digo, pero vi aquello y bueno, estaba cobrando el paro en aquel entonces pero a mí se me acababa el paro en marzo de 2010” (Fernando). Por su parte Joan, según nos cuenta, se vio obligado a hacer el cursillo para poder cobrar la prestación de desempleo. Él habría elegido el de energías renovables o el de alemán, pero solamente pudo optar al de auxiliar de geriatría.

Nuestros informantes se forman como cuidadores utilizando vías diferentes. Pedro realiza un cursillo con el que obtiene un certificado de profesionalidad para atender personas dependientes. Cree que su experiencia como cuidador de su padre le ayudará aunque considera que para cuidar no se necesitan demasiados conocimientos. Idea que se confirma cuando comprueba que los compañeros/as del cursillo no tienen un buen nivel de formación básica. También Carles tenía experiencia en el cuidado de su madre y de su esposa y considera que esta experiencia más las habilidades que adquiere con las actividades cotidianas del cuidado doméstico, le fueron útiles en la formación que duró seis meses así como en el trabajo que consiguió inmediatamente después y en el que continúa en la actualidad.

Arturo forma parte de quienes que se ven obligados a cambiar de trabajo y se decantan por el de cuidados. No obstante decide realizar una formación más completa y cursar un módulo de formación profesional de grado medio con una duración de dos años, lo cual le permite opinar en contra del hecho de que no exista un buen y único plan de capacitación de las personas que se dedican a los trabajos de cuidados puesto que va en contra de la dignificación de la profesión.

Pablo y Jaume, en cambio, ya iniciaron su itinerario laboral atendiendo a su interés por las actividades de cuidado (entrarían dentro de la categoría de *solicitantes*, según la clasificación de Simpson, 2004). El más veterano, Jaume, es auxiliar de enfermería. De

7. Las entrevistas realizadas a Carles, Arturo, Pablo, Aldo, Robert, Pedro, Joan y Albert originalmente son en catalán. La traducción es nuestra.

Jaume nos llamó la atención el hecho de que desde joven (acompañando a su madre) y hasta hoy (como sueldo complementario) realice cuidados paliativos a personas que deciden ir a morir a sus domicilios (*“hacer velas es otra forma de cuidar”*) y que haya sido precisamente esta actividad la que le dirigió a su profesión actual. De manera similar, de Pablo no nos interesa tanto que está a punto de terminar el grado de enfermería, sino el hecho de que se esté pagando sus estudios cuidando a personas mayores en sus domicilios. Es importante remarcar que su trayectoria como cuidador también se inicia en casa, asumiendo el cuidado de su padre cuando el resto de sus cuatro hermanos no se vieron capaces de hacerlo:

“No sé si fue instintivo o no, pero fui uno de los que más carga soportó (...) creo que no lo decidí. Me salió solo. De hecho siempre había querido, no sé por qué, trabajar en un banco. Y por el tema notas no llegué a hacer la selectividad y la única vía que tenía de salida era hacer el grado este (...) A mí siempre me ha gustado mucho tratar a la gente, cuidar a la gente y ayudarlos (...) Y mientras estaba haciendo la carrera sucedió lo de mi padre y todavía potenció más las ganas de seguir en esta profesión”.

No nos faltan ejemplos de hombres que realizando otro tipo de trabajos, sin ninguna relación con el cuidado, sufren una crisis personal de la que salen a flote cambiando radicalmente de trabajo. Son nuestros ejemplos de *colonos*, que se sienten reconfortados con su nueva actividad (Simpson, 2004). Aldo nos comenta que cuidar a otras personas le ayuda a “realizarse” de una manera más satisfactoria que trabajando en un laboratorio rodeado de microscopios: *“me gusta... ayudar a las personas y estar en contacto con las personas. Y sentirme realizado de una manera diferente a como yo venía sintiéndome realizado hasta ahora”*. Quizás Robert no sufrió una crisis personal, pero verse realizando una actividad complementaria como es un voluntariado en Cruz Roja, le iluminó su itinerario laboral: *“trabajando aquí me di cuenta que me gustaba mucho, me llenaba mucho poder estar con una persona, darle la ayuda que quizás ‘en aquel momento’ él no podía tener por sí mismo”*.

Tanto para quienes se dedican desde el inicio de su itinerario laboral como para quienes se han incorporado más tarde, el trabajo de cuidados ha resultado una buena oportunidad laboral. En su caso ha funcionado la “escalera de cristal”, por la facilidad con que pudieron acceder al empleo. En las propias oficinas de empleo ya se les sugiere que su condición de hombres les facilitaría insertarse de nuevo en el mercado laboral: *“La del paro me decía ‘este trabajo tiene muchas salidas... y para los hombres más, porque los hombres van más buscados en este tipo de trabajos”* (Fernando). Y, ciertamente, nuestros entrevistados no tardaron en empezar a trabajar e incluso disponer de un abanico de posibilidades donde poder elegir: residencias asistidas, servicios de ayuda a domicilio, sociosanitarios, domicilios particulares, etc. Joan acabó el curso en 2012 e inmediatamente empieza a trabajar en un SAD y en dos domicilios privados; Fernando acabó el cursillo en marzo

de 2010 y en junio empezó a trabajar en la residencia (donde actualmente sigue); Carles, terminó en 2014 y empieza a trabajar donde realizó las prácticas y a ser reclamado en varios servicios: *“Lo importante es tener trabajo y por eso cuando me llamaron para decirme que tenía que trabajar julio y agosto dije: yo lo que quiero es trabajar”*; Arturo, que trabaja en la misma residencia asistida desde 2009, ni siquiera había terminado su periodo de formación cuando tuvo la oportunidad de incorporarse.

Quienes ya tenían experiencia como cuidadores en casa no les resultó difícil acomodarse en el trabajo: *“como en casa lo he visto todo o casi todo, pues no me importaba o no me molestaba ver según qué cosas”* (Pedro). Sin embargo los que se enfrentaron por primera vez a determinadas actividades relatan unos primeros momentos de incertidumbre e incluso angustia que dan paso al descubrimiento de unas capacidades que no pensaban que tenían. De hecho, se enfrentan a una actividad que tanto ellos como buena parte de su entorno tenían en gran desconsideración. *“Nunca pensé que podría hacer lo que hago”*, nos dice Carles. Y es también el caso de Joan, que tampoco se veía como cuidador, pero superados los miedos iniciales y sintiéndose valorado por las que personas con las que trabaja, encuentra un sentido al cambio que se vio obligado a realizar:

“Yo decía: es que no me veo (...) Te encuentras con casos muy difíciles y con gente que se lo hace todo encima (...) Todo eso lo he superado, vi que lo podía hacer, que no me hacía, yo qué sé, dile asco... Por parte de la familia, de todos los pacientes que he hecho siempre me han valorado bien. Siempre, si he dejado un trabajo ‘no lo dejes’, al contrario, me han pasado a otros conocidos suyos porque han quedado contentos conmigo. Y eso te hace pensar que... te ayuda a seguir”.

Fernando, con un itinerario laboral similar, también explica con entusiasmo, cómo tras periodo inicial incierto por desconocimiento, supo transformar su recelo inicial hacia una ocupación que no había considerado nunca como tal en un trabajo que le permite sentirse bien. Un claro ejemplo de *colono*, según la tipología de Simpson (2004), con predisposición a la permanencia:

“Ahora no lo hago porque sí y ya, no lo hago por cualquier cosa, lo hago porque es mi profesión y porque es la profesión de mi vida. A mí alguien me pregunta si me cambiaría, no, yo no cambiaría. (...) Una vez me encontré a mi jefe y me dice ‘si volvieran los buenos tiempos de la obra, ¿volverías?’ La respuesta fue clara y sencilla, jamás (...) Yo entro aquí contento a trabajar y me voy contento (...)”.

Sin embargo, este no es el caso de Pedro, más buscador que *colono*, que cuando le preguntamos por qué trabaja como cuidador nos confiesa: *“¿Por qué? Básicamente por el dinero. Ya está. He estado aquí, he hecho esto, me lo estoy pasando bien, porque me lo estoy pasando muy bien. Ahora, el primer día que entré aquí dije: no me gustaría jubilarme de esto. Lo primero que dije. Pero bueno, todo de momento son agradecimientos y todo de*

momento va". Esta última razón, la de la recompensa en forma de halagos por el trabajo realizado, es para muchos de ellos una de las que les ratifican su elección.

5. EXPERIENCIAS DE LOS HOMBRES EN LOS TRABAJOS DE CUIDADOS EN SU CONDICIÓN MINORITARIA

En un trabajo feminizado como es el de cuidados, los hombres traspasan las fronteras de género y rompen con la idea de masculinidad hegemónica cuando se identifican como cuidadores. Ellos piensan que son buenos profesionales independientemente del sexo: realizan las mismas tareas y se sienten bien aceptados por sus compañeras de trabajo aunque menos por parte de los receptores de cuidado (las mujeres son las que muestran mayores resistencias); obtienen el mismo salario, comparten la misma categoría profesional y mantienen su misma posición. Aun así, a pesar de manifestar su buen hacer y que pueden realizar las mismas tareas que las mujeres, hay distintos aspectos del trabajo, basados en la estructura de género, que marcan una diferencia en la atención que realizan. Así es como añaden dimensiones en el cuidado para distanciarse de aquello más feminizado o bien resaltan unas cualidades masculinizadas (la autoridad y la fuerza principalmente) que consideran necesarias para el cuidado.

Efectivamente, los hombres dicen realizar las mismas actividades de cuidado que las mujeres, definidas en función de las necesidades de la persona que han de atender, del ámbito competencial de la actividad laboral y del lugar donde trabajan. Algunos, para desmarcarse de la atención considerada más femenina, añaden a las tareas más asistenciales otras dimensiones como la educación, el ocio, la vigilancia y el dar conversación. Si bien su trabajo lo asimilan al de las mujeres, ellos dicen que aportan algo más que valoran positivamente y que los diferencia, redefiniendo la misma actividad.

"Es más ocio. Claro, harás duchas por si hay alguna urgencia, seguramente, pero es más ocio, es pasar el rato, un rato agradable, un rato divertido, que estés allí, vale, estás controlado, entre comillas, estas allí, pero estas pasando un rato divertido" (Fernando).

"Pues que necesita un control. Y el control primero es vigilancia, después ayuda y todo lo que representa: desde vestirlos a quitarles la mierda... Dar, no sé, cinco, diez, quince minutos... escucharlos" (Pedro).

Sólo establecen diferencias explícitas con las mujeres en tareas como la movilización de los receptores, las contenciones emocionales o los turnos de noche, que según el recurso, siempre realizan hombres. Estas funciones están directamente relacionadas con la condición física de la fuerza y la autoridad, cualidades masculinizadas y los identifica como hombres cuidadores, ya sea para dar un valor añadido confiriéndoles cierto poder por ser una minoría ya sea para reafirmar a la vez su masculinidad (Christensen y Knight, 2014), tal y como enfatiza Ernesto, *"Yo pienso que la mujer (cuidadora) es más meticulosa, digo yo... Hace todo lo que hace un hombre, sólo que la fuerza la diferencia para hacer*

ciertos cambios". O bien, como señala Williams (1992), como una ventaja para ocupar estos trabajos siendo, por ello, más valorados:

"...como muchas personas se retrasaban y en las grúas, como yo estaba ahí en prácticas, pues acompañaba a la chica a levantarlo y llevarlo a la silla de ruedas para hacerle la ducha. Pero cuando ella está sola es muy complicado porque ella no lo puede hacer. Tendrá que pedir ayuda a las compañeras para poderlo hacer".

No obstante, la fuerza es relativizada como valor para el cuidado cuando existen otras técnicas que suplen esta cualidad humana. En la residencia asistida donde trabaja Arturo *"si hay alguna movilidad compleja se ha de ayudar, no es dejarlo al hombre, porque han de ser dos personas cuando hay una movilidad muy compleja. Y, si no, están las famosas grúas. Yo las utilizo mucho"*.

A pesar de que los hombres no muestran preferencias en cuidar hombres o mujeres, existen barreras en relación al género marcadas principalmente por las personas receptoras de cuidado. Las mujeres suelen mostrar más resistencias a la realización de higiene íntima por parte de un cuidador mientras que son mejor aceptados por parte de los hombres.

"Hay algunas que les miras la cara y el reflejo de la cara te dice: no, tú no. No te lo dicen directamente, tú ya ves que te dicen que no. Y llamas a otra compañera y te contesta ¿cómo que no quiere?, ¿te ha dicho que no quiere? Y digo, no hace falta que me lo diga. Y entonces ellas hablan. Y no es porque no lo quiera hacer, es que yo pienso que se ha de respetar la intimidad. Sea hombre o mujer" (Arturo).

Cabe señalar que en el ámbito hospitalario y en los recursos para atender la discapacidad o la enfermedad mental no aparecen tantas resistencias, ya que la entrada del hombre a esta actividad laboral lleva más tiempo produciéndose. Sea donde fuere, para romper estas barreras muchas veces utilizan argumentos como "soy como un enfermero" o "soy como un médico", que resultan ser estrategias para negociar su masculinidad o incluso para renombrar su categoría laboral asimilándose a una categoría superior y menos feminizada (Simpson, 2004).

Los cuidadores entrevistados no nos han manifestado que ejerciendo como tales vean cuestionada su identidad masculina, sin embargo la redefinen mediante estrategias en la especificación y delimitación del cuidado y en las tareas que les son propias como cuidadores o resaltando aspectos de su masculinidad. Ellos incluyen tanto la parte psicológica y emocional como la parte física en el cuidado. El afecto (feminizado) no es un aspecto del cuidado que manifiesten de forma explícita, pero sí que todos ellos dicen implicarse emocionalmente. En este sentido se requiere de unas cualidades feminizadas (tener paciencia, empatía) que dicen adquirir mediante la formación, y unas cualidades masculinas (autoridad, fuerza, comunicación) que no se aprenden. En este sentido, el

perfil del cuidador no solo demanda de las tradicionales cualidades femeninas, sino también de aquellas tradicionalmente asociadas a los hombres, lo que supone una redefinición del perfil laboral que legitima su presencia en el sector. Lo expresa muy bien Fernando:

“Ana también tiene un carácter fuerte, también. (...) Ella muchas veces es más autoritaria que yo. Yo lo veo, hostia! porque a ver, imagínate, como eres el hombre, y tienes la imagen del hombre, pues el hombre tiene que ser el autoritario, ¿no?”

Todos ellos, sin excepción, diferencian las tareas de cuidado de las tareas de limpieza, como si se tratara de dimensiones paralelas. Hay que tener en cuenta que en algunos servicios (centros residenciales, servicios de ayuda a domicilio y centros sociosanitarios) estas dos actividades están delimitadas y especificadas como ocupaciones diferenciadas, pero no tanto en los domicilios particulares. Si tenemos en cuenta que el cuidado también incluye la atención y la limpieza del entorno, esto nos muestra la dificultad en delimitar las fronteras del trabajo reproductivo en un entorno institucional o productivo y, por lo tanto, la complejidad en la delimitación del cuidado cuando es remunerado. Ellos dicen que la limpieza no forma parte de su trabajo de una manera más contundente que sus colegas mujeres. El género en este sentido marca unos límites del cuidado, no sólo por el tipo de servicio y la profesión sino por el hecho de ser hombre o mujer. Así de claro lo argumenta Ernesto que trabaja en un servicio de ayuda a domicilio:

“En este caso yo no hago limpieza. En la misma empresa tenemos servicio de limpieza. Y hay usuarios que según las necesidades, esto lo valora la asistente social, creo, necesitan esta persona” (Ernesto).

Joan incluso rechazó un trabajo en un domicilio particular porque se le pedía también realizar tareas de limpieza del domicilio:

“Me dijo ‘tienes que hacer las camas a conciencia porque tengo gatos’. Después me lleva a la habitación del hijo, que también la tenía que arreglar y también el baño: ‘en el baño, si lo mojas siempre lo secas y lo limpias’. Me lleva al otro baño y me dice que un día a la semana se tienen que hacer los espejos. Bueno, basta! Soy auxiliar geriátrico no personal de limpieza. No cogí este trabajo. Ahora pongo condiciones antes: si te interesa, sí, pero si no...” (Joan).

Ellos argumentan que proporcionan tan buena atención como cualquier mujer. Aun así, algunos sí creen que el género marca una diferencia en el tipo de atención. Jaume y Pedro, por ejemplo resaltan su masculinidad considerando que con los hombres se sienten más a gusto, pues el trato es diferente, más fácil y les pueden dar una mayor atención. Si el receptor es mujer explican que la relación es más compleja sobre todo, como hemos dicho anteriormente, en lo relacionado con la gestión de la intimidad corporal; además los temas de conversación son distintos, han de tener más cuidado, tratarlas con más deferencia, etc.

“Y las mujeres sois de otra manera y se os ha de hablar de otra manera y de otros temas. De fútbol no le vas a hablar a una mujer, te van a mandar a paseo (...). Y a una mujer que le preguntas por sus hijos, te cuenta vida y milagros y ya te la has ganado” (Jaume).

“Con los tíos, el vocabulario normal, hostia, no seas ‘malparit’! por ejemplo, no? Y hostia... y ya está, con una mujer como le digas que es una ‘malparida’, es que ya nos encendemos y ya estamos quince días que ni nos hablamos. Entonces no es el mismo trato” (Pedro).

Debido a su presencia minoritaria en el sector de cuidados, cuando afirman que tienen la misma capacidad que las mujeres para el cuidado, expresan de distintas formas *el efecto comodidad* (Simpson, 2004) y en ningún caso ven cuestionada su masculinidad. Muchas veces reconocen la superioridad de las mujeres en los cuidados, tal como lo expresa Roberto: *“Las heroínas, por llamarlo de alguna manera, siempre han sido las mujeres, las que han llevado este tema”*. Y algunos, como Carles, consideran que tienen que aprender mucho de la experiencia de las mujeres:

“Yo creo que, al final, con la experiencia, puedes llegar a tener la misma. No digo que pueda superar a una mujer ni mucho menos. Pero creo que podemos estar a la misma altura. Totalmente. Yo me estoy relacionando con auxiliares, que tienen muchos años de experiencia. Evidentemente saben mucho más que yo. Y cuando veo cosas digo: Me lo apunto”.

Otros, como Roberto, se asimilan a ellas, porque les gusta trabajar con mujeres *“Me tienen superbién cuidado, me miman mucho, hacemos bromas... a veces les digo: soy una más: en vez de uno digo una. Eso de separar, porque tú eres un chico, es una tontería...”*. Expresa muy bien la aceptación de los hombres en entornos de trabajo feminizados, que es otro de los elementos que forman parte de la “escalera de cristal” y que favorecen su inserción.

6. CONCLUSIONES

En el presente artículo nos hemos acercado a la experiencia de los hombres empleados en trabajos de cuidados, es decir que desempeñan estas labores de manera remunerada tanto en servicios públicos como privados, para valorar cómo impacta su presencia en estas ocupaciones, muy feminizadas, y cómo este trabajo les impacta a ellos mismos.

Respecto a las circunstancias de acceso a los empleos de cuidado hemos comprobado cómo una gran mayoría de los casos estudiados comparten itinerarios laborales similares. Hombres que han desarrollado una dilatada carrera laboral en ocupaciones con fuerte presencia masculina, que se han visto obligados a reconducir sus itinerarios como consecuencia la última crisis económica, iniciada en 2008, y buscar una salida laboral que les ha encaminado al descubrimiento y ejercicio de este tipo de trabajos. Algunos han descubierto que se sienten bien ejerciendo esta profesión y deciden quedarse; han dirigido o han encauzado activamente sus itinerarios laborales hacia trabajos relacionados con el

cuidado y la ayuda a personas dependientes. Algunos de ellos, aluden a su experiencia (premonitoria) de cuidado de personas dependientes en el propio domicilio (padres, esposa...) como el aval necesario para desempeñar adecuadamente estas actividades. Unas actividades que forman parte de los propios componentes de la cultura del trabajo de cuidados en la que, ya sea desempeñado por hombres o por mujeres, se traspasan las fronteras (muy difusas) entre lo doméstico y lo público, de manera que el ámbito doméstico se proyecta en el laboral diluyendo la dicotomía entre trabajo productivo y reproductivo. Con formaciones más o menos especializadas, el trabajo de cuidados ha representado para los hombres una oportunidad ya que se trata de un sector laboral con mucho movimiento y donde la exigua presencia de hombres les vuelve atractivos por las posibilidades de aportar nuevos puntos de vista, maneras de hacer, dinámicas relacionales, etc.

Respecto a cómo experimentan su actividad en relación al género, hemos visto que en general los hombres cuidadores no se sienten diferentes en un entorno de trabajo mayoritariamente femenino. Aunque destacan otros factores que sí marcan diferencias en la realización del trabajo de cuidados como el perfil del receptor (si es una persona mayor, una persona discapacitada...), el sexo de la persona receptora (fundamentalmente por las resistencias de las mujeres receptoras), la rama profesional (sanitaria, social), el tipo de recurso (ámbito sanitario o social) y el espacio donde se lleve a cabo el cuidado (institución o domicilio). No obstante se hacen evidentes aquellos aspectos que dan continuidad a la estructura de género: 1) la cualidad física de la fuerza asociada al hombre, que muchas veces justifica su presencia en este sector feminizado; 2) las resistencias de las mujeres receptoras de cuidado a que las cuide un hombre, y 3) una desvinculación de la forma de cuidar considerada más femenina, añadiendo a las tareas asistenciales otras dimensiones complementarias. El trabajo de cuidados no cuestiona su identidad masculina, pero para ello en el lugar de trabajo se utilizan estrategias de distanciamiento emocional, como el hecho de incidir en la importancia técnica de determinadas actividades, reafirmarse ante los receptores asimilándose a médicos o enfermeros, lo que a su vez marca una distancia entre ellos y los receptores de cuidados, o desvinculando las actividades propias del trabajo doméstico de las del trabajo de cuidados.

Nos preguntábamos al inicio si para los hombres que ejercen trabajos de cuidados funciona la “escalera de cristal”, como se ha mostrado en la enfermería, magisterio o trabajo social. Una de las diferencias importantes respecto a estas ocupaciones, tal como hemos señalado, es que los trabajos de cuidados se configuran como empleos mucho más tarde y en pleno predominio de la lógica neoliberal, están teniendo dificultades para convertirse en profesiones porque carecen de cualificación, credenciales y normativas claras, la posibilidad de carrera profesional es muy limitada y se restringe a la gestión y organización de los cuidados, y, finalmente, el peso de la lógica doméstica y de la

naturalización impregna el sector. Todos estos factores contribuyen a que sea un sector más generizado y etnicizado que otros sectores ocupacionales, caracterizado por una gran precariedad laboral. Sin embargo para los hombres el trabajo de cuidados se ha configurado como una oportunidad para poder trabajar y el hecho de ser hombres les favorece: discriminación positiva en el acceso, trato complaciente por parte del entorno y facilidades para elegir servicio. Sin embargo, a diferencia de otros sectores, no hay posibilidades de ascenso, y la precariedad la sufren tanto los hombres como las mujeres. La respuesta, entonces, a la pregunta es sí, la “escalera de cristal” funciona para los hombres que se introducen en los trabajos de cuidados, pero de una forma más limitada, con menos recorrido que en otras ocupaciones, porque el trabajo de cuidados es en sí mismo un “techo de un cristal” más bien opaco tanto para hombres como para mujeres.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Calasanti, Toni y Bowen, Mary Elizabeth (2006) "Spousal caregiving and crossing gender boundaries: Maintaining gender identities". *Journal of Aging Studies* 20, pp. 253-263.

Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina y Torns, Teresa (eds.) (2011) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: La Catarata.

Catanzaro, Raimondo y Colombo, Asher (eds.) (2009) *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*. Bologna: Il Mulino.

Christensen, Martin y Knight, Jessica (2014) "Nursing is no place for men. A thematic analysis of male nursing students experiences of undergraduate nursing education". *Journal of Nursing Education and Practice* 12, pp. 95-104.

Comas d'Argemir, Dolors (1995) *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.

Comas d'Argemir, Dolors (2015) "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del Estado del bienestar". *Revista de Antropología Social* 24, pp. 173-196.

Connell, Robert y Messerschmidt, James (2005) "Hegemonic masculinity: rethinking the concept". *Gender & Society* 19, pp. 829-859.

Cottingham, Marci D. (2014) "Recruiting men, constructing manhood: How health care organizations mobilize masculinities as nursing recruitment strategy". *Gender & Society* 28, pp. 133-156.

Deusdad, Blanca, Comas d'Argemir, Dolors y Ddziegielewski, Sophie (2016) "Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Public Policies and Social Work Practice", *Journal of Social Service Research* 42(2), pp. 246-262.

Ducharme, Francine; Lévesque, Louise, Lachance, Lise et al (2006) "Older husbands as caregivers of their wives: A descriptive study of the context and relational aspects of care". *International Journal of Nursing Studies* 43, pp. 567-579.

Durán, M^a Ángeles (2014) "Mujeres y hombres ante la situación de dependencia". Seminario *Políticas públicas de atención a personas mayores dependientes: Hacia un sistema integral de cuidados*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Esquivel, Valeria (2011) *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. PNUD.

Evans, Joan (1997) "Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage". *Journal of Advanced Nursing* 26(2), pp. 226-231.

Fantova, Fernando (2013) "Políticas públicas y profesionalización de cuidados". Jornada *Los servicios de cuidados de larga duración: retos de futuro ante el bienestar cotidiano*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Fraser, Nancy J. (2011) "Feminism, Capitalism and the Cunning of History". *New Left Review* 56, pp. 97-117.

Haile, Aster G. y Siegman, Karin A. (2014) "Masculinity at work. Intersectionality and identity constructions of migrant domestic workers in the Netherlands". En Thanh-Dam Truong et al. (eds.) *Migration, Gender and Social Justice: Perspectives on Human Insecurity*. Springer Berlin Heidelberg, pp. 105-119.

Hanlon, Niall (2012) *Masculinities, care and equality: identity and nurture in men's lives*. London: Palgrave and MacMillan.

Informe ACRA (2013) *Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones amb dependència a Catalunya. Serveis residencials i d'atenció diürna*. En línea: <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/sociosanitario/201306-informe-acra-esade.pdf>

Lethbridge, Jane (2013) *Care home versus home care? Which direction for care services in Europe? Eligibility for European Works Councils*. Project Report. European Federation of Public Services Unions (EPSU), Brussels, Belgium.

Milne, Alisoun y Hatzidimitriadou, Eleni (2003) "Isn't he wonderful? Exploring the contribution and conceptualization of older husbands as carers". *Ageing International* 28(4), pp. 389-407.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004) *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. En línea: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

Marbán, Vicente (2011) "Los actores sociales en el sistema de dependencia español". *Cuaderno de Relaciones Laborales* 29 (1), pp. 69-91.

Martínez-Buján, Raquel (2014) “Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 145, pp. 99-126.

Moreno, Isidoro (1997) “Trabajo, ideologías sobre el trabajo y culturas del trabajo”. *Revista Andaluza de Relaciones Laborales* 3, pp. 9-28.

Otaegui, Amaia (2007) “Presentación”. En Ricardo Escudero (coord.) *La calidad del empleo del nuevo sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia*. València: Germania, pp. 21-33.

Palenzuela, Pablo (1995) “Las culturas del trabajo: una aproximación antropológica”. *Sociología del Trabajo* 24, pp. 3-28.

Pérez, Amaia (2006) “Amenaza Tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica* 5, pp.7-37.

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

Pickard, Linda (2012) “Substitution between formal and informal care: a natural experiment in social policy in Britain between 1985 and 2000”. *Ageing and Society* 32, pp. 1147-1175.

Quartararo, Cristina y Falcinelli, Daniela (2013) “Not only men but also migrants in non-traditional occupations”. *International Review of Sociology* 23(2), pp. 363-378.

Razavi, Shahra, y Staab, Silke (2010) “Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado”. *Revista Internacional del Trabajo* 129(4), pp. 449-467.

Recio, Carolina (2010) “Familismo, asistencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de atención a las personas en España”. *Alternativas* 17, pp. 19-44.

Recio, Carolina; Moreno-Colom, Sara; Borràs, Vicent y Torns, Teresa (2015) “La profesionalización del sector de los cuidados”. *Zerbituan* 60, pp. 179-193.

Ribero, Oscar (2005) “Quando o cuidador e um homem”. En María Constança Paúl y António Manuel Fonseca (eds.) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi. **FALTAN PÁGINAS**

Rodríguez, Gregorio (2007) “La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales”. *Política y Sociedad* 44 (2), pp. 69-85.

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

Rogero-García, Jesús y Ahmed-Mohamed, Karim (2014). “What is the best care for community-dwelling dependent adults? Sources of care and perception of unmet needs in Spain”. *Revista Internacional de Sociología* 72(2), pp. 403-4

Scrinzi, Francesca (2005) «Les hommes de ménage, ou comment aborder la féminisation des migrations en interviewant des hommes». *Migrations et sociétés* 17, pp. 99-100.

Shen-Miller, David y Smiler, Andrew (2005) “Men in female – dominated vocations. A rationale for academic study and introduction to the special issue”. *Sex Roles* 72, pp. 269-276.

Simpson, Ruth (2004) “Masculinity at Work: the Experiences of Men in Female Dominated Occupations”. *Employment and Society* 18(2), pp. 349-368.

Smith, Ryan A. (2012) “Money, Benefits and Power: a Test of the Glass Ceiling and Glass Escalator Hypotheses”. *Annals, AAPSS* 653, pp. 149-172.

Tobío, Constanza; Agulló, María Silveria; Gómez, María Victoria y Martín, María Teresa (2010) *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundació La Caixa.

Torns, Teresa, Borràs, Vicent, Moreno, Sara y Recio, Carolina (2014) *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*. Memoria final de investigación para la Ministerio de Economía y competitividad.

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

West, Candace y Zimmerman, Don (1987) “Doing Gender”. *Gender & Society* 1(2), pp. 125-151.

Williams, Christine (1992) “The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the “Female” Professions”. *Social Problems* 39(3), pp. 253-267.

Williams, Christine (2013) “The Glass Escalator Revisited: Gender Inequality in Neoliberal Times, SWS Feminist Lecturer”. *Gender & Society* 27(5), pp. 609-629.

Williams, Christine (2015) “Crossing Over: Interdisciplinary Research on ‘Men who do Women’s Work’”. *Sex Roles* 72, pp. 390-395.

Woodhams, Carol, Lupton, Ben y Cowling, Marc (2015) “The Presence of Ethnic Minority and Disabled Men in Feminised Work: Intersectionality, Vertical Segregation and the Glass Escalator”. *Sex Roles* 72, pp. 277-293.

10.2. Article: Bodoque, Y i Roca, M. (pendent avaluació). ¿Se buscan cuidadores? Estrategias de contratación de hombres en trabajos remunerados de cuidados a personas adultas en situación de dependencia. *Revista Política y Sociedad*.

¿Se buscan cuidadores? Estrategias de contratación de hombres en trabajos remunerados de cuidados a personas adultas.

Are caregivers looked for? Strategies for hiring men in paid care jobs for adults.

Enviat: 05-02-2018
Revista Política y Sociedad

Resumen

En este artículo presentaremos algunos resultados de una investigación sobre la participación de los hombres en el cuidado remunerado de personas adultas en situación de dependencia en Cataluña¹. En los últimos años el incremento de las necesidades de cuidados de larga duración ha dado lugar a un creciente proceso de institucionalización y de reconocimiento de estos trabajos. Se han promovido diversos servicios para hacer frente a las necesidades de cuidado prestados principalmente por organizaciones sociales y mercantiles, pero la crisis económica y las políticas de austeridad no han favorecido la redistribución del cuidado, recortando el gasto público y dando continuidad al cuidado familiar cuyos rasgos se proyectan en el trabajo de cuidados profesionalizado. Al mismo tiempo, la situación de desempleo a raíz de la crisis económica, ha supuesto una mayor presencia de hombres en estos trabajos, aunque todavía son una minoría. Analizamos las estrategias que guían a las organizaciones para reclutar hombres y en qué medida esta situación podría resultar una táctica de las políticas sociales para alterar, o no, la estructura de género presente en este tipo de actividades. Nuestra estrategia metodológica se basa en el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los gestores del cuidado y de las observaciones en diferentes servicios públicos y privados.

Palabras Clave: Trabajo de Cuidados, Políticas Públicas, Género, Dependencia

Abstract:

In this article, we present some results from an investigation into the participation of men in the paid care of dependent adults in Catalonia. In recent years, the increased need for long-term care has led to the growing institutionalisation and recognition of this work. To meet care needs, various services have been provided by social and commercial organisations, but the financial crisis and austerity policies have harmed the redistribution of care provision by reducing public spending and prolonging care by the family. At the same time, widespread unemployment caused by the financial crisis has increased the number of male carers, although they are still a minority. We analyse the strategies used by organisations to recruit men and the extent to which this situation could be the result of social policies designed to change (or not) the gender balance in these types of job. Our methodology is based on the qualitative analysis of interviews with care managers and observations in different public and private services.

Keywords: Care Work, Public Policies, Gender, Dependence

¹ Anonimizado

Sumario:

1. Introducción. 2. La mercantilización de los cuidados: un ámbito laboral emergente y segregado. 3 Organizaciones, trabajadores y masculinidades en los cuidados de larga duración. 4. Resultados. 4.1 La posición de las organizaciones frente al reclutamiento de hombres cuidadores. 4.2. Las estrategias de movilización de género: formación profesional, habilidades personales y equipos mixtos. 5. Conclusiones. 6. Bibliografía.

1. Introducción

Con la llamada “crisis de los cuidados” (Pérez-Orozco, 2006; Mandell, 2010; Razavi y Staab, 2010; Batthyány et al., 2014) ha emergido el problema social de la atención a los cuidados de larga duración que aparece como problema público y parte del debate sobre los derechos de ciudadanía debido al progresivo envejecimiento de la población y la entrada masiva de las mujeres en el trabajo remunerado. El Estado español, a través de determinadas políticas públicas, ha ido regulando las actividades de cuidados: en los 90 con las leyes de conciliación y de igualdad y en 2006 con la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), conocida como Ley de la Dependencia. Esta última significó la voluntad de reconocer el cuidado como un derecho subjetivo y una responsabilidad política e integrarlo en el sistema de bienestar. Con el fin de afrontar las necesidades de cuidado se promovieron servicios de atención social, prestados principalmente por entidades sociales y mercantiles las cuales se han convertido en las principales empleadoras en este sector. Sin embargo, este proceso no ha implicado la desaparición del cuidado familiar (Lethbridge, 2013; Rogero-García y Ahmed-Mohamed, 2014; Pickard, 2012) ya que la crisis económica y las políticas de austeridad de los gobiernos conservadores contribuyeron a recortar el gasto público dando continuidad al cuidado familiar a cargo de las mujeres principalmente.

Las medidas de austeridad también han beneficiado a los proveedores privados ya que el mercado como prestador de servicios, está siendo ampliamente contemplado por la ley de la dependencia, a través de: la compra de servicios privados, la contratación personal, la externalización de recursos públicos mediante subvenciones o concertaciones y la acreditación de organizaciones como proveedoras de las prestaciones vinculadas a los servicios reconocidos por la ley. Es así como la disminución de las ayudas económicas a cuidados familiares y el aumento de los servicios en los últimos años han abierto un nuevo escenario en el que ha crecido el empleo en el sector y con ello la posibilidad de profesionalización de estos trabajos.

Una de las características del trabajo de cuidados es su feminización tanto en los ámbitos, remunerados como no remunerados. Aunque ha habido una progresiva inserción de hombres, su escasa implicación ha seguido estando ausente en el debate político a pesar de haber sido ampliamente planteado en foros feministas (Comas d'Argemir, 2015). Las evidencias empíricas muestran, además, que los rasgos del trabajo familiar se proyectan en el trabajo de cuidados profesionalizado: por la presencia mayoritaria de mujeres, por sus condiciones laborales precarias, por su escasa visibilidad y valoración social, etc. (Recio et al., 2015).

En un trabajo anterior analizamos la presencia de hombres en trabajos remunerados de cuidados en relación con las condiciones de acceso a estos empleos, las implicaciones para su identidad y las barreras que obstaculizan o favorecen su incorporación (Anonimizado). Constatamos que este tipo de trabajo representa para los hombres una oportunidad laboral, al tratarse de un sector dinámico con una alta movilidad laboral, donde la escasa presencia de hombres lo vuelve atractivo por las posibilidades de aportar nuevos puntos de vista, maneras de hacer, dinámicas relacionales, etc. y también supone un reto para el desarrollo de distintas estrategias para negociar su masculinidad. Si bien su condición minoritaria les ha sido favorable en relación a la discriminación positiva en el acceso y al trato complaciente por parte del entorno, no lo ha sido en cambio para situarse en posiciones más ventajosas respecto sus compañeras de trabajo. En este sentido, constatamos que la “escalera de cristal” funciona para los hombres que se introducen en los trabajos de cuidados, pero de una forma más limitada respecto a profesiones como la enfermería, el magisterio o el trabajo social (Williams, 1992) porque el trabajo de cuidados es en sí mismo un “techo de un cristal” más bien opaco tanto para hombres como para mujeres.

De manera complementaria, en el presente artículo nos hemos centrado en analizar las estrategias que guían a las organizaciones que prestan cuidados de larga duración para reclutar hombres (como auxiliares asistenciales) y en qué medida esta situación podría resultar también una táctica de las políticas sociales para alterar, o no, la estructura de género presente en este tipo de actividades. Partimos de la base de que pesar de existir mayor demanda por parte de los hombres, más oportunidades en el sector y con ello empleos más profesionalizados, se continúa pensando en el trabajo de cuidados en femenino, siendo la presencia de hombres en el sector del trabajo de cuidados minoritaria. Mientras que la composición del mercado de trabajo y la disponibilidad de empleos a nivel local desempeñan un papel importante para atraer a los hombres a trabajos no tradicionales, cuestiones relacionadas con la aceptación social, las normas culturales y de género, pero sobre todo la posición ambigua del sector que los ha de contratar, se presentan como los principales obstáculos a su incorporación, dando continuidad así a la segregación ocupacional. La

contratación de hombres en trabajos no tradicionales nos habla también de la movilización de nuevas masculinidades y plantea nuevos desafíos de la cultura androcéntrica que influye en las construcciones identitarias de los hombres y de los empleos. Consideramos que para afrontar la atención a los cuidados de larga duración, debería producirse una mayor implicación de los hombres tanto en el ámbito familiar como en el profesional y conocer las barreras culturales y de oportunidad que limitan o favorecen su incorporación puede ayudar a favorecer esta implicación incluso reforzar el prestigio de estas ocupaciones (Comas d'Argemir, 2016).

Nuestra investigación se ha centrado en Cataluña. Las unidades de observación y análisis han sido entidades públicas y entidades privadas de iniciativa social y mercantil. Hemos hecho trabajo de campo etnográfico realizando entrevistas en profundidad a gestores/as del cuidado (ver Tabla 1) y observaciones en sus lugares de trabajo como estrategias metodológicas básicas centrándonos en el ámbito social, y excluyendo el sanitario, para incidir en la inserción laboral de hombres en este sector emergente y muy poco estudiado.

Tabla 1: Perfil de las personas entrevistadas

Nombre ²	Edad	Sexo	Cargo	Recurso	Organización	Tipo de cuidado
Abel	42	hombre	Director	Residencia	Privada Iniciativa Social	Vejez
Maria	40	mujer	Coordinadora SAD ³	Centro de día	Privada Iniciativa mercantil	Vejez
Sofía	37	mujer	Coordinadora SAD	SAD	Privada Iniciativa social	Vejez ⁴
Aitor	49	hombre	Director	Servicios Sociales municipales	Pública	Varios
Isabel	42	mujer	Directora	Varios	Privada Iniciativa social	Varios
Joaquim	25	hombre	Jefe de servicio	SAD	Privada Iniciativa mercantil	Vejez
Marta	52	mujer	Directora	Residencia	Pública	Vejez
Susana	36	mujer	Coordinadora	SAD	Privada Iniciativa mercantil	Vejez
Sergio	43	hombre	Director	SAD	Privada Iniciativa mercantil	Vejez
Silvia	36	mujer	Trabajadora Social	Servicios Sociales municipales	Pública	Varios
Marina	35	mujer	Directora	Residencia	Privada Iniciativa social	Discapacidad
Gustavo	48	hombre	Director	Residencia	Privada Iniciativa social	Vejez
Sara	45	mujer	Trabajadora Social	Servicios Sociales municipales	Pública	Varios
Pilar	40	mujer	Intermediación	Servicio Doméstico	Privada Iniciativa social	Vejez
Estel	33	mujer	Coordinadora	SAD	Privada Iniciativa social	Vejez

² Los nombres de las personas entrevistadas son en realidad pseudónimos.

³ Servicio de Atención a Domicilio.

⁴ En los SAD se atienden principalmente personas mayores, aunque también otros colectivos (discapacidad, enfermedad mental, etc.)

Fuente: Elaboración propia

2. La mercantilización de los cuidados: un ámbito laboral emergente y segregado

Desde su aprobación, la LAPAD contempló la prestación de cuidados orientados a los diferentes colectivos en situación de dependencia en forma de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, centro de día, atención residencial) y prestaciones económicas (de asistencia personal, de cuidados no profesionales en el entorno familiar). Según esta legislación los servicios tendrían carácter prioritario y tenían que ser prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. Esto, tal y como se recogía en el Libro Blanco Dependencia (2004), conllevó nuevas oportunidades para el empleo⁵.

Sin embargo desde 2011, y a raíz de la crisis económica iniciada en 2008, las políticas neoliberales de los gobiernos conservadores implantaron medidas legales⁶ que supusieron una contención del gasto público y recortes de los presupuestos y en los derechos sociales, que afectaron al sistema de atención a la dependencia y a la cobertura de las necesidades sociales (Deusdad et al., 2016; Peterson, 2015). Esta situación también afectó a las previsiones de generación de empleo, pero a pesar del escenario de penuria en materia de financiación, el sector de la atención ha sido una de las áreas potenciales de actividad económica y de generación de empleo. Así, en 2015 se estima que había más de 182.000 empleos directos asociados a la LAPAD en España, mientras que en 2009 eran tan solo 92.713 (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, 2016). Por otra parte, al igual que la mayoría de los sistemas de atención a la dependencia de la UE, España ha afrontado la sostenibilidad financiera favoreciendo la entrada de proveedores privados y con mayor competencia entre los prestadores de servicios (Marbán, 2011; Rodríguez-Cabrero, 2011) de manera que el SAD se efectúa, en parte, a través de empresas privadas cuya mayor oportunidad de negocio procede de la progresiva reducción de la prestación económica en entornos familiares con el objetivo de sustituirla por servicios⁷ (Montserrat, 2015). Esta tendencia ha supuesto más oportunidades de empleos vinculados a los servicios, así como mayores oportunidades para las organizaciones, sean con o sin ánimo de lucro.

⁵ El libro blanco contemplaba la creación neta de 211.764 empleos en 2005 y de 263.057 en 2010 asociados al Sistema Nacional de Dependencia.

⁶ Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

⁷ En comparación con el inicio del despliegue de la ley, las prestaciones económicas para el cuidado familiar disminuyen (33'94%) y ganan terreno los servicios, especialmente residencias (14,31%) y Ayuda a Domicilio (15,98%) (Datos IMSERSO, 2016). De forma que ya son menos de la mitad de las personas dependientes los que perciben prestación por cuidados familiares.

En Cataluña, el proceso de privatización ha producido un incremento de entidades dedicadas a la atención a las personas. Destacan dos tipos de organizaciones en función de si el sector es no lucrativo (cooperativas, asociaciones y fundaciones) o mercantil con formas jurídicas que varían según el volumen de negocio, la dimensión de la empresa y el número de trabajadores, aunque el funcionamiento interno de cada organización determina la gestión del servicio y la organización del trabajo. Dentro de las empresas mercantiles, encontramos la gran empresa multinacional especializada en servicios sociosanitarios (residencias, centros de día, etc.) y en los servicios de ayuda a domicilio. En 2014, el 24,4 % de los servicios eran públicos, mientras que el 30% eran prestados por organizaciones mercantiles y el 45,6% por organizaciones sociales (Idescat, 2014)⁸. También las condiciones laborales son establecidas por los convenios laborales del sector⁹ y su aplicación depende de cada organización. Sin embargo, las remuneraciones son bajas y hay una alta proporción de contratos temporales y a tiempo parcial que dan lugar a una elevada rotación de personal en los centros que afecta a la calidad de los servicios. Aunque los servicios públicos externalizados o los concertados requieren de un control de la administración pública, las prestaciones vinculadas al servicio se dan a través de empresas acreditadas que escapan del control de calidad del resto de servicios (Montserrat, 2015). Es por ello que las políticas públicas tienen un papel crucial en la construcción del trabajo y en cómo influyen en su valoración y en el estatus de las personas trabajadoras y cuidadoras (Razavi y Staab, 2010; Esquivel, 2011; Peterson, 2015; Recio et al., 2015).

Respecto a las personas que trabajan contratadas en estos servicios¹⁰ sabemos que en 2015 el 88,5% eran mujeres (Informe CCOO, 2016), con poca formación y mayoritariamente autóctonas. Los hombres que se insertan en este sector son una minoría¹¹ y se da una diferencia en el grado de feminización con relación al colectivo al que atiende, por lo que la inserción de los hombres es mayor en ámbitos como la salud mental (26,6%), la discapacidad (22,34%) o infancia (37,21%) y menor en el de las personas mayores representando un 5,18 % (en centros de día y residencias) (Idescat, 2014)¹². En función de la tipología de los servicios en los SAD el volumen de hombres es menor: sólo el 3 % se dedican a la atención directa (ACRA, 2014).

⁸ Datos correspondientes a los servicios prestados por centros públicos y privados, pero no recogen la atención primaria municipal ni el servicio de ayuda a domicilio. Según el informe ACRA 2014 la externalización del servicio a domicilio se da en el 85,2 % de los casos, siendo solo el 14,8 % la contratación directa.

⁹ El convenio más común que regula los empleos en el sector de la dependencia es el VII convenio marco estatal de servicios de atención a personas dependientes y desarrollo de la autonomía personal.

¹⁰ Datos correspondientes a los empleados en actividades de servicios sociales con alojamiento y sin alojamiento, según la CNAE 2009.

¹¹ La presencia de hombres aumenta si nos atenemos a los cargos de gestión en servicios de atención a la dependencia tanto públicos como privados. Un ejemplo lo tenemos en nuestra propia muestra de informantes donde el 33,3% son hombres.

¹² Estos datos corresponden al total de trabajadores, siendo el 53 % técnicos auxiliares.

3. Organizaciones, trabajadores y masculinidades en los cuidados de larga duración.

A pesar de que la segregación ocupacional por sexo sigue siendo una característica generalizada del mercado de trabajo, algunos hombres y mujeres cruzan fronteras de género para trabajar en ocupaciones atípicas o no tradicionales (Bagilhole y Cross, 2006). En los últimos años se han realizado diversos estudios sobre la incorporación de los hombres en profesiones feminizadas como la enfermería, el trabajo social o magisterio, centrándose en cuestiones relacionadas con la masculinidad (Lupton, 2000; Mc Lean, 2003; Simpson, 2004) y analizando cómo se benefician de su condición minoritaria (Williams, 1992, 2013; Evans, 1997; Simpson, 2004; Bagilhole y Cross, 2006; Baines et al., 2015; Dill et al., 2016), o cómo operan las organizaciones y las políticas sociales en el reclutamiento de hombres en estos sectores (Whittock y Leonard, 2003; Acker, 2006; Gärtner et al., 2011; Cottingham, 2014; Hussein, et al., 2016).

La segregación ocupacional ha generado un campo de estudio centrado precisamente en estos hombres y mujeres considerados “testimoniales”, es decir, personas que se diferencian de los miembros de un grupo mayoritario según características como el sexo o la raza y llevan consigo un conjunto de suposiciones sobre un determinado comportamiento (Evans, 1997). Los estudios sobre mujeres testimoniales destacan muy por encima de los de hombres testimoniales (Simpson, 2004) y se centran en subrayar las enormes dificultades y desventajas con las que éstas se enfrentan, en tanto que aquellos realizados sobre hombres que cruzan la línea del género constatan que se encuentran con menos oposiciones y desafíos (Dill et al., 2016). Aunque estas investigaciones son cada vez más numerosas se constata que las comprensiones teóricas de las experiencias de los hombres en ocupaciones consideradas de mujeres están todavía en sus inicios y son fragmentarias (Hussein et al., 2016).

Buena buena parte de los estudios sobre hombres en trabajos llamados de “cuello rosa” (Dill et al, 2016) se ha centrado en el efecto “escalera de cristal” y han intentado demostrar que, a diferencia de las mujeres testimoniales, los hombres testimoniales tienden a tener mejores salarios y posibilidades de promoción que sus colegas mujeres, lo cual constata que la escasez no siempre es sinónimo de desventaja (Evans, 1997). Mientras que la metáfora del “techo de cristal” sirvió para describir los obstáculos que viven las mujeres en el contexto laboral, el efecto “escalera de cristal” ha reflejado las ventajas ocultas que experimentan los hombres en ocupaciones femeninas tales como la preferencia en el acceso y la promoción, su fácil aceptación y la valoración positiva de sus aportaciones (Williams, 1992). Sin embargo, los estudios sobre segregación ocupacional no solo han de tener en cuenta el género, también la clase social, minorías étnicas o raciales y situaciones de

discapacidad con lo que se constata que son los hombres blancos los principales beneficiarios de la “escalera de cristal” (Williams, 2013).

Otras investigaciones se han centrado en el funcionamiento de las propias organizaciones que actúan como arenas dominantes para movilizar y definir la masculinidad, así como también para caracterizar un trabajo como masculino o femenino y reconciliar las contradicciones culturales entre las demandas y los ideales de cuidados (Evans, 1997; Simpson, 2004; Collinson y Hearn 2011; Gärtner et al, 2011; Cottingham, 2014; Hussein et al 2016, 2014 Baines et al, 2015). Según Simpson (2004) caracterizar una actividad laboral como masculina o femenina tiene consecuencias para las personas “testimoniales” ya que les coloca en un lugar vulnerable y visible respecto a las conceptualizaciones de masculinidad y feminidad. Sin embargo, mientras que en los hombres existe un factor positivo que añade fuerza y persuasión a lo que dicen y hacen, en las mujeres, sin embargo, hay un factor negativo que se menosprecia y debilita. En consecuencia, la forma en que los significados de ser hombre o mujer son tratados en ocupaciones dominadas por el sexo opuesto es significativo e indicativo del alto valor asociado a todas las cosas masculinas en la cultura patriarcal (Evans, 1997). Las organizaciones con presencia de una mayoría femenina rara vez desalientan las formas hegemónicas asociadas a los hombres, definiendo al empleado ideal como el no comprometido, ambicioso y emprendedor y exigiendo esto a su fuerza de trabajo y perjudicando a quienes no pueden llevar a cabo tales prácticas lo que da como resultado una desventaja continua de las mujeres que no es ni reconocida, ni revisada, ni cuestionada (Baines et al., 2015). De esta manera los hombres empleados en trabajos de cuidados, frecuentemente asociados con esta actitud caracterizada por el desprendimiento emocional, la racionalidad o la autonomía, se benefician de su condición testimonial (Cottingham, 2014; Simpson, 2004) y son estimulados no solamente por la organización sino también por sus propias colegas. Evans (1997) demuestra que los enfermeros ocupan una posición privilegiada en relación con sus compañeras y que son ellas quienes al considerar que son valiosos, especiales o únicos, consciente o inconscientemente apoyan y nutren las carreras de sus colegas.

El caso del trabajo de cuidados de larga duración los estudios se han centrado en ver si el hecho de experimentar determinadas ventajas ayuda a mitigar la devaluación que supone realizar un trabajo que está mal pagado y peor considerado, como por ejemplo que se trate de ocupaciones donde tienen menos probabilidades de desemplearse en comparación con otras ocupaciones consideradas masculinas (Dill et al., 2016). En general los hombres suelen entrar en las ocupaciones de cuidados de larga duración cuando están en situación de desempleo, es decir, cuando los empleos en las ocupaciones o industrias tradicionalmente masculinas no están disponibles (Hussein et al., 2016,

Williams, 2013; anonimizado) y eso es especialmente cierto cuando esas ocupaciones están más asociadas a las mujeres. Por un lado, los bajos salarios y las cargas de trabajo pesadas contribuyen a una alta rotación de trabajadores, pero proporciona mayor estabilidad laboral a los hombres en la economía actual debido a la inestabilidad en ocupaciones dominadas por hombres (Dill et al., 2016; anonimizado). Suelen trabajar para empresas pequeñas porque generalmente tienen estructuras organizativas más flexibles; no se emplean en aquellas ubicadas en los mismos lugares donde viven y están más dispuestos a trabajar en actividades que requieran fuerza masculina, modelos a seguir y autoridad ante comportamientos desafiantes (Hussein et al., 2016).

Los estudios de género dentro de las organizaciones han enfatizado en gran medida el nivel de interacción (negociaciones y estrategias), prestando menos atención a cómo las organizaciones mismas -a través del discurso y la política- participan en las prácticas de género (Cottingham, 2014). Además, encontramos una escasa producción académica en el ámbito de los cuidados asistenciales, donde las profesiones están todavía más feminizadas.

Una estrategia de transformación hegemónica –una en la que la virilidad y el cuidado no se construyan como categorías antitéticas- aún no se ha realizado (Cottingham, 2014). Para Connell y Masserschmidt (2005), sin embargo, no solamente las organizaciones están generizadas y reproducen continuamente patrones de relaciones sociales dominantes y subordinadas, también el Estado con sus políticas reproduce relaciones desiguales de género al financiar y negociar con las empresas las maneras de hacer y llevar a cabo políticas y prácticas que actúan como un conducto de modelos particulares de masculinidad y feminidad.

4. Resultados

4.1 La posición de las organizaciones frente al reclutamiento de hombres cuidadores.

Los datos recogidos en la investigación, referentes a gestores/as de organizaciones prestadoras de servicios de cuidado, nos ofrecen datos muy interesantes sobre su posición con respecto a la contratación y al trabajo que realizan los hombres en los cuidados de larga duración profesionalizados. El primer dato revelador es que, a pesar de que la mayor parte de organizaciones destacan una presencia u oferta cada vez mayor de hombres en estos trabajos, todas ellas tienen en común que emplean muy pocos hombres: desde una organización que no dispone de ningún hombre en plantilla, hasta las que tienen entre el 2 y el 8%¹³ de personal masculino dedicado al cuidado directo.

¹³ Existen diferencias entre los recursos de atención: mientras que en el SAD el 2% de la plantilla son hombres, en residencias y centros de día representan entre el 5 y el 8%.

Las razones fundamentales con que justifican la escasa o nula presencia de hombres entre sus empleados son varias: algunas consideran que no se han dado las circunstancias para la contratación de cuidadores y cuando se han dado ha sido porque el cuidador ha mostrado un determinado interés durante la prácticas formativas que ha propiciado su incorporación. Así explica la directora de una residencia la contratación del único cuidador de la plantilla:

“Lo tuvimos de prácticas y estando de prácticas surgió la oportunidad y como él ya nos había dicho que le interesaba mucho trabajar pues bueno se lo ofrecimos. Hemos ido manteniendo chicos de suplencias, pero ninguno se ha quedado. Unos, la mayoría, porque a nosotros no nos han gustado y pues porque, para un verano, vale, pero después ellos ya buscan otras cosas. Además, hemos encontrado pocos hombres que sean buenos cuidadores. Vienen con la idea de llevar sillas de ruedas y no para hacer higienes o cambios de pañales, o sea cuidar. Claro, no nos interesan. No hemos tenido mucha suerte últimamente. Este año ha venido éste, pero hacía años que no habíamos tenido chicos*¹⁴.” (Marta)

Otras han afirmado abiertamente que el perfil de cuidador profesional masculino generalmente no es apreciado ni buscado, salvo en ocasiones muy determinadas, porque se considera que el trabajo de cuidado es fundamentalmente un trabajo femenino:

“En algún momento hemos tenido, pero puntual. La verdad es que no es el perfil que buscas normalmente. Tampoco es de los currículums que más te llegan. Sí que a veces hay la percepción, pero no una verdad de que las mujeres tienen como ese más... como ese rol de cuidar (...). Con los hombres a veces te encuentras que tienen experiencia o han sacado el título, pero ya cuando estás haciendo la entrevista ya notas que hay como una distancia. Entonces, cuando ha habido hombres que ya ves que hay algo como más cercano y van a tener buena entrada”. (Marina)

Alguna reconoce abiertamente su preferencia por las mujeres para realizar estos trabajos ya que éstas, ya sea porque se sienten obligadas o están mejor preparadas, asumen el cuidado con una naturalidad y una intuición de las que carecen la mayoría de los hombres. Y los que las tienen, son diferentes al resto de hombres:

“Las mujeres tienen más paciencia, más imaginación. Es decir, si yo sé que le gusta la playa, pues vamos a dar una vuelta... Las mujeres tienen más recursos en este sentido. Los hombres, a veces no tienen tanta imaginación. Le tienes que decir tú "Hombre, sáquelo un rato" "Pero es que no lo ha pedido" "Oh, no es necesario que se lo diga, sáquelo a pasear, es igual" Y las mujeres tienen más recursos en este sentido. Lo tiene como algo que le toca, y entonces, les guste o no les guste, lo hacen. Y normalmente en hombres se dan estas situaciones de manera más especial. Si es un hombre muy implicado es una situación especial, son muy colaboradores y están por todas, lo conocen todo de esa persona, saben todos los detalles. Los hombres cuando son buenos cuidadores... son diferentes del resto de hombres*”. (Marta)

¹⁴ El asterisco final indica que la entrevista se realizó originalmete en catalán.

Otras razones utilizadas son la poca demanda que tienen por parte de los propios trabajadores y el hecho de no saber qué tareas les correspondería realizar:

“No es que nosotros queramos a chicos o chicas, sino que el 98% de las personas que nos traen el currículum son chicas. Eso es indudable. La mayoría son chicas, a veces viene un chico pero es complicado ubicarlo”. (Sergio)

Se considera justificada su escasa o nula presencia por dos razones fundamentales: los bajos salarios y el escaso interés que los hombres tienen, ya de manera natural, por el cuidado. Respecto a los bajos salarios, por lo que se deduce en la siguiente cita, parece que pueden ser tolerados de manera natural y sin oposición por las mujeres, aunque no por los hombres en tanto que *breadwinners*:

“Un hombre considera que el salario que se cobra aquí no es suficiente. Sobre todo, si tiene intención de tener familia, y aún hay esta concepción de que el hombre ha de ganar un poco más. De hecho, nuestros salarios son muy bajos en nuestro convenio*”. (Marta)

En este sentido otra informante se pregunta, sorprendida, si la dignificación del trabajo de cuidados, a través de un aumento de las retribuciones, por ejemplo, tendría que pasar por que hubiera una presencia mayoritaria de hombres en el sector:

“Ahora te diría una cosa muy gorda. Si entrasen los hombres quizás ya la cosa subiría, quizás forzaría a que subiese seguramente el salario. Es como un pez que se muerde la cola (...) La presencia de más hombres llevaría seguramente a dignificar aún más el sector, a ayudar a que creciera, a mejorar las condiciones laborales, seguramente aportaría esto porque estamos en un mundo donde todavía, desgraciadamente, tiene este componente masculino. Es como un mundo que tiene más valor que si somos solo mujeres, y eso no sé cómo lo cambiaremos*”. (Isabel)

En cuanto al escaso interés y motivación que tiene para los hombres el cuidado, se considera que si no se muestra vocación (entendiendo entonces que la vocación en las mujeres es innata) se convierte en un trabajo donde los hombres deciden emplearse como último recurso, lo cual les hace poco aptos para desempeñarlo:

“Cuando hablo con ellos dicen “como no hay trabajo en ningún sitio, vengo aquí”. Claro a mí tampoco me interesa eso. Quiero que tengan un poco de vocación o de interés por el tema. A lo mejor han hecho una formación como este chico que tenemos ahora que venía de otro campo y al conocerlo ya ves que tiene una forma de proceder que puede ir muy bien aquí: la manera de hablar con la gente mayor. Pero claro a veces viene gente que...buff, hay un 80% que los descarto, no me gustan. No los veo aquí. “Porque me han dicho que aquí hay trabajo”. Hombre, no es eso. Vienes a trabajar con personas. No vienes a poner piezas en una máquina. Has de saber a lo que vienes y has de estar un poco motivado. Después cuando lo pruebes verás si te gusta o no, pero has de estar un poco motivado para venir*”. (Marta)

Sin embargo, el motivo más importante que justifica la escasa presencia de hombres cuidadores en las plantillas de estas organizaciones es que son los receptores de los cuidados quienes frenan que

sean ellos los que se ocupen de sus necesidades de cuidado. Y son las mujeres, más que los hombres, quienes se resisten a ser atendidas por cuidadores por cuestiones relativas a la intimidad, la familiaridad, la seguridad y la costumbre:

“Alguna señora que... “a mí nadie me ha visto desnuda, no vas a ser tú el primero que me vea desnuda. Solo me ha visto mi marido”. Entonces, si se puede trampear, bien, y si no, se hace un cambio y ya está (...) Sí que es verdad que si la persona a cuidar es un señor y el que le cuida es un señor, es bastante habitual. Pero si es una señora, el pudor todavía toca bastante, normalmente es una señora*” (Abel)

“Con el tema de hombres, ya sea por maltrato, por abusos, entonces, también incluso en medio de la demencia sale ese terror a que un hombre se les acerque. Son menos pero también las hay”. (Marina)

En cambio los usuarios hombres cada vez son más indiferentes a que sean hombres o mujeres quieren se encarguen de su cuidado cuando las circunstancias así lo disponen:

“Sí que algunos hombres querrían que fuesen hombres. Una mujer no querría que fuese un hombre, en cambio un hombre sí que puede aceptar que sea una mujer. Los hombres aceptan si tú dices, *es que no hay ningún cuidador*. Claro, ya se da por hecho. Las cuidadoras somos las mujeres. En cambio, al revés no lo entienden*” (Isabel)

No obstante se establece una diferencia entre los cuidados realizados en instituciones respecto a los que se realizan en el domicilio de manera que en los primeros no se hace distinción por género entre el personal que atiende directamente, mientras que en los segundos, el domicilio y el sentido de la privacidad y la intimidad que conlleva asociados, se consideran elementos prioritarios para atender demandas a la carta, priorizando el género al perfil profesional:

“Deben dejar pasar en su casa a un completo desconocido para que empiece a intervenir en zonas de mucha intimidad con lo cual, no sólo la casa sino en temas muy confidenciales, vale? Cuando llegan a una institución, aunque intentamos personalizar y que la habitación se convierta en su casa ya tienen mucho más claro que hay una estructura, hay una organización mínima y deben adaptarse con una parte muy importante, luego bajaremos a la realidad. En casa son ellos los que mandan y es la persona que viene de fuera la que debe adaptarse*” (Gustavo)

“Las mujeres, en una residencia, aunque te duche un hombre negro, no se quejan, y en cambio en casa ... ‘Oh, este hombre ...’, yo también lo entiendo, eh?, ‘¿Este hombre me debe ver a mí?’*” (Estel)

También se establece una diferencia respecto a las profesiones y recursos del ámbito sanitario, donde la presencia de hombres está más asimilada y aceptada entre los receptores de cuidados:

“Pienso que es porque es un servicio que se hace dentro de un domicilio y no es lo mismo que si es en un hospital, en una clínica, que es un lugar ajeno a ti donde no tienes ningún poder de decisión y, en cambio, en el domicilio es tu casa y te sientes con este poder de decidir quién puede entrar y quién no*” (Susana)

“De hecho, es una profesión que cuesta mucho por que arrastra mucho que el trabajador familiar es trabajadora familiar. O sea, arrastramos que es una mujer, que ha de ser una mujer, ¿no? que es una mujer la que ayuda, la que hace este trabajo. Pero, cuando uno va al hospital no dice “No, quiero un enfermero o una enfermera”. No, uno se adapta a lo que tiene. Es un servicio público. En una casa, no*” (Sofía)

Para que los cuidadores sean aceptados sin prejuicios por las personas receptoras de cuidado parecería básica la predisposición e iniciativa individual de los responsables de la contratación laboral (raras veces como política concreta de la empresa, como veremos más adelante) a dar oportunidades a los trabajadores introduciéndolos en ámbitos y actividades donde hasta hace poco parecía natural que solamente estuvieran o dominaran las mujeres.

“Ahora hemos empezado a conseguir que haya usuarias que acepten a hombres. Pocos, quizás tenemos tres casos*” (Susana)

“Claro que no existe la posibilidad, claro hay gente que dice, "mira esto es el servicio, esto son las posibilidades, yo opino que usted necesita esto" y entonces empezamos a pactar*” (Sara)

“Recuerdo un caso de infancia, que pedimos un hombre, porque el chico tenía muchas mujeres a su alrededor y entonces se justificaba bien un perfil masculino por esta razón*” (Sofía)

Cambios que en buena medida han proporcionado resultados positivos en buena parte de los casos:

“Y cuando se dieron cuenta de lo buen trabajador que era este hombre, que tuvimos mucha suerte, no querían que lo cambiásemos*” (Joaquim)

“Y claro, después una vez trabaja, muy bien y ya no quieren que se vaya, porque es eso... se rompe el prejuicio*” (Sofía)

4.2. Las estrategias de movilización de género: formación profesional, habilidades personales y equipos mixtos.

La presencia, aunque tímida cada vez mayor, de hombres cuidadores se debe fundamentalmente a la situación de crisis económica. Una circunstancia que ha hecho cuestionar a algunos empleadores si estos hombres que buscan trabajo como cuidadores, y no las mujeres, poseen la vocación necesaria para poder realizar este trabajo en condiciones:

“Yo pienso que algunos empujados por la crisis, no encuentran trabajo y aquí se te abre un sector desconocido y ya está. Quizás después una vez lo conocen les gusta, y es verdad. No sé si después serían capaces de encontrar trabajo en otro sitio, pero algunos te dicen ‘entré aquí porque no quedaba más remedio, pero ahora dentro...’”. Otros, pocos, son más vocacionales, quizás personas que han estudiado ramas más sociales que los han empujado a este sector y se encuentran bien aquí*” (Isabel)

Sin embargo, la demanda de personal un poco más cualificado para poder desempeñar estos trabajos de cuidados de larga duración ha mitigado la trascendencia otorgada a la vocación para cuidar, naturalmente asociada a las mujeres (y nunca discutida), dando paso a la necesidad de la profesionalización como un paso fundamental para la dignificación de este trabajo. La formación, de alguna manera, ha favorecido que se pudiera argumentar bien el motivo por el que los hombres, cualificados, podían desempeñar este trabajo concreto y ha precipitado, además, que pudieran emplearse más fácilmente:

“A partir de un determinado momento, cuando se pidió que los profesionales cuidadores de una residencia tenían que tener una formación mínima, nosotros empezamos a exigir aquella formación a todas las personas que entraban. Eso hizo que entraran más hombres más fácilmente. Porque inicialmente había pocos. Con la formación se dio un incremento más alto en la participación de hombres. La experiencia es buena. Cuando hay una formación, con una base fundamentada, lo complementas con la base específica que les quieres dar*”.

(Abel)

“Viene un poco relacionado con la falta de profesionalización del sector en diez años. Desde hace cinco años sí que se ha mejorado mucho, pero es un trabajo quizás poco reconocido como profesional y se dejaba a la mujer. Por temas machistas de la sociedad y del contexto español y catalán, este trabajo no se ha visto tanto de hombres. Con la Ley de Dependencia esto toma otra dinámica y ya hay hombres que van haciendo, el sector se va profesionalizando y ellos se incorporan a esta categoría*”.

(Joaquim)

Aun así, lo que determina el perfil profesional adecuado es tener una disposición personal y la formación requerida, tanto en hombres como mujeres:

“Sí, pero una formación sí se necesita, claro, algo básico sí se necesita. Pero pienso que hace más el hecho de que, de que tú te sientas o de que lo lleves de manera vocacional, vale? El trabajar con personas, tener el cuidado de estas personas*”.

(Susana)

Es así como la coyuntura de la crisis económica y la apertura de nuevos horizontes laborales en los trabajos del cuidado ha permitido a hombres, que ya respondían a un determinado perfil personal o se han *reinventado*, para emplearse como cuidadores en los distintos recursos asistenciales, siempre y cuando la demanda de personal masculino lo requiera:

“Sí, yo creo que los hombres quieren trabajar como cuidadores, cada vez más. Es un perfil de hombre muy concienciado, ¿no? muy cuidador, ¿no? padres de familia también muy implicados. Un perfil de cuidador interesante. Cualquier hombre puede estar implicado en el cuidado dentro de su familia, o puede ser un hombre que delegue en la mujer, ¿no? un poco más tradicionales. Pero los que hemos tenido nosotros eran hombres muy implicados. Salían del trabajo porque iban a buscar a los hijos al cole, la mujer también trabajaba, o sea, familias más actualizadas, ¿no? eran cuidadores de sus familias*”.

(Sofía)

“Hay uno aquí que era administrativo y cerraron el trabajo, hizo la formación y se reinventó, otra caso que tiene una incapacidad laboral porque era panadero y por problemas con el polvo de la harina, pues también tuvo que dejar de trabajar y se reinventó, y los otros dos que tenemos, sí se han reinventado*”.

(Gustavo)

La incorporación de hombres a los equipos de cuidadoras es visto y valorado de manera positiva por quienes gestionan los servicios y han tenido experiencias efectivas en la contratación de hombres porque consideran que aportan un valor añadido al propio trabajo de cuidados. Un de los informantes, director de una residencia, nos explica su experiencia con un equipo mixto, aunque todavía claramente desequilibrado puesto que del centenar personas empleadas “*siete o diez*” son cuidadores que realizan atención directa. Destaca de los hombres: que ponen orden en la dinámica de las relaciones laborales, que las cuidadoras los valoran de manera muy positiva y que generalmente no provocan conflictos (mientras que las mujeres, sí):

“A mí me gustaría tener más hombres. Cosas buenas y cosas malas, a ver. Cosas buenas, que dan un tono... quizás diré cosas que no son demasiado correctas, però ya sabeis, cuando hay un grupo de mujeres trabajando, a veces una figura masculina por medio ¿no? No es que ponga orden, pero a veces frena algunos matices (...) Además son muy valorados por las compañeras, me piden que haya algun señor porque la figura masculina va muy bien (...) Cosa curiosa: sea por el volumen o por lo que sea conflictos entre mujeres ha habido, pero entre hombres no, es curioso (...) Si hubiera más, quizás entraríamos en otros conflictos... seguro, ahora no tienen fuerza para imponer nada*” (Abel)

Así, introducir hombres en la plantilla favorece el clima laboral y el reparto de las tareas que requieran de la fuerza física:

“Pero bueno también va bien para otras cosas tener hombres. Es una visión diferente. Va bien para el trabajo, da un ambiente diferente, no?*” (Marta)

“Por características de la estructura física, para hacer transferencias es más fácil en personas dependientes, y en cuanto a la organización y con clima laboral, también cambia porque..., bueno, tienen otra forma de funcionar y baja el nivel de conflictos interpersonales (...) en equipos donde predominan más femeninos son más complejas que cuando hay hombres, a nivel de comunicación tengo la teoría de que ellos son más sencillos, queremos algo, en las mujeres, el flujo de información para pedir una cosa es mucho más amplia, la información es más rica, pero también más compleja*” (Gustavo)

A pesar de ello, los equipos mixtos son más equilibrados en los servicios que atienden personas discapacitadas, que padecen alguna enfermedad mental, o menores, como es el caso que nos comenta Isabel:

“En los servicios de menores cuando vemos que se nos desequilibra, cuando hacemos la selección focalizamos mucho, es decir, tenemos que buscar una mujer o un hombre porque se nos desequilibra demasiado el equipo. No buscamos 50/50, se trata de intentar encontrar las dos figuras. Esto en el cuidado no nos lo planteamos nunca porque si tú dices debemos seleccionar el 85% de mujeres y 15% de hombres es que estás abocado al fracaso. Ni te lo planteas*” (Isabel)

La presencia masculina en los equipos se da sobretudo en las categorías laborales más profesionalizadas como fisioterapeutas, enfermeros o psicólogos, y no en la atención directa.

“Entonces, yo no sé si encontrarían demasiadas diferencias en cuanto al género trabajando en el domicilio, en centros de día o en residencias. Posiblemente no. Lo que puede pasar es que dentro de una residencia puedes encontrar unos perfiles profesionales más de fisioterapeuta o psicólogo (...) que es posible que sean de género masculino*” (Isabel)

Desde el punto de vista y la experiencia de los y las gestoras y teniendo en cuenta la categoría laboral que ocupan, el trabajo de cuidado directo que realizan hombres y mujeres es, a priori, el mismo. En primer lugar, parten del hecho de que unos y otras desempeñan un trabajo para el que han recibido una formación determinada que les ha preparado, independientemente del género, para realizar las mismas actividades, por lo tanto, la formación profesional minimiza posibles diferencias:

“Va más con la predisposición personal que con si es hombre o mujer. Yo, sinceramente, es de los trabajos que yo diría que no tiene que ver que sea hombre o mujer*”. (Abel)

“Yo pienso que no hay. Si es un buen profesional, no. La fuerza, pero es que tenemos trabajadoras con más fuerza que yo mismo. Y el cuidado, el tacto, si es un buen profesional lo tendrá, y también hay que tener vocación, indistintamente. De hecho todos los hombres que tenemos son muy buenos*”. (Joaquim)

Los hombres cuidadores que suelen ser reclutados por las organizaciones responden a un determinado perfil asociado a cualidades masculinizadas (fuerza física o autoridad) y para atender a otros hombres, realizar las tareas menos asistenciales del cuidado o atender personas con discapacidad:

“Lo que he visto más es que cuando se ponía un cuidador hombre, aunque no fuera contratado por nosotros sino por la familia directamente, era más para hacer acompañamiento, para salir a pasear, para jugar al ajedrez, o sea, tareas no tanto de cuidado o atención personal sino más socializadoras. Y la mujer es la que siempre acaba haciendo, pues, la limpieza, cortar las uñas, cortar el cabello, peinar, todas estas cosas, no?*” (Silvia)

“Las familias que solicitan hombres para trabajar en su casa, la demanda es para acompañar a personas mayores o con disminución y con cierta dificultad de movilidad y generalmente serían hombres para acompañar a hombres*”. (Pilar).

“Llevan casos de infancia y en general trabajan con un perfil de usuario hombre. La demanda de hombres se realiza dependiendo de las características.*” (Sofía)

“Es que en este trabajo, en el ámbito de las discapacidades sí hay más hombres. Por una cuestión física*”. (Maria)

“Son para hacer paseo en silla de ruedas, porque como tienen fuerza nos va bien. Pero no, no las duchan*”. (Estel)

Sin embargo, las cuidadoras llevan realizando, haya o no hombres disponibles, todas las tareas que requieran, o no, fuerza y autoridad además de aquellas para las que se las considera más preparadas,

con lo cual ya se establece una diferencia entre lo que hacen o podrían hacer los hombres y lo que hacen las mujeres:

“La usuaria se plantea un escenario en el cual la chica le va a poder resolver muchas más cosas que el chico. No se da pie a que el chico haga según qué. Para el tema de la comida sí, se desenvuelven mucho mejor. No hay una formación específica para esto, pero la trabajadora familiar sí que está acostumbrada a desenvolverse por el domicilio porque sus preparaciones son cómo preparar la comida, qué dietas hay, dieta dura, dieta blanda...”. (Sergio)

Sin embargo, la presencia de hombres cuidadores capacitados profesionalmente y dispuestos a trabajar en los ámbitos dedicados al cuidado directo no parece ser, de momento un factor que altere o cuestione los requisitos de contratación de las organizaciones. Solamente en uno de los casos se ha intentado aplicar planes de igualdad en el momento de hacer la selección de personal:

“En 2011, se hizo un plan de igualdad en la residencia, con aquellas políticas del tripartito, que empezaron a repartir subvenciones por los planes de igualdad. Lo hicimos, lo teníamos fácil: ampliando el número de hombres. Que no se tenía idea, pero ya que existe el plan de igualdad, pues venga, los seleccionamos a ellos. Ante dos currículos con iguales posibilidades, pues cogemos hombres para equilibrar. Muy bien. No me va bien decir que hay más dificultades para los hombres por ser hombres. Al contrario. A las mismas compañeras ya les está bien que haya más hombres*”. (Abel)

No queda tampoco claro quién tiene la responsabilidad de aplicar estas políticas: ¿és el personal técnico quienes han de plantarse ante las y los usuarios para ir concienciando sobre los cambios y de esta manera obligar a las organizaciones a equilibrar sus plantillas?, ¿son las organizaciones que prestan los servicios quienes, autónomamente y en consonancia con las transformaciones sociales, han de decidir equilibrar el número de cuidadores y cuidadoras? O, finalmente, ¿son los propios gestores o gestoras quienes, de manera individual y de acuerdo con sus principios ideológicos, han de intentar aplicar cuando les es posible estas modificaciones?

“No. En la política de empresa creo que no. Yo creo que es un tema más personal; en el servicio que estaba yo antes, sí había un soporte. Si tú necesitabas una persona para trabajar, para cubrir unos servicios, tú lo pedías a recursos humanos y siempre se te ofrecen perfiles de mujeres. Los casos de hombres tú tenías que pedirlos expresamente ¿no?*”. (Sofía)

“Sí desde Servicios Sociales se explicara que hay hombres y mujeres llevando a cabo este trabajo y que tanto les puede tocar un hombre como una mujer que venga a domicilio, ya comenzaríamos a preparar un poco el terreno, no tendríamos tantas complicaciones. Pero muchas veces sí que es verdad que cuando una usuaria dice a la trabajadora social: ‘no quiero que sea un hombre...’ Aquí ya no podemos hacer nada. Porque si ésta no se planta y le dice: ‘esto es un servicio público, los profesionales tienen la titulación y da igual que sea hombre o mujer porque todos están preparados para hacer las mismas tareas’, nosotros lo tenemos todo muy complicado para poder conseguir este objetivo*”. (Susana)

“Hay ayuntamientos que tienen unos requerimientos y condiciones especiales y otros que tienen otras. No hay un estándar (...) Si un pliego de cláusulas te dice que tienes que tener un 1% de la plantilla con hombres... pues es lo que tienes que hacer. No veo más*”. (Isabel)

Sea de la forma que sea, el horizonte utópico que dibujan algunos de nuestros entrevistados y entrevistadas, es conseguir una plantilla equilibrada entre cuidadores y cuidadoras:

“Yo pienso, positivamente, que cuando en igualdad de funcionalidad, igualdad de condiciones, pues es bueno tener igual de hombres que de mujeres, igual o aproximadamente igual. Y aquí estamos muy por debajo de la igualdad. Entonces, si te has de creer un poco, aunque lo hagas por la subvención, pero si te has de creer un poco el plan de igualdad éste, pues realmente es así. Hay bastante desigualdad*”.

 (Abel)

“Nos gustaría que los equipos fueran más mixtos porque las mujeres aportamos un valor muy importante al trabajo pero los hombres también y lo importante a veces es precisamente este equilibrio entre la visión femenina y masculina de la realidad. Pero no es fácil, en el campo del cuidado no es nada fácil. Aquí hacemos procesos de selección y si vienen doscientas personas pues a lo mejor hay dos hombres o tres (...) Cuando trabajas en equipos mixtos mi experiencia me dice que siempre creces más. Hay una mirada femenina que aporta valores importantes y una mirada masculina que aporta otros (...) y esto en el cuidado no nos lo planteamos nunca*”.

 (Isabel)

5. Conclusiones

Nuestro interés se ha centrado en analizar las estrategias de las organizaciones proveedoras de servicios de cuidados en relación a la contratación de hombres. Las organizaciones destacan una oferta cada vez mayor de hombres en estos trabajos, aunque su contratación es minoritaria. Hemos constatado que no hay un interés exclusivo en la captación activa de hombres cuidadores. Básicamente tienen que confluír diferentes variables: el interés por parte del candidato en los periodos de prueba o durante las prácticas formativas y que éste sea considerado apto para el trabajo, lo cual dependerá del tipo de servicio y del colectivo al que se atiende por lo que el perfil masculino más buscado es para desempeñar aquellas actividades en las que se necesita fuerza o autoridad. Si no es así, lo que se asume como normal y natural, y por tanto ni cuestionado ni revisado, es que la mayor parte de la plantilla esté formada por mujeres. En general la falta de lo que los contratadores/as llaman “vocación” (naturalmente asociada a la condición femenina) les hace menos aptos, mientras que la formación profesional, la predisposición personal y un alejamiento del modelo masculino hegemónico, características positivas para desempeñar el trabajo.

Una de las razones, quizás la más contundente, con la que se argumenta que la contratación de hombres es escasa tiene relación con las personas receptoras de cuidado las cuales prefieren mayoritariamente mujeres al asociar de manera natural el cuidado a la condición femenina. Sin embargo también hemos podido comprobar que las personas entrevistadas confirmaban de manera unánime que los ámbitos en los que tiene lugar el cuidado tienden a cambiar esta percepción de manera que mientras que el ámbito doméstico acentúa la distinción del género (y por lo tanto los hombres no son tan bienvenidos) el ámbito institucional la neutraliza, es decir, que no se cuestiona

si el cuidador ha de ser hombre o mujer. No obstante los porcentajes de contratación de hombres y mujeres por ámbitos no varían.

Constatamos pues que en los trabajos de cuidados se da una segregación horizontal, los hombres tienen menos posibilidades que las mujeres en trabajar en este sector, ya que se continúa asociando a las mujeres a esta actividad, y el hecho de estar disponibles no les garantiza, a priori, trabajar como podría pasar con las mujeres cuidadoras. No se da en cambio una segregación vertical, pues los hombres están en las mismas condiciones laborales que sus compañeras y las posibilidades de ascenso en estos trabajos son muy pocas.

Insistimos en que la presencia cada vez mayor, aunque claramente minoritaria, de hombres cuidadores capacitados profesionalmente y dispuestos a trabajar en los ámbitos dedicados al cuidado directo no parece ser, en el momento, un factor que altere o cuestione los requisitos de contratación de las empresas, por lo que se sigue considerando un trabajo femenino. La ausencia de políticas de captación por parte de las organizaciones y de políticas de igualdad efectivas por parte del Estado, deja en manos del azar y de la disponibilidad de los hombres (en relación, por ejemplo, a su situación en el mercado laboral) su inserción en este ámbito. En este sentido, pensamos que tanto las políticas públicas como las organizaciones tienen un papel fundamental en fomentar la calidad del empleo y la igualdad de género en este trabajo.

6. Bibliografía

Acker, J. (2006): "Inequality regimes. Gender, class, and race in organizations", *Gender & Society*, 20 (4), pp.441-464. DOI: 10.1177/0891243206289499

(Anonimizado)

Associació Catalana de Recursos Assistencials (2014): *Informe econòmic i social ACRA del sector d'atenció a les persones amb dependència a Catalunya*. Disponible en web: http://itemsweb.esade.edu/idgp/Presentacio_2014_InformeEconomicACRA.pdf [última consulta el 5 de enero de 2018]

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2016): *XVI dictamen del observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Disponible en web: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XVIIdictamen/XVI%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO.pdf> [última consulta el 5 de enero de 2018]

Bodoque, Y; Roca, M; Comas d'Argemir, D. (2016): "Hombres en trabajos de cuidado: género, identidad profesional y cultura del trabajo", *Revista Andaluza de Antropología*, 11, pp. 67-91.

Bagilhole, B. y Cross, S. (2006): “‘It Never Struck Me as a Female’: Investigating Men’s Entry into Female-dominated Occupations”, *Journal of Gender Studies*, 15 (1), pp. 35-48. doi.org/10.1080/09589230500486900

Baines, D.; Charlesworth, S. Cunningham, I. (2015): “Changing care? Men and managerialism in nonprofit sector”, *Journal of Social Work*, 15(5), pp. 459-478. doi.org/10.1177/1468017314548149

Batthyány, K., Genta, N. y Perrotta, V. (2014): “Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género. Principales resultados de la encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado”, *Papers*, 99 (3), pp. 335-354. doi.org/10.5565/rev/papers.686. 335-354

Collinson, D. y Hearn, J. (2011): *Men and masculinities at the workplace. A critical Review*”, *Study on the Role of Men in Gender Equality “How can Men do Gender Equal Work?”* Report to the European Commission.

Comas D’Argemir, D. (2015): “Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar”, *Revista Antropología Social*, 24, pp. 375-404. doi.org/10.5209/rev_raso.2015.v24.50663

Comas D’Argemir, D. (2016): “Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes”, *Psicoperspectivas*, 15 (3), pp. 10-22. doi 10527/psicoperspectivas-vol 15-issue3-full-750

Comissions Obreres (2016): *Prou desigualtats, bretxes i probresa. Informe 8 de març*. Barcelona: Comissions Obreres.

Connell, R. y Messerschmidt, J. (2005): "Hegemonic masculinity: rethinking the concept", *Gender & Society*, 19, pp. 829-859. doi/pdf/10.1177/0891243205278639

Cottingham, M.D. (2014): "Recruiting men, constructing manhood: How health care organizations mobilize masculinities as nursing recruitment strategy", *Gender & Society*, 28, pp. 133-156. doi/abs/10.1177/0891243213509005

Deusdad, B., Comas-d'Argemir, D. y Dziegielewski, S (2016): “Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice”, *Journal of Social Service Research*, 42 (2): 246-262. doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013

Dill, J; Price-Glynn, K y Rakovski, C. (2016): “Does the ‘Glass Scalator’ Compensate for the Devaluation of Care Work occupations? The careers of Men in Low and Middle Health Care Jobs”, *Gender & Society*, 30 (2), pp. 334-360. doi/abs/10.1177/0891243215624656

Esquivel, V. (2011): *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: Atando Cabos; deshaciendo nudos, El Salvador, Centro Regional de América Latina y el Caribe del PNUD.

Evans, J. (1997): "Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage", *Journal of Advanced Nursing*, 26 (2), pp. 226-231. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026226.x

Gärtner, M., Hearn, J. y Hrzenjak, M. (2011): *Study on the role of men I gender equality. Background and discussion papers for workshop 2: How Can Men Do Gender Equal Work?*, Berlin, European Commission.

Hussein, S., Manthorpe, J. y Ismail, M. (2016): "Male workers in female-dominated long-term care sector: evidence from England", *Journal of Gender Studies*, 25(1), pp. 35-49. doi.org/10.1080/09589236.2014.887001

Institut Estadística de Catalunya. (2014): *Estadística econòmica dels centres i les entitats de serveis socials*. Disponible en web: <http://www.idescat.cat/pub/?id=eecess&n=8360&t=201400> [última consulta el 5 de enero de 2018]

Instituto Mayores y Servicios Sociales. (2016) *Información estadística del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de Diciembre de 2016*. Disponible en web: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/inf_gp/2016/index.htm [última consulta el 5 de enero de 2018]

Lethbridge, J. (2013): *Care home versus home care? Which direction for care services in Europe? Eligibility for European Works Councils*. Project Report. Brussels, European Federation of Public Services Unions (EPSU).

Lupton, B. (2000): "Maintaining masculinity, men who do 'women'n work'", *British Journal of Management*, 11, special issue: S33-S34.

Mandell, B.R. (Ed.) (2010): *The crisis of caregiving. Social welfare policy in the United States*, New York, Palgrave Macmillan.

Marbán, V. (2011): "Los actores sociales en el sistema de dependencia español", *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 29 (1), pp. 69-91. DOI: 10.5209/rev_CRLA.2011.v29.n1.3.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004): *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. Disponible en web: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf> [última consulta el 5 de enero de 2018]

Montserrat, J. (2015): "Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro", *Zerbitzuan*, 60, pp. 9-28. doi.org/10.5569/1134-7147.60.02

Pérez, A. (2006): "Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico", *Revista de Economía Crítica*, 5, pp.7-37.

Peterson, E. (2015): "Framing caregiving work for older people in Spanish public policy: gender, power and social justice", *Revista Española de Ciencia Política*, 39, pp. 221-237.

Pickard, L. (2012): "Substitution between formal and informal care: a natural experiment in social policy in Britain between 1985 and 2000", *Ageing and Society*, 32, pp. 1147-1175. doi.org/10.1017/S0144686X11000833

Razavi, S. y Staab, S. (2010): "Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado", *Revista Internacional del Trabajo*, 129(4), pp. 449-467. DOI: 10.1111/j.1564-9148.2010.00095.x

Recio, C.; Moreno, S.; Borràs, V.; Torns, T. (2015): "La profesionalización del sector de los cuidados", *Zerbitzuan*, 60, pp. 179-193. DOI: 10.5569/1134-7147.60.12

Rodríguez, G. (2011): "Políticas sociales de atención a la Dependencia en los regímenes de bienestar de la unión europea", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), pp.13-42.

Rogero-García, J. y Ahmed-Mohamed, K. (2014): "What is the best care for community-dwelling dependent adults? Sources of care and perception of unmet needs in Spain", *Revista Internacional de Sociología* 72(2), pp. 403-4. DOI: 10.3989/ris.2012.09.12

Simpson, R. (2004): "Masculinity at Work: The Experiences of Men in Female Dominated Occupations", *Employment and Society*, 18(2), pp. 349-368. doi/abs/10.1177/09500172004042773

Whittock, M. y Leonard, L. (2003): "Stepping outside the stereotype. A pilot study of the motivations and experiences of males in the nursing profession", *Journal of Nursing Management*, 11, pp. 242-249. DOI: 10.1046/j.1365-2834.2003.00379.x

Williams, Christine (1992) "The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the "Female" Professions", *Social Problems*, 39(3), pp. 253-267. DOI: 10.2307/3096961

Williams, Christine (2013) "The Glass Escalator Revisited: Gender Inequality in Neoliberal Times, SWS Feminist Lecturer", *Gender & Society*, 27 (5), pp. 609-629. doi/abs/10.1177/0891243213490232

11.1. Discussió dels resultats

Amb aquesta tesi s'ha pogut demostrar que la mercantilització de la cura a través dels serveis públics no ha afavorit la professionalització d'aquest sector ocupacional, entesa com a dignificació, reconeixement i redistribució del treball.

La llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència de 2006, estableix un nou dret social a la població. La seva creació va suposar nous reptes entorn la generació d'ocupació, la valoració social de la cura i la professionalització del sector, mitjançant la creació de serveis de cura i la regulació de la formació. Aquest fet possibilitaria identificar habilitats i sabers adquirits en l'esfera domèstica, atorgar-los un reconeixement i avançar cap a la desfamiliarització i desgenerització de l'activitat, però es desenvolupa en un context cultural on les representacions socials de la cura estan fortament vinculades a allò domèstic, íntim, familiar i femení. Les polítiques que s'han desenvolupat han donat continuïtat a aquestes dimensions, dificultant la valoració del treball de cura remunerat, que es reflecteix en l'escassa formació, les condicions precàries i els baixos salaris del sector.

En aquest context, el treball de cura remunerat s'ha configurat com un sector ocupacional altament feminitzat, desregulat i caracteritzat per la precarietat laboral. Amb els processos d'externalització dels serveis públics, les organitzacions privades s'han convertit en les principals ocupadores del sector, més orientades al benefici econòmic que a la qualitat del servei i del treball. En el cas del Serveis d'Ajuda Domiciliaris (SAD), el fet que les condicions de licitació es basin més en l'aspecte econòmic que en l'aspecte tècnic, que no s'estableixin preus mínims en la provisió dels serveis i que no es requereixi a les organitzacions adjudicatàries disposar de plans d'igualtat, no afavoreix a la qualitat del treball i a les condicions laborals de les persones que s'hi dediquen. Per altra banda, la regulació de les formacions a accedir en aquestes ocupacions és recent i els requeriments es corresponen a baixes qualificacions i/o acreditacions basades més en l'experiència (i la capacitat personal) que en la formació tècnica. Si bé aquest últim aspecte no hauria de ser desfavorable, ja que suposaria atorgar un reconeixement a unes activitats invisibilitzades pel fet de realitzar-se a l'àmbit domèstic, no s'ha traduït en formacions prestigioses i tampoc s'han desenvolupat formacions especialitzades per atendre les diferents situacions de cura. Un fet que reflecteix les dificultats de valoració de les activitats de cura quan es traslladen a l'àmbit laboral.

En el cas del SAD, al ser treballs precaris i amb poc requeriments formatius, fa que siguin les dones de classe baixa, moltes d'elles procedents de la immigració estrangera, les principals candidates a inserir-se en aquest sector laboral. D'aquesta forma, el fet de ser dones, els permet donar continuïtat a la seva tasca en l'àmbit domèstic, i per altra banda, al ser un servei amb alta flexibilitat laboral, els permet compatibilitzar la jornada laboral amb les responsabilitats familiars. Són dones que tenen baixes formacions i per tant menys opcions d'optar a altres treballs més qualificats, trobant en aquest sector una oportunitat laboral. En aquest sentit, la dimensió de classe apareix també en aquests treballs. En aquests serveis es diferencien les tasques de la llar (neteja) i d'atenció personal i corresponen a dues categories laborals diferenciades. Al creuar gènere, classe i ètnia, s'evidencia que les desigualtats socials afecten sobretot a les dones immigrades, sense estudis, encarregades de les tasques de la llar, mentre que són les dones autòctones i amb formació, tot i que baixa, les que majoritàriament realitzen les tasques d'atenció personal. D'aquesta forma, es dona una diferència respecte el sector domèstic, on les dones immigrants es troben més representades que les dones autòctones, tal i com diversos estudis demostren (Martínez Buján,

2010; Offenhenden, 2017). Per altra banda, en tots els serveis cura es dona una segregació ocupacional horitzontal, ja els homes tenen menys possibilitats que les dones en treballar en aquest sector, però la presència majoritària de dones no comporta una presència igualitària en els llocs de direcció, donant-se una segregació vertical que es manifesta en la menor presència de dones en els llocs directius respecte de la cura directa.

Amb aquesta investigació s'ha vist que el fet el treball de cura sigui una activitat associada amb la feminitat i que les condicions laborals siguin precàries, comporta que els homes, d'acord amb model d'home proveïdor i hegemònic de masculinitat, trobin aquest sector laboral poc atractiu per ells. Malgrat que en alguns casos s'insereixin arrel d'una "crisi personal" o com una forma de reinventar-se, és principalment la situació de necessitat econòmica (arrel d'una situació d'atur a provocada per la crisi econòmica de 2008) i el fet que hi hagi major demanda en el sector, el que els porta a accedir a aquests treballs. Tot i així, la implicació dels homes en aquests treballs és encara molt minoritària. Actualment hi ha una major presència d'homes capacitats professionalment i disposats a treballar, però aquest aspecte no sembla ser un factor que alteri o qüestionari els requisits de contractació de les organitzacions. S'ha pogut demostrar que si bé els discursos dels gestors dels serveis són favorables a la igualtat de gènere i a la professionalització del sector, a la pràctica actuen d'acord amb les normes de gènere. És així com, per una banda, el fet de tenir una formació i tenir (o desenvolupar) una predisposició personal són dos elements bàsics i valorats per a treballar i que apareixen com elements potencials de transformació de les relacions de gènere, en la dinàmica dels serveis queden a segon terme. Per altra banda, el fet que no existeixin polítiques de captació per part de les organitzacions i polítiques d'igualtat de gènere efectives per part de les administracions públiques tampoc afavoreix la seva entrada en el sector. La responsabilitat en afavorir una redistribució del treball de cura queda difuminada entre els gestors de les organitzacions i els tècnics dels serveis socials municipals, i en el cas del SAD la decisió es delega als beneficiaris del servei (majoritàriament persones grans i dones), que demanen ser atesos per una dona, de mitjana edat i autòctona, sobretot en el cas de les dones receptores. El fet de ser activitats que es realitzen en el domicili privat, associat als afectes, a la intimitat i a la feminitat, atorga major poder de decisió als receptors en com ser cuidats. Aquesta situació es recolza en el discurs de fomentar l'autonomia, que significa respectar les preferències dels beneficiaris dels serveis. Un discurs que es sustenta en la individualització del risc i en la llibertat d'elecció de les persones receptores de cura, però que dona continuïtat a les expectatives de les representacions socials entorn la dona com a cuidadora. Tor i així, s'ha vist també que una vegada han experimentat el fet de ser cuidats/des per un home els han acceptat, la qual cosa indica que aquestes representacions també poden ser modificades. Per altra banda, d'acord també amb l'objectiu polític de de la LAPAD de fomentar de la permanència de les persones amb necessitats en el domicili, en el cas del SAD es dona continuïtat a l'imaginari basat en la domesticitat i a la responsabilitat familiar, tal i com s'ha recollit en d'altres estudis (Vega, 2009; Martínez Buján, 2010). Les hores d'atenció resulten ser insuficients per a la cobertura de les necessitats, delegant bona part de la cura a les famílies (a les dones), aspecte reforçat pels gestors i les treballadores familiars.

Les representacions socials entorn el treball de cura continuen estant fortament vinculades a la domesticitat i a la feminitat, fet que comporta dificultats en el reconeixement i valoració de l'activitat quan es trasllada a l'àmbit laboral, tenint en compte que la organització social de la cura s'ha organitzat a partir de la dicotomia entre l'esfera reproductiva (domèstica, no remunerada i femenina) i l'esfera productiva (pública, remunerada i masculina). A la vegada, però aquest trasllat

posa en qüestió aquestes dicotomies socials i plantegen nous reptes en els models socials, com bé s'ha apuntat des d'aproximacions inscrites en el *social care* o l'*economia de la cura*. Aquest aspecte es fa molt visible en el SAD, pel fet de realitzar-se el treball a l'espai privat, associat a la reproducció social (i a l'esfera no remunerada). És així com durant el treball de cura apareixen tensions i ambivalències que es manifesten en la confusió de rols de les Treballadores Familiars i en les dificultats de delimitació de les tasques a realitzar en el domicili, situant aquest treball entre allò familiar i allò professional, entre el "saber emocional" i el "saber tècnic". Per altra banda, l'estructura del servei i la organització del treball no s'ajusten a les característiques de l'activitat i dificulten el seu abordatge, el que connota una especificitat del treball, basada en la relació personal, que es troba en tensió amb uns valors mercantils i característiques organitzatives basades en la productivitat. Aquest aspecte es reflecteix quan l'entitat gestora compleix la funció d'intermediària entre els domicilis i les Treballadores Familiars, marcant unes condicions laborals que sovint no es corresponen amb la realitat del treball: el ritme de treball és intens, el temps destinat a cada domicili a vegades és limitat, els horaris no s'ajusten a les necessitats dels domicilis i la programació encadenada no permet flexibilitzar el servei. Tampoc es té en compte la implicació emocional que comporta el treball i no es realitza suport suficient a les treballadores, esdevenint un treball solitari. La satisfacció personal és el que justifica les males condicions laborals, el que suggereix que la devaluació d'aquest treball respon a supòsits culturals fortament arrelats que associen "cura" i "gratuitat" o que es fa per "amor" o "vocació". Així és com, si bé aquest aspecte és molt visible en les dones, també és un discurs que adopten els homes, per tant, es posa en qüestió, si l'entrada de l'home al sector podria plantejar nous reptes a l'*ethos* feminitzat de la cura i l'autosacrifici de les dones que tradicionalment ha justificat la devaluació del treball (Baines, et.al, 2015), almenys de moment. Per altra banda, el fet que sigui l'estructura de servei que delimiti les activitats d'atenció i de neteja, comporta una confusió del què engloba la cura sobretot entre les persones receptores de cura però també entre les treballadores familiars. Aquesta diferenciació de tasques comporta també una jerarquia entre elles, sent les activitats de neteja menys valorades i remunerades. Aquest fet fa visible que la cura inclou la cura directa i indirecte, com bé s'ha apuntat des de les aproximacions de l'*economia de la cura*, difícilment separables. Precisament moltes de les dificultats per a la institucionalització i la mercantilització de la cura tenen a veure amb aquests factors, que entrebanquen el trasllat de l'activitat de fer-se càrrec dels altres des dels entorns íntims i familiars a l'esfera pública (Himmelweit, 2000). Per una banda, quan l'activitat de cura esdevé una professió que necessita ser reglamentada, fins i tot els sentiments o els vincles, es marquen fronteres i es reforça la idea que els valors mercantils no són relacionals (Zelizer, 2009 Hochschild, 2011). Però per altra banda, el fet de traslladar la cura en unes relacions laborals també planteja nous reptes al model patriarcal d'organització del treball i les formes hegemòniques associades a l'home les pràctiques organitzacionals (Collinson i Hearn, 2011).

Amb aquesta investigació s'ha vist que la contractació d'homes en el sector és encara molt minoritària. Diversos factors basats els estereotips de gènere justifiquen la seva inserció i els facilita l'accés. S'ha constatat que normalment són demandats per atendre a altres homes o per la força física que sovint és necessària en molts dels serveis (mobilitzacions, contencions, etc.). D'aquesta forma, es beneficien de l'*escala, de vidre* (Williams 1992) com en d'altres ocupacions feminitzades (infermeria o magisteri), però d'una manera més feble, ja és un treball de cura és un sostre de vidre opac tant per dones com per homes, perquè no es pot mesurar en termes de productivitat ni de rendibilitat, les possibilitats d'ascens treballs són limitades i la precarietat laboral afecta a tot el sector. Tot i així, la valoració d'aspectes diferenciadors en funció del sexe queden

desdibuixats quan per exemple les grues apareixen constantment en els seus discursos com a bàsiques a l'hora de realitzar les mobilitzacions o quan s'han superat les resistències inicials dels receptors (sobretot dones) en ser cuidats per un home. Per altra banda, la implicació dels homes en aquests treballs ha comportat una visibilització de la cura com a aprenentatge i nous models de masculinitat. En general l'entrada dels homes en aquest espai, tal i com mostren els estudis sobre els homes en ocupacions de dones (Lupton, 2000; Simpson, 2004), redefineix la forma hegemònica de masculinitat, ja sigui desenvolupant qualitats feminitzades (paciència empatia), prenent consciència cuidadors, o descobrint alguna cosa desconeguda fins el moment. Però també fan ús d'estratègies de distanciament dels aspectes més feminitzats del treball, com ressaltar els aspectes més tècnics o desvincular-se de les tasques més assistencials i donant valor per exemple a la tasca educativa o d'acompanyament que realitzen. Això els dóna professionalitat. Tot i així, al comparar els discursos i pràctiques d'homes i dones treballadors/es del SAD, s'ha vist que tant homes com dones tenen un discurs i desenvolupen unes pràctiques "professionalitzadores" que suposen "menys gènere". D'aquesta forma, tenint en compte que la cura forma part del "fer gènere" de les dones, hi ha situacions en què la professió passa per davant del gènere o que responen a una altra manera de fer gènere. Per exemple quan desvinculen les activitats pròpies del treball domèstic del treball de cura, o emfasitzen els coneixements tècnics, tant per donar valor a una activitat devaluada com per establir uns límits professionals i allunyar-la de la domesticitat. És quan es fa visible que no és el gènere el que determina unes capacitats per a la cura, sinó el tenir una predisposició personal, adquirir uns coneixements i desenvolupar unes estratègies professionals (desgeneritzadores). A través d'aquestes pràctiques doncs, el gènere "es fa" en la interacció social, comportant transformacions o continuïtats en els models socials (West i Zimmerman, 1997; Deutsch, 2007). Tot i així, diversos elements denoten encara que es mantenen les estructures de gènere, per exemple quan la vocació naturalitzada en les dones apareix en els homes com un descobriment o quan la força física (qualitat masculinitzada) apareix com un element que justifica, a diferència de les dones, la seva inserció laboral en aquest àmbit. Per tant, tot i que és un sector que continua estant molt estereotipat, aquestes pràctiques "professionalitzadores" visibilitzen noves relacions, obrint nous escenaris en les transformacions de les identitats de gènere. Potser una major entrada de l'home en aquest espai afavoriria aquestes transformacions, però actualment els homes que s'hi dediquen són una minoria. Això passaria per millorar les condicions laborals, doncs s'ha constatat que la precarietat laboral limita en molts casos les seves expectatives de continuïtat, o bé es mouen en la incertesa pel context d'inestabilitat del mercat laboral. D'aquesta forma, si el sector millorés, podria afavorir la implicació dels homes en aquests treballs.

Amb aquesta tesi s'ha constatat que les polítiques públiques participen en la construcció del treball de cura a través de la regulació dels serveis de cura, les exigències formatives i les condicions de prestació mitjançant els processos de subcontractació. Per altra banda, les organitzacions adjudicatàries també condicionen les característiques d'aquests treballs, convertint-se en les principals ocupadores del sector. Tenint en compte que és un sector ocupacional en expansió i que les organitzacions i les polítiques tenen un paper actiu a l'hora d'afavorir una igualtat social i de gènere, aquest nou escenari requereix de noves relacions representacions socials sobre les quals la cura s'havia construït. Cal transformar doncs, a través dels models polítics, comportaments i expectatives entorn la cura, significats i relacions entorn el treball assistencial (Letablier, 2007; Batthyány, et.al., 2014). Per altra banda, tenint en compte que les creixents necessitats a causa dels canvis sociodemogràfics i l'envelliment de la població, es planteja la necessitat d'afavorir el repartiment de la responsabilitat social de la cura entre l'estat, la família, el mercat i la comunitat (Daly i Lewis, 2000). Cal doncs garantir una organització social de la cura sustentable posant

èmfasi en la provisió pública i que aquesta garanteixi els drets de les persones receptores com de les persones cuidadores (Williams, 2010) i donar reconeixement a aquest treball, tant en l'àmbit no remunerat com en el remunerat, afavorirà també la implicació dels homes (Himmelweit i Land, 2011; Comas d'Argemir, 2016), no només com una qüestió de justícia social sinó també com a imperatiu social. Això significa situar a la cura com una qüestió social i política, relacionada amb els drets de ciutadania.

11.2. Aplicabilitat de la recerca

Amb aquesta tesi s'ha vist que és necessari plantejar nous debats entorn la valoració social de l'activitat, tant pel que fa a l'organització i la provisió dels serveis públics, com pel que fa a les representacions culturals entorn a la cura, sobre la responsabilitat social de la cura i les característiques pròpies de l'activitat quan aquesta és remunerada. En aquest sentit, la proposta d'aplicabilitat de la recerca va orientada al reconeixement d'aquest treball i la seva redistribució, és a dir, prestigiar sabers femenins vinculats a la pràctica de cura de les persones i promoure entrada de l'home a la professió.

A nivell de polítiques públiques, és necessari reconèixer la cura com a valor social i com a activitat relacional, que suposa desmitificar les funcions delegades a la família i desvincular-les del gènere. Això implica millorar el sistema de formació, les condicions laborals i la millora en la gestió dels serveis públics, a fi de transformar els nínxols ocupacionals en treballs de qualitat i afavorir així la igualtat, no només de gènere sinó de classe i ètnia. La proposta es concreta en:

- Revisar les polítiques de lliure elecció de les persones beneficiàries dels serveis i qüestionar la personalització dels serveis.
- Aplicar polítiques per afavorir la igualtat social i de gènere en els serveis públics.
- Millorar els sistemes d'avaluació dels serveis.
- Diversificar els perfils professionals i regularitzar les formacions per equiparar-les a qualificacions formals.

Paral·lelament aquesta proposta ha d'anar acompanyada del desenvolupament de polítiques de conciliació de la vida laboral i familiar que afavoreixin el repartiment de les responsabilitats domèstiques i de cura entre homes i dones.

En relació al treball de cura remunerat en els serveis d'Ajuda a Domicili, s'aporten una sèrie de recomanacions orientades als diferents agents gestors dels serveis:

Administració local:

- Establir un preu mínim en les condicions econòmiques de prestació del servei.
- Potenciar l'externalització del SAD a entitats socials i locals.
- Potenciar alternatives de gestió i organització dels serveis que ofereixin major qualitat i millors condicions laborals.
- Incloure en els plecs tècnics la obligació per part de les organitzacions adjudicatàries disposar de plans d'igualtat de gènere.
- Realitzar inspeccions a l'adjudicatari per vetllar pel bon funcionament del servei i el

compliment de les condicions laborals.

Organitzacions adjudicatàries dels Serveis d'Ajuda Domiciliaris

- Revisar els convenirs laborals del sector.
- Promoure noves estructures laborals que afavoreixin la flexibilitat que requereix aquest treball i l'autonomia de les treballadores.
- Complir amb les condicions laborals: desplaçaments, descansos, riscos laborals, etc.
- Fomentar la contractació d'homes: Disposar i aplicar un pla d'igualtat.
- Aplicar el conveni català de serveis d'ajuda domiciliaris.

Gestió del SAD (serveis socials municipals i organitzacions adjudicatàries)

- Vetllar per la bona adequació del recurs a l'estat de la persona.
- Definir perfils professionals per a diferenciar les diferents tasques: Delimitar les tasques d'atenció i neteja, tant als/les treballadors/es com a les persones receptores.
- Tenir en compte tant l'aspecte tècnic com emocional del treball.
- Afavorir la rotació de personal per evitar relacions que donin continuïtat a les dinàmiques familiars que a vegades dificulten la tasca suposen major individualització.
- Vetllar pel bon funcionament del servei i les bones condicions laborals de les Treballadores familiars: potenciar la formació especialitzada, realitzar més reunions de seguiment (grupals i individuals), destinar més hores de coordinació amb serveis socials, oferir suport psicològic a les treballadores.
- Afavorir que les persones receptores siguin atesos pels/les treballadors/es independentment del gènere.

Per altra banda, un dels elements a destacar de l'aplicabilitat d'aquest estudi és que, durant la pròpia pràctica professional, s'ha pogut fer una devolució de la recerca. És així com s'han qüestionat les demandes de treballadores (dones) en el SAD per part de serveis socials, de la família o de les pròpies persones receptores, o quan s'ha incidit a la organització en afavorir la contractació dels homes. Tot i així, s'ha pogut comprovar, que malgrat hagi aportat aquesta visió, és un aspecte que cal anar treballant. Per altra banda, durant la dinàmica del treball, s'ha incidit en l'atenció a les treballadores familiars, en aquells aspectes que comporten dificultats, prioritzant l'escolta a les seves demandes i la orientació per una bona pràctica; i l'atenció als familiars, aportant informacions d'interès sobre el sector a fi d'afavorir-ne el seu coneixement i una bona pràctica amb cada elecció per la gestió de la cura dels seus familiars. Els aspectes relacionats amb les condicions laborals, si bé s'ha informat constantment a l'entitat gestora, no s'ha aconseguit cap millora. Per altra banda, he tingut la oportunitat d'acollir estudiants en pràctiques, tant de treballadors d'atenció directe com de treballadores socials, amb la qual cosa he pogut transmetre els meus coneixements del sector i una mirada transformadora.

11.3. Limitacions de la recerca i futures línies d'investigació

L'interès de la investigació ha estat aportar dades entorn del treball de cura realitzat en els serveis públics, incidint en l'atenció personal del mateix, principalment en els Serveis d'Ajuda Domiciliaris, i agafant altres serveis per incidir en la implicació dels homes en aquests treballs. L'elecció d'aquest l'objecte d'estudi ha comportat un seguit de limitacions en la recerca, que a continuació plantejaré, obrint a la vegada noves línies d'investigació que resultin interessants per donar continuïtat als resultats presentats.

En primer lloc, si bé s'ha acotat la investigació en els serveis públics de cura, concretament del SAD, l'interès no ha estat realitzar una anàlisi del treball en una institució concreta, un estudi comparatiu entre els diferents serveis o estudiar les variacions locals a Catalunya, sinó principalment recollir dades en relació a les experiències i percepcions en relació al treball de cura en el SAD com a tipologia específica de servei de cura, establint un marc homogeni per l'estudi en quant a regulació pública i estructura de servei. En relació a aquest aspecte, no s'ha aprofundit en les possibles variacions en funció de la tipologia de les organitzacions (socials o mercantils) prestadores d'aquests serveis en quant a formes d'organització del treball i en les condicions laborals, ni en variacions entre administracions locals. Tampoc s'ha adoptat una perspectiva comparativa del model de servei amb altres regions de l'Estat Espanyol o amb altres països. Aquesta elecció comporta limitacions en quant establir comparacions entre models de polítiques, ja sigui per incidir en les variacions en un mateix context, en les variacions que es puguin donar a l'Estat Espanyol o entre diferents països. En aquest sentit, una possible línia de recerca seria adoptar aquesta perspectiva comparativa per aprofundir en els models polítics de cura prestada en els domicilis per incidir en possibles variacions en relació a les representacions socials i culturals en funció de les polítiques públiques. Per altra banda, es podria profunditzar també, en el camp de les polítiques públiques: en les condicions d'externalització per part de les administracions locals i si la tipologia d'organitzacions adjudicatàries influeix en la construcció del treball; i en les diferències entre serveis públics i privats.

En segon lloc, la recerca s'ha focalitzat en l'estudi del treball de cura que implica l'atenció personal, el realitzat per treballadors/es d'atenció directe, i per tant, s'han exclòs les activitats de neteja, quedant l'abordatge d'aquest treball fragmentat, amb el risc d'invisibilitzar les tasques més domèstiques de la cura. Tenint en compte que les tasques de neteja corresponen a un altre perfil de treballadors/es així com també a una altra categoria professional, seria interessant aprofundir en aquestes activitats que també formen part de la cura, per obtenir una visió més completa d'aquest sector ocupacional des d'una perspectiva de gènere i interseccional. Aquestes dades permetrien també establir comparacions amb el sector domèstic, on les activitats no estan dividides. Per altra banda, és necessari realitzar investigacions en l'àmbit dels serveis de cura de la mateixa forma que s'ha fet amb el servei domèstic, tant per visibilitzar l'especificitat d'aquest treball, les desigualtats de gènere i la precarietat laboral, com per ajustar l'estructura dels serveis a les característiques de l'activitat.

En tercer lloc, l'anàlisi de la implicació dels homes en aquests treballs ha aportat dades i nous interrogants en relació a les identitats de gènere, però s'ha aprofundit poc en les variacions en funció de la tipologia de servei i el col·lectiu atès i si es donen diferències dels homes en l'accés del treball en funció de l'espai de cura. Per altra banda, si bé s'ha adoptat una perspectiva comparativa de gènere en el SAD, tenint en compte els discursos i les pràctiques dels homes i de

les dones implicats en aquests treballs, no s'ha adoptat aquesta perspectiva a nivell institucional, és a dir, si es donen variacions en funció de la tipologia de serveis (domiciliaris i institucionals) i el col·lectiu atès. Tampoc s'ha introduït la perspectiva interseccional, per veure en quina mesura la dimensió ètnia també influeix en els homes que s'impliquen en aquests treballs.

En quart lloc, una altra limitació és que no s'ha inclòs la perspectiva de les persones receptores. Malgrat s'han tingut en compte les seves preferències i expectatives en la cura durant les observacions participants, no s'han seleccionat com a part de la mostra. De la mateixa forma que les observacions en els domicilis no han estat les principals, degut a les dificultats en accedir-hi i la seva continuïtat, sinó indirectament durant la gestió del servei, fet que s'han anat contrastant amb els discursos dels altres actors, però els resultats queden parcials.

En relació a la tercera i quarta limitació, seria interessant desenvolupar investigacions sobre aquest sector ocupacional a Catalunya, que posin èmfasi en la perspectiva de les persones receptores i ampliar les dades en relació a la implicació dels homes en aquests treballs en diversos serveis. En aquesta línia, l'equip de recerca dels homes cuidadors de la Universitat Rovira i Virgili estem donant continuïtat a la recerca, analitzant la implicació dels homes en la cura remunerada en diversos de serveis de cura, tenint en compte també els discursos i pràctiques de les persones receptores, i les dimensions de gènere, classe i ètnia, a través d'entrevistes en profunditat i a través de la observació participant en diversos espais de cura.

Tenint en compte que la implicació dels homes en aquests treballs és recent, i que sembla ser que és el context socioeconòmic el que explica la progressiva implicació, caldria veure si aquest fet es manté en el temps, i quina incidència pot tenir també els canvis ens els models familiars, on l'home ja no és el principal proveïdor, ja sigui perquè la dona també treballa o perquè es donen també situacions d'homes solters de mitjana edat o famílies homosexuals. Donar continuïtat en els estudis sobre la implicació dels homes en aquests treballs és rellevant per visibilitzar aquestes pràctiques en un context de desigualtat entre homes i dones.

Resultaria també interessant ampliar la perspectiva comparativa de gènere en diversos serveis de cura, per profunditzar en aquells elements "professionalitzadors" que comportin transformacions en les identitats de gènere, no només en els homes sinó també en les dones, tant treballadors d'atenció directa com de gestors en els serveis i en la gestió de la cura quotidiana.

Finalment, una altra línia d'investigació seria aprofundir en les polítiques de lliure elecció de les persones receptores i de quina forma es podrien articular per tal d'afavorir en la igualtat social i de gènere del model de cura.

En definitiva, és necessari continuar investigacions en aquest àmbit, per donar visibilitat al treball de cura, degut a les creixents necessitats d'atenció i per avançar en l'estudi de l'organització social de la cura, el paper de la família, la comunitat i de les polítiques públiques i del sector mercantil, a fi de veure com propiciar el reconeixement i dignificació dels treballs de cura, així com la seva redistribució.

A nivell metodològic, el fet de realitzar la recerca en el propi espai laboral, m'ha fet plantejar algunes qüestions ètiques en relació al rol d'investigadora i el rol professional, sobretot a l'hora de realitzar les entrevistes amb les treballadores familiars contractades per la mateixa organització, ja

que l'entrevista podria estar condicionada pel meu paper dins la organització. Aquesta limitació ha estat abordada agafant com a informants persones alienes dels serveis que jo gestionava directament. Una altra qüestió ha estat si l'objectivitat que requereix el procés d'investigació podria quedar malmesa per la meva experiència en aquell escenari ja viscut i conegut. L'exercici de situar-me en el paper d'observadora ha estat continuat i el fet de realitzar el diari de camp, on he anat prenent informacions rellevants del dia a dia, m'ha obligat a no donar per sabuts aspectes que per la meva experiència els podria obviar, i que posteriorment he pogut analitzar. Per altra banda, ampliar l'univers d'estudi a altres serveis aliens de la pròpia pràctica professional, i formar part d'un grup d'investigació sobre la mateixa temàtica, m'ha proporcionat elements de gran valor per a la reflexió i el contrast. En relació a aquesta limitació, es preveu realitzar un article acadèmic on pugui aprofundir en aquests aspectes ètics que ha implicat el propi procés d'investigació.

Per altra banda, la bibliografia en ciències socials en aquest àmbit d'estudi és limitada, sobretot des d'aportacions des d'una perspectiva antropològica i també en relació als homes en aquest treballs tenint en compte tant homes com dones. En aquest sentit, s'ha accedit a la bibliografia d'altres països, sobretot s'han consultats estudis procedents de l'economia feminista i la sociologia i ciències polítiques.

Per acabar, en relació als aspectes d'aplicabilitat de la recerca es preveu desenvolupar-los amb la creació d'un manual de SAD que inclogui tant aspectes relacionats amb la pràctica professional com aspectes relacionats amb les polítiques públiques i la gestió dels serveis.

12. Referències bibliogràfiques

Abril, P. (2013). Els homes i la igualtat e gènere: canvis en el treball, la família i la cura. Dins M. Freixanet (coord.). *Homes i gènere. Polítiques públiques locals i la transformació de la masculinitat* (pp. 55-82). Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.

Abril, P., Romero, A., i Borràs, V. (2009). *Los hombres y sus tiempos: ¿Estrategias de resistencia, negociación o reafirmación de género?*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Abril, P. i Romero, A. (2011). *El papel de los hombres en la igualdad de género: cambios, perspectivas y transiciones*. Comunicació presentada al *Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad. Investigación y activisme*, Barcelona.

Abvril, C. (2003). Les compétences féminines des aides à domicile. Dins S. Gojard., A. Gramain i F. Weber. (coord.). *Charges de famille. Dependance et parenté dans la france contemporaine* (pp.187-207). Paris: La Découverte.

Acker, J. (2006). Inequality regimes. Gender, class, and race in organizations. *Gender & Society*, 20 (4), 441-464.

Adelantado, J. (2007). La política de serveis socials. Dins T. Montagut (Coord.). *Societat Catalana* (pp.83-99). Barcelona: Associació Catalana de Sociologia.

Adelantado, J., i Jiménez, A. (2003). Las políticas de servicios en las Comunidades Autónomas. Dins R. Gallego., R. Goma., i J. Subirats (Comp.). *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas* (pp. 164-183). Barcelona: Tecnos.

Aguilar, M. (2010). La huella de la beneficencia en los servicios sociales. *Zerbitzuan*, 48, 9-16.

Aguilar, C., Soronellas, M., i Alonso. (2017). El cuidado desde el género y el parentesco. Maridos e hijos cuidadores de adultos dependientes. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), 82-98.

Aguirre, R. (2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. Dins I. Arraigada (ed.). *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales* (pp. 291-300). Serie Seminarios y conferencias, 46. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Aguirre, R. i Ferrari, F. (2014). *La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Álvarez, B. (2016). Homes, fills i casa. *Newsletter AFIN*, 84. Disonible a: https://www.academia.edu/27495383/Alvarez_B._2016_.Homes_fills_i_casa._Publicaci%C3%B3_AFIN_84

Alméras, D. (2000). Procesos de cambio en la visión masculina de las responsabilidades familiares. Dins J. Olavarría i R. Parrini (eds.). *Masculinidad/es, Identidad, Sexualidad y Familia. Primer encuentro de Estudios de Masculinidad* (pp.91-104). Santiago: FLACSO-Chile.

Associació Catalana de Recursos Assistencials. (2014). *Informe econòmic i social ACRA 2014 del sector d'atenció a les persones grans amb dependència a Catalunya*. Barcelona: ESADE. Disponible a: http://itemsweb.esade.edu/idgp/Presentacio_2014_InformeEconomicACRA.pdf

Associació Estatal de Directores i Gerents en Serveis Socials (2016). *XVI dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Disponible a: <http://www.pensamientocritico.org/asoest0316.pdf>

Ausín, JL. (2007). La beneficencia pública en la Barcelona de finales del siglo XIX. Comunicació presentada al *X Congrés d'Història de Barcelona – Dilemes de la fi de segle, 1874-1901*, Barcelona.

Baines, D., Charlesworth, S., Cunningham, I. (2015). Changing care? Men and managerialism in the nonprofit sector. *Journal of Social Work, 15 (5)*, 459-478.

Báñez, T. (2017). “En el cuidado, a nosotros nos toca el papel de objetos”. Discursos de las personas cuidadas sobre su capacidad de agencia de los cuidados y sus preferencias y relación con la persona cuidadora. Dins C. Guinot i A. Ferran (eds.) *Libro de Actas del III Congreso Internacional de trabajo social trabajo social: arte para generar vínculos* (pp.208-218). Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto.

Batthyány, K., Genta, N., i Perrotta, V. (2014). Discurso experto en el cuidado de personas mayores. Un análisis de género. *Revista de Ciencias Sociales, 27 (34)*, 72- 91.

Bodoque, Y i Gregorio, C. (2017). El cuidado, necesidad y compromiso: hacia una democratización de los cuidados. Dins T. Vicente., M. García., T. Vizcaíno (Comp.). *XIV Congreso de Antropología FAAEE. Antropologías en transformación: sentidos, compromisos y utopías*. Valencia.

Benería, L. (1981). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Revista Mientras Tanto, 6*, 50-61.

Borderías, C. (2011 [2000]). La feminización de los estudios sobre el trabajo de las mujeres (1969-1999). Dins: C. Heredero (coord.) *Mujeres: unidad y diversidad. Un debate sobre la identidad de género* (51-93). Madrid: Federación de Enseñanza de CC.OO.

Brullet, C. (2010). Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Cataluña. El cuidado cotidiano a lo largo del ciclo de vida. *Educar, 45*, 51-79.

Butler, J. (1990). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.

Carrasco, C., Borderías, C., Torns, T. (2011). El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. Dins C. Carrasco, C., C. Borderías, C. i T. Torns. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 13-95). Madrid: La Catarata.

Carrasco, C. (2009). Mujeres, sostenibilidad y deuda social. *Revista de educación*, número extraordinario, 169-191.

- Carrasco, C. (2011). La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes. *Revista economía crítica*, 11, 205-225.
- Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31 (1), 91-113.
- Casado, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 135-142.
- Castelló, C. (2009). Les formes de gestió del treball domèstic assalariat a l'estat espanyol. *Revista Catalana de Sociologia*, 24, 37-52.
- Cerri, C., Alamillo, L. (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*, 28 (2). Disponible a: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4145>
- Colen, S. (1995). "Like a Mother to them": Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York". Dins Ginsburg, F i Rapp, R. (eds.). *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction* (78-102). Berkeley: University of California Press.
- Collinson, D. i Hearn, J. (2011 [2005]). *Men and masculinities at the workplace. A critical Review*. Dins D. Gärtner (coord.) *Study on the Role of Men in Gender Equality*. Berlin.
- Cottingham, M.D. (2014). Recruiting men, constructing manhood: How health care organizations mobilize masculinities as nursing recruitment strategy. *Gender & Society*, 28, 133-156.
- Comas d'Argemir, D. (1995). *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.
- Comas d'Argemir, D. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista Antropología Social*, 24, 375-404.
- Comas d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 15 (3), 10-22.
- Comas d'Argemir, D. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), 17-32.
- Connell, R. W. i Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19 (6), 829-859.
- Connell, R.W. (1997). Gender politics for men. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 17 (1/2), 62-77.
- Constable, N. (2009). The Commodification of Intimacy: Marriage, Sex, and Reproductive Labor. *Annual Review of Anthropology*, 38, 49-64.

Cottingham, M.D. (2014). Recruiting men, constructing manhood: How health care organizations mobilize masculinities as nursing recruitment strategy. *Gender & Society*, 28, 133-156.

Crenshaw, K. (1991). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. Dins K.T. Bartlett, R. Kennedy. (Eds.) *Feminist Legal Theory: Readings in Law and Gender* (pp. 57-80). San Francisco: Westview Press.

Crespo, M. i López J. (2008). Cuidadoras y cuidadores : el efecto del género en el cuidado no Profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*, 35. Madrid: Instituto de Mayores y servicios Sociales.

Daly, M. i Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The british journal of sociology*, 51(2), 281-298.

Del Valle, M.T. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de genero*. Madrid: Narcea.

Del Valle, M.T (2004). Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. Dins A. Rincón (Coord.). *Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 39-61). Vitoria- Gasteiz: Ekamunde/ Instituto Vasco de la Mujer.

Deusdad, B., Comas d'Argemir, D. i Dziegielewski, S. (2016). Reestructuring long term care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42 (2), 246-262.

Deustch, F. (2007). Undoing gender. *Gender & Society*, 21 (1), 106-127.

Díaz, M. i Pérez Orozco, A. (2010). *La organización social de los cuidados y la vulneración de los derechos en España*. Santo Domingo: ONU Mujeres.

Díaz, M. i Elizalde, B. (2015). Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid. *Zerbitzuan*, 60, 131-141.

Dinshaw, C. (2008). Perspectivas queer. Dins A. Carabí i J.M. Armengol (eds.). *La masculinidad a debate* (pp. 81-94). Barcelona: Icaria Editorial.

Dill, J., Price-Glynn, K. i Rakovski, C. (2016). Does the “Glass Escalator” Compensate for the Devaluation of Care Work occupations? The Careers of Men in Low- and Middle-Skill Health Care Jobs. *Gender & Society*, 30 (2), 334-360.

Diputació de Barcelona. (2003). *Model per a la gestió del programa de serveis socials d'atenció domiciliària*. Barcelona: Àrea de Benestar Social de la Diputació de Barcelona i Institut de Direcció i Gestió Pública d'ESADE.

Drotbohm, H.; Alber, E. (2015). Introduction. Dins E. Alber i H. Drotbohm (eds.). *Anthropological Perspectives on Care, Work, Kinship, and the Life-Course* (pp.1-19). New York: Palgrave MacMillan.

Durán, M. A. (2014). Mujeres y hombres ante la situación de dependencia. *Seminario: Políticas públicas de atención a personas mayores dependientes: Hacia un sistema integral de cuidados*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Elliott, K. (2016). Caring masculinities: theorizing an emerging concept. *Men and masculinities*, 9 (3), 240-259.

Esquivel, V. (2010). Trabajadores del cuidado en la Argentina. En el cruce entre el orden laboral y los servicios de cuidado. *Revista Internacional del Trabajo*, 129 (4), 529-547.

Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en américa latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Panamá: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Esteban, M.L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), 33-48.

Evans, J. (1997). Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (2), 226-231.

Fantova, F. (2013). Políticas públicas y profesionalización de cuidados. Comunicació presentada a *Jornada sobre Los servicios de cuidados de larga duración: retos de futuro ante el bienestar cotidiano*. Barcelona.

Fantova, F. (2015). Crisis de los cuidados y servicios sociales. *Zerbitzuan*, 47-62.

Federici, S. (2015). Sobre el trabajo de cuidado de los mayores y los límites del marxismo. *Nueva Sociedad*, 256, 45-62.

Ferrera, M. (1996). The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6 (1), 17-37.

Fineman, M. (2000). Cracking the foundational myths: independence, autonomy, and self-sufficiency. *Gender, Work & Family. Project Inaugural Feminist Legal Theory Lecture*, 8 (3).

Fineman, M. (2010). The Vulnerable Subject and the Responsive State. *Emory Law Journal*, 60, 10-30.

Folbre, N. (2011 [2006]). Medir los cuidados: Género, empoderamiento y la economía de los cuidados. Dins C. Carrasco., C. Borderías, C., T. Torns. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 278-304). Madrid: La Catarata.

- Fraser, N. (1997). Después del salario familiar. Un experimento conceptual postindustrial. Dins N. Fraser. *Iustitia interrupta: reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"* (pp. 55-92). Santa Fe de Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes.
- Fraser, N. i Gordon, L. (1997). Una genealogía de la 'dependencia'. Rastreado una palabra clave del Estado benefactor en los Estados Unidos. Dins N. Fraser. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"* (pp.163-200). Bogotá, Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes.
- Freixanet, M. (coord.) (2013). *Homes i gènere. Polítiques públiques locals i la transformació de la masculinitat*. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Gärtner, M., Hearn, J. i Hrzenjak, M. (2011). How Can Men Do Gender Equal Work? Dins D. Gärtner (coord.) *Study on the Role of Men in Gender Equality*. Berlin.
- García, M.D., Mateo, I. i Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 132-139.
- García, A. (Et al) (2016). *Prou desigualtats, bretxes i probresa. Informe 8 de març*. Barcelona: Comissions Obreres. Secretaria de la dona.
- Gilmore, D. (2008). Culturas de la masculinidad. Dins A. Carabí i J.M. Armengol *La masculinidad a debate* (pp. 33-46). Barcelona: Icaria Editorial.
- Gregorio, C. (2017). ¿Por qué hablar de cuidados cuando hablamos de migraciones transnacionales?. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), 49-64.
- Gerritsma, M i Paniagua, R (2016). Un nou model de Serveis Socials d'Atenció Domiciliària (SSAD); el terapeuta Ocupacional dins de l'equip interdisciplinari d'Atenció Domiciliària. *La revista del Col·legi de terapeutes ocupacionals de Catalunya*, 5, 30-37.
- Guilligan, C. (2013) La resistència a la injustícia: una ètica feminista del cuidado. *La ètica del cuidado*, 30 (pp. 40-67). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Hammersley, M. i Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Madrid: Paidós.
- Hanlon, N. (2012). *Masculinities, care and equality: identity and nurture in men's lives*. London: Palgrave and MacMillan.
- Hearn, J. (2004). From hegemonic masculinity to the hegemony of men. *Feminist theory*, 5 (1), 49-72.
- Himmelweit (2000). *Inside the household: From Labour to Care*. United Kingdom: Palgrave Macmillan
- Himmelweit, S. (2007). The prospects for caring: economic theory and policy analysis. *Cambridge Journal of Economics*, 31, 581-599.

Himmelweit, S. (2008). Rethinking care, gender inequality and policies. *Expert Group Meeting on "Equal sharing of responsibilities between women and men including care-giving in the context of HIV/AIDS"*. Ginebra.

Himmelweit, S. (2011 [1995]). El descubrimiento del "trabajo" no remunerado": consecuencias sociales de la expansión del término trabajo. Dins C. Carrasco., C. Borderías., T. Torns (Eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp.199-224). Madrid: La Catarata.

Himmelweit, S. (2017). *Changing norms of social reproduction in an age of austerity*. Ochanomizu University: Departmental Butlein Paper. Disponible a: <http://133.65.151.33/ocha/bitstream/10083/60987/1/01-2%E7%89%B9%E9%9B%86.pdf>

Himmelweit, S; Land, H. (2011). Reducing gender inequalities to create a Sustainable care System. *Kurswechsel*, 4, 49-63.

Hochschild, A.R. (2011 [2008]). *La mercantilización de la vida íntima*. Madrid: katz.

Hussein, S., Manthorpe, J., Ismail, M. (2016). Male workers in female-dominated long-term care sector: evidence from England. *Journal of Gender Studies*, 25 (1), 35-49.

Institut d'Estadística de Catalunya (2014) *Estadística econòmica dels centres i les entitats de serveis socials de Catalunya*. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=eecess>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 31 de Diciembre de 2010*. Disponible a: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20101201.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2012). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 31 de Diciembre de 2012*. Disponible a: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_070847.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2017). *Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 31 de Diciembre de 2017*. Madrid: IMSERSO-CSIC, (en línea) <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20171231.pdf>

Izquierdo, MJ. (2004). Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. Dins A. Rincón (coord.). *Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp.119-154). Vitoria- Gasteiz: Ekamunde/ Instituto Vasco de la Mujer.

Kimmel, R. (2008). Los estudios dela masculinidad: una introducción. Dins A. Carabí i J.M. Armengol (eds.). *La masculinidad a debate* (pp.15-32). Barcelona: Icaria Editorial.

Letablier, M. T. (2007 [2001]). El trabajo de "cuidados" y su conceptualización en Europa. Dins C.

Prieto (ed.). *Trabajo, género y tiempo social* (pp. 64-84). Madrid: Editorial Hacer.

Lethbridge, J. (2013). *Care home versus home care? Which direction for care services in Europe? Eligibility for European Works Councils*. Public Services International PSIRU. Brusseles: Universitat de Greenwich.

Lévi-Strauss, C. (1988). *Tristes trópicos*. Barcelona: Paidós

Lewis, J. (2011 [2007]). Género, envejecimiento y el nuevo pacto social: la importancia de desarrollar un enfoque holístico de las políticas de cuidados. Dins C. Carrasco., C., Borderías i T., Torns (eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 336-358). Madrid: La Catarata.

Lupton, B. (2000). Maintaining Masculinity: Men who do “women’s work”. *British Journal of Management*, 11, Special Issue, 33-48.

Lupton, B. (2006). Explaining Men’s Entry into Female-Concentrated Occupations: Issues of Masculinity and Social Class. *Gender, Work and Organization*, 13 (2), 103-128.

Mandell, B.R. (ed.). (2010). *The crisis of caregiving. Social welfare policy in the united states*. New York: Palgrave Macmillan.

Marbán, V. (2011). Los actores sociales en el sistema de dependencia español. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 69-91.

Martin Palomo, M. T. (2008). “Domesticar” el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26 (2), 13-44.

Martínez Buján, R. (2010). *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: Consejo superior de investigaciones científicas.

Martínez Buján, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29 (1), 93–123.

Martínez Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-126.

Milligan, C. (2014). Men in sheds. Dins P. Rossall i J. Goodwin (eds.) *Improving later life: services for older people - what Works* (pp. 64-68). Londres: Age UK.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Disponible a: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

Molinier, P. (2008). Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26, 121-138.

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

Moore, H.L. (2004 [1991]). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.

Moreno, L. (2001). “La ‘vía media’ española del modelo de bienestar mediterráneo”. *Papers*, 63/64, 67-82.

Moreno, S., Borrás, V., Recio, C., Torns, T. (2013). El trabajo de cuidados: del imaginario social a la profesionalización. Comunicació presentada *IV Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAPP-IUIOG*, Madrid.

Nogueira, J. i Zalakain, J. (2015). La discriminación múltiple de las mujeres extranjeras que trabajan en servicios domésticos y de cuidados a dependientes en Euskadi. *Zerbitzuan*, 60, 143-162.

OECD/European Commission. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Paris: OECD. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>

Offenhenden, M. (2017). ‘Si hay que romperse una, se rompe’. *El trabajo del hogar y la reproducción social estratificada*. Tesis doctoral d’Antropologia i Comunicació. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. Dins O. Harris., K. Young. (Comp.) *Antropología y feminismo* (pp. 109-131). Barcelona: Anagrama.

Paperman, P. (2013). Émotions privées, émotions publiques. *Multitudes*, 52, 164-170.

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

Penalva, M i Mateo, M.A. (2006). *Tècniques qualitatives d’investigació*. Alacant: Universitat d’Alacant.

Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, 5, 7-37.

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

Pineda, J.A. (2010). Familia postmoderna popular, masculinidades y economía del cuidado. *Revista latinoamericana de estudios familiares*, 2, 51-78.

Recio, C. (2010). Familismo, asistencialismo y precariedad. La configuración del empleo en el sector de atención a las personas. *Alternativas*, 17, 19-43.

Recio, C. (2015). Cuidados, empleo, y políticas públicas: el caso del servicio de atención domiciliaria. Dins *Actas del V Congreso de la red española de política social. Desigualdad y democracia: políticas públicas e innovación social* (pp. 1500-1521), Barcelona.

Recio, C., Moreno, S., Borràs, V., Torns, T. (2015). La profesionalización de sector de los cuidados. *Zerbituan*, 60, 179-193.

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

Razavi, S. i Staab, S. (2010). Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado. *Revista Internacional del Trabajo*, 29 (4), 449-467.

Rodríguez Cabrero, G. (1996). Los servicios sociales en España: implementación, generación de empleo y evaluación de su efectividad. Dins E. Bandes (et. al.). *Las políticas redistributivas* (pp. 361-423). Madrid: Fundación Argentaria.

Rodríguez Cabrero, G. (2007). La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales. *Política y Sociedad*, 44 (2), 69-85.

Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la Dependencia en los regímenes de bienestar de la unión europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 291, 13-42.

Rogero, J. i Ahmed, K. (2014). What is the best care for community-dwelling dependent adults? Sources of care and perception of unmet needs in Spain. *Revista Internacional de Sociología*, 72 (2), 403-427.

Rubin, G. (1990 [1975]). El trafico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo”. Dins M. Lamas (Comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 35-96). Mèxic: PUEG.

Saraceno, C. (2005). ¿Qué derechos y obligaciones, qué tipos de recursos? Visiones de la ciudadanía a través del prisma del género. Dins A. Rincón (coord.) *Congreso Internacional Sare 2004 ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?* (pp. 255-278) Vitoria-Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.

San Román T. (2006). ¿Acaso es evitable? El impacto de la Antropología en las relaciones e imágenes sociales. *Revista de Antropología Social*, 15, 373- 410.

Sarasa, S. (2009). El quart pilar de l'Estat del Benestar i el gat de Cheshire. Dins M. Subirats (Coord.). *Societat Catalana* (pp. 83-99). Barcelona: Associació Catalana de Sociologia.

Scambor, E., Bergmann, N., Wojnicka, K., Belghiti-Mahut, S., Hearn, J., Gullvag, O., Gärtner, M., Hrzenjak, M., Scambor, C., White, A. (2014). "Men and gender equality: European Insights". *Men and Masculinities*, 17 (5), 552-577.

Scott, J.W. (1996 [1990]). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Dins M. Lamas (Comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG.

Serrano, A., Artiaga, A., Dávila, MC. (2013). Crisis de los cuidados, Ley de Dependencia y confusión semántica. *Revista Internacional de Sociología*, 71 (3), 669-694.

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

Soronellas, M i Comas d'Argemir, D. (2017). Hombres cuidadores de personas adultas dependientes". ¿Estrategias ante la crisis o nuevos agentes en los trabajos de cuidados? Dins *VI Congreso Red Española de Políticas Sociales: Pactar el futuro: debates para un nuevo consenso en torno al bienestar* (pp. 2221-2239). Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.

Stolcke, V. (2003). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, serie monogràfics: A propòsit de la cultura*, 19, 69-95.

Thomas, C. (2011 [1993]). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. Dins C. Carrasco, C. Borderías, T. Torns. (eds.). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 145-176). Madrid: Libros de la catarata.

Tobío, C., Agulló T., Gómez, M. V., Martín Palomo, M. T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundació "la Caixa".

Tobío, C. (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología*, 70, 399-422.

Torns, T. (2007). Les polítiques per a l'organització social de la cura a l'esfera local. Implicacions des de la perspectiva de gènere. Dins M. De la Fuente Vázquez (coord.). *Les àrees de serveis personals: donant perspectiva de gènere a les polítiques socials d'àmbit local* (pp. 27-48). Barcelona: Institut de ciències polítiques i socials.

Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de genero. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73.

Torns, T., Borrás, V., Moreno, S., Recio, C. (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cotidiano*. Memoria final de investigación para la Ministerio de Economía y Competitividad.

Tronto, J. (2005). Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del Bienestar y la desigualdad. Dins A. Rincon (Coord.) *Congreso Internacional Sare 2004: Hacia que modelo de ciudadanía* (pp. 231-250). Vitoria- Gasteiz: Ekamunde/Instituto Vasco de la Mujer.

Vega, C. (2009). *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. Barcelona: Editorial UOC.

Vilà, A. (2013). Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. *Actas de la Dependencia Fundación Caser*, 8, 49-69. Disponible a: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/evolucion_y_reforma_tvila.pdf

Waerness, K. (1987). Sobre la racionalidad del cuidado. Dins A.S. Sassoon (ed.). *Las mujeres y el estado* (pp. 241-272). Madrid: Vindicación Feminista.

West, C. i Zimmerman, D.H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, 1 (2), 125-151.

Williams, C. (1992). The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the “Female” Professions. *Social Problems*, 39 (3), 253-267.

Williams, C. (2013). The Glass Escalator Revisited: Gender Inequality in Neoliberal Times, SWS Feminist Lecturer. *Gender & Society*, 27 (5), 609-629.

Williams, F. (2010). Claiming and Framing in the Making of Care policies. The Recognition and Redistribution of Care. *Gender and Development Programme, Paper number 13*. United Nations Institute for Social Development. Disponible a: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/F0924AD817FE8620C125780F004E9BCD/\\$file/Williams.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28httpAuxPages%29/F0924AD817FE8620C125780F004E9BCD/$file/Williams.pdf)

Wikander, U. (2016). *De criada a empleada. Poder, sexo y división del Trabajo (1789-1950)*. Madrid: Siglo XXI.

Zelizer, V. (2009). *La negociación de la intimidad*. Argentina: Fondo cultura económica.

Documents legislatius:

Llei 12/1983, de 14 de juliol, d'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials. Publicada al DOGC núm. 345 el 15 de juliol de 1983.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicada al BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. Publicada al DOGC núm. 4990, de 18 d'octubre de 2007.

Decret 142/2010, d'11 d'octubre pel qual s'aprova la cartera de serveis socials 2010-2011. Publicat al DOGC núm. 5738, de 20 d'octubre de 2010.

13. Annex: mostra de la investigació

Treballadors/es atenció directa i gestors dels Serveis d'Ajuda a Domicili (SAD)							
pseudònim	sexe	origen	edat	lloc de treball	col·lectiu	tipus organització	tècnica
Rosario	dona	autòctona	41	Treballadora familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Rosa	dona	autòctona	46	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Susana	dona	autòctona	45	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Dolors	dona	autòctona	57	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Marta	dona	autòctona	59	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Ángeles	dona	autòctona	46	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
María	dona	autòcton	33	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Teresa	dona	estrangera	42	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Pere	home	autòcton	56	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Joan	home	autòcton	46	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Guillem	home	autòcton	55	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Miquel	home	autòcton	43	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
Rafael	home	autòcton	47	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
Ernesto	home	estranger	57	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
Juan	home	autòcton	23	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
Andreu	home	autòcton	64	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
Luis	home	autòcton	40	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
José	home	estranger	57	Treballador Familiar	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Joaquim	home	autòcton	25	Cap de servei	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Sergio	home	autòcton	43	Cap de servei	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Margarita	dona	autòcton	55	Cap de servei	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
Sofía	dona	autòcton	37	Coordinadora Tècnica	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
Sussana	dona	autòcton	36	Coordinadora Tècnica	vellesa*	Iniciativa mercantil	entrevista
Estel	dona	autòctona	35	Coordinadora Tècnica	vellesa*	Iniciativa social	entrevista
TF1	dona	autòctona	49	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa social	Grup focal
TF2	dona	autòctona	59	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa social	Grup focal
TF3	dona	autòctona	43	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa social	Grup focal
TF4	dona	estranger	52	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa social	Grup focal
TF5	dona	autòctona	49	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa social	Grup focal
TF6	dona	autòctona	55	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa social	Grup focal
TF7	dona	autòctona	41	Treballadora Familiar	vellesa*	Iniciativa social	Grup focal

vellesa*: la majoria dels receptors de cura són persones grans, però també hi ha persones amb malaltia mental o discapacitats.

Gestors/es serveis de cura								
pseudònim	sexe	origen	edat	lloc de treball	tipus de servei	col·lectiu	tipus organització	tècnica
Aitor	home	autòcton	49	Treballador social	Serveis socials municipals	Varis	Entitat pública	entrevista
Silvia	dona	autòcton	36	Treballadora social	Serveis socials municipals	Varis	Entitat pública	entrevista
Sara	dona	autòcton	45	Treballadora social	Serveis socials municipals	Varis	Entitat pública	entrevista
Isabel	dona	autòcton	45	Directora	varis serveis	Varis	Entitat privada iniciativa social	entrevista
Abel	home	autòcton	42	Director	Residència	Vellesa	Entitat privada iniciativa social	entrevista
Marta	dona	autòcton	52	Directora	Residència	Vellesa	Entitat pública	entrevista
Marina	dona	autòcton	35	Directora	Residència	Discapacitat	Entitat privada iniciativa social	entrevista
Gustavo	home	autòcton	48	Director	Residència	Vellesa	Entitat privada iniciativa social	entrevista
Eulalia	dona	autòcton	42	Cap d'àrea	Oficina Vida Independent	Discapacitat	Entitat privada iniciativa social	entrevista
Pilar	dona	autòcton	40	Coordinadora	Servei domèstic	Vellesa	Entitat privada iniciativa social	entrevista
Maria	dona	autòcton	40	Coordinadora	Centre de Dia	Vellesa	Entitat privada iniciativa mercantil	entrevista

Treballadors de cura remunerats								
pseudònim	sexe	origen	edat	lloc de treball	tipus de servei	col·lectiu	Tècnica	
Aldo	home	autòcton	35	Terapeuta ocupacional	Servei rehabilitació comunitària	Malaltia mental	entrevista	
Arturo	home	estranger	49	Auxiliar infermeria	Residència	Vellesa	entrevista	
Robert	home	autòcton	24	Auxiliar infermeria	Sociosanitari	Vellesa	entrevista	
Fernando	home	autòcton	50	Auxiliar tècnic educatiu	Residència	Discapacitat	entrevista	
Jaume	home	autòcton	42	Auxiliar infermeria	Sociosanitari	Vellesa	entrevista	
Pablo	home	autòcton	26	Estudiant infermeria	Domicili particular	Vellesa	entrevista	
Pedro	home	autòcton	52	Auxiliar gerontologia	Sociosanitari	Vellesa	entrevista	
Carles	home	autòcton	55	Auxiliar gerontologia	Centre de dia	Vellesa	entrevista	
Arnau	home	autòcton	45	Auxiliar gerontologia	Residència	Vellesa	entrevista	
Luis	home	autòcton	59	Auxiliar gerontologia	Residència/ Centre de dia	Vellesa	entrevista	

